

Psykisk helse- og rusarbeid for voksne (HØRINGSUTKAST)

Nasjonal veileder

Først publisert: 16. februar 2024

Siste faglige endring: 16. februar 2024



Innhold

1. Bakgrunn, metode og prosess	3
2. Planlegging og samarbeid om helhetlig behandling og oppfølging i kommunen	10
3. Kartlegging og hovedforløp	19
4. Andre anbefalinger i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ...	35

Ekstern høring:

Høringsfrist 16. mai 2024. Se mer informasjon på høringssiden.

1

Bakgrunn, metode og prosess

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Bakgrunn

"Nasjonal veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne" er en revisjon av veileder IS-2076 "Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten" publisert i 2014 (heretter "Sammen om mestring").

Revisjonen inngår i oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP 2020-2023). Oppdraget ble gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet i tildelingsbrevene 2020 og 2021.

Nasjonal veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne erstatter Sammen om mestring ved publisering.

Sammen om mestring normerte lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne med vekt på et bruker- og mestringsperspektiv og helhetlige og koordinerte tjenester gjennom tilrettelegging for samarbeid og samhandling mellom tjenester og tjenestenivåer. Sammen om mestring normerte dessuten for første gang lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid sammen i en veileder.

Nasjonal veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne bygger videre på prinsipper, forventninger og anbefalinger fra Sammen om mestring. Og tar hensyn til føringer om at flere oppgaver innen psykisk helse- og rusarbeid fremover må løses i kommunene. Det fordrer at flere relevante faggrupper i kommunene blir klar over mulighetene som ligger i kommunale psykisk helse- og rustjenester, og at kommunene har et forsvarlig og nødvendig tilbud for å ivareta dette.

Siden 2014 har mye skjedd med betydning for lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne: innføringen av "pakkeforløp" i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (nå nasjonale pasientforløp), satsninger, planer, strategier og faglige modeller har blitt vedtatt og gjennomført. Også forventninger til og arenaer for, samt modeller for samhandling og samarbeid, innad i kommuner, mellom kommuner og på tvers av tjenestenivåer har endret seg. Helsedirektoratet har siden 2014 utgitt nye og revidert normerende produkter som tilstøter eller dekker deler av omfanget i Sammen om mestring.

Covid-19 pandemien gav helsetjenestene nye erfaring med å identifisere, nå, og få gitt nødvendig helsehjelp til grupper som er vanskelige å nå. Bruk av digitale verktøy til informasjon, kommunikasjon, behandling, og kompetansedeling utviklet seg raskt under pandemien.

Fastlegene er en profesjon som treffer flertallet av kommunenes innbyggere og dersom de kjenner tilbudet i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene godt gir det bedre forutsetninger for å henvise voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer innad i kommunens tjenester, heller enn å henvise til spesialisthelsetjenesten for "sikkerhets skyld". Noe som i sin tur kan gi færre og riktigere henvisninger. Nasjonal veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne tar sikte på å bli et verktøy for fastlegene.

Det har også kommet krav om at kommunene skal ha tilgang på psykologkompetanse. Psykologer som jobber i kommunen, vil være en nyttig ressurs på mange nivåer. Som behandlere, men ikke minst i planlegging og utvikling av gode kommunale psykisk helse- og rustjenester for voksne.

Sentrale føringer for revisjonen er blant annet:

- [Nasjonalt pasientforløp Psykiske lidelser – voksne](#) og [Nasjonalt pasientforløp Rusbehandling \(TSB\)](#)
- [Nasjonal Helse og Sykehusplan 2020-2023 \(regjeringen.no\)](#)
- [Forslag til revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(helse-sorost.no\)](#)
- [Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017–2022\) \(regjeringen.no\)](#)
- [Opptappingsplanen for rusfeltet \(2016–2020\) \(regjeringen.no\)](#)
- [Opptappingsplan for psykisk helse \(2023–2033 \(regjeringen.no\)](#)

Formål med anbefalingene

Formålet med anbefalingene er å bidra til nødvendige, forsvarlige og gode kommunale helse- og omsorgstjenester for voksne som har psykisk helse- eller rusmiddelproblemer og som oppholder seg i kommunen. Det gjelder også studenter og innsatte i fengsel.

Anbefalingene omfatter:

- kommunal lavterskel psykisk helse- og rustjeneste som fremmer selvstendighet, mestring av eget liv og helse og livskvalitet
- innbyggernes behov for tjenester- og kommunenes behov for kompetanse i kommunens arbeid med psykisk helse, rusmiddelproblemer, vold og belastende livshendelser
- bidra til at brukere og/eller pasienter, og deres pårørende, opplever helhetlige og sammenhengende forløp, innad i kommunen, mellom kommuner og i samarbeid og samhandling med spesialisthelsetjenesten
- bidra til å redusere overdødelighet og overdosedødsfall, selvmord og somatisk sykdom
- bidra til helhetlige integrerte tjenester til brukere og pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (ROP), og deres pårørende.
- planlegging, informasjon, evaluering og forbedring av en kunnskapsbasert psykisk helse- og rustjeneste, og andre helse- og omsorgstjenester til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer, som tar utgangspunkt i lokale forhold og behov, og ikke bidrar til uønsket variasjon mellom kommuner

Målgrupper

Primære målgrupper for veilederen er:

- ansatte og ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester for voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer ansatte og ledere i psykisk helsevern for voksne eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- ansatte og ledere i andre deler av helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastleger og legevakt, og spesialisthelsetjenesten som kommer i kontakt med brukere og pasienter med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer
- politikere og administrativ ledelse i kommunen

Veilederen vil også være nyttig for:

- ledere i aktuelle tjenester og sektorer i kommunen
- statsforvalter
- kompetansesentre- og tjenester
- voksne med psykisk helse og rusmiddelproblemer og deres pårørende
- ansatte og ledere som jobber voksne med psykisk helse og rusmiddelproblemer i andre sektorer
 - NAV
 - Politi
 - Kriminalomsorgen
 - Bruker- og pårørendeorganisasjoner
 - Frivillig sektor
 - Private virksomheter

Omfang og avgrensning

Veilederen omfatter anbefalinger for helse- og omsorgstjenester til brukere eller pasienter over 18 år som har psykisk helse- eller rusmiddelproblemer.

Anbefalingene beskriver tjenester, planlegging og samhandling for helhetlige og sammenhengende forløp i psykisk helse- og rustjenesten opp mot tilstøtende kommunale tjenester, psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og helsetjenesten ellers.

Tema som er dekket i andre normerende publikasjoner, omfattes ikke. Dersom det er nødvendig for å forstå en anbefaling beskrives det likevel kort og lenkes videre til det relevante produktet.

Definisjonen av voksne som over 18 år, gjør at unge opptil 25 år som mottar ettervern fra barnevernet og elever i videregående opplæring ut det skoleåret de fyller 24 år samtidig omfattes av [Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge](#).

Definisjoner

Psykisk helse- eller rusmiddelproblemer: Omfatter [psykiske plager og psykiske lidelser \(fhi.no\)](#) og [skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet \(fhi.no\)](#). Psykisk helse- og rusmiddelproblemer omfatter også problemer som oppleves så utfordrende at enkelte lavterskeltilbud er hensiktsmessig selv om problemene ikke kommer over terskelen for en diagnose.

Psykisk lidelse/ruslidelse: brukes psykisk helse- eller rusmiddelproblemet oppfyller kriterier for en sykdomsdiagnose etter gjeldende klassifikasjonssystem (ICD-10, ICPC-2).

Lavterskeltilbud: kjennetegnes av at det gis direkte hjelp uten henvisning eller ventetid, er gratis og kan tilby tiltak tilpasset målgruppene med høy tilgjengelighet for ulike målgrupper. Lavterskeltilbud kan gi tjenester på tvers av pasientgrupper, og på ulike nivåer i helsetjenesten. Lavterskeltilbud har personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål, åpningstider tilpasset målgruppen og ofte høy grad av brukerinvolvering. Digitale tjenester kan være en del av et slikt tilbud.

Hovedforløp: Er et rammeverk for planlegging og individuell tilpasning av helhetlige tjenester til brukere og /eller pasienter med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Tjenestetilbudet i hovedforløpene anbefales på bakgrunn av alvorlighet og forventet varighet. Hovedforløpene slik de er beskrevet i veilederen tenkes individuelt tilpasset som både "stepped care" og "mixed care" (se under). Hovedforløpene er ikke standardisert med tidsfrister eller tilhørende kodeverk, og må ikke forveksles med nasjonale pasientforløp.

"Stepped care": vil si at tilbud og metoder og intensitet trappes opp etter brukerens og/eller pasientens behov

"Mixed care": vil si at tilbudene tilpasses mer fleksibelt etter behov slik at tilbudet kan bestå av komponenter fra ulike metoder, nivåer og intensitet samtidig

Grad av normering

- Når Helsedirektoratet skriver «skal» er innholdet regulert i lov eller forskrift, eller anbefalingen så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt.
- Når det står «bør» eller «anbefaler» er det en sterk anbefaling som vil gjelde de aller fleste.
- Når det står «kan» eller «foreslår» er det en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig.

Rettslig betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde normerende produkter, det vil si nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonal faglige råd og pasientforløp, som understøtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale anbefalinger og råd skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 \(lovdata.no\)](#), [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 \(lovdata.no\)](#) og [folkehelseloven § 24 \(lovdata.no\)](#).

Nasjonale anbefalinger og råd inngår som et akseptert grunnlag og setter en norm for hva som er faglig forsvarlig. Anbefalinger/råd utgitt av Helsedirektoratet er ikke rettslig bindende, men er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet.

Det er et ledelsesansvar å sørge for at anbefalinger og råd i nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere implementeres i virksomheten, jf. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#).

I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger skal dette dokumenteres, jf. [journalforskriften § 6, bokstav g \(lovdata.no\)](#). Helsepersonell bør være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn.

Tilstøtende normerende produkter

[Veilederen bør sees i sammenheng med andre normerende produkter fra Helsedirektoratet Særlig relevante normerende produkter er lenket til fra aktuelle steder i veilederen.](#)

Helsedirektoratets roller, finansiering og høring

Helsedirektoratet er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. [Utredningsinstruksen \(lovdata.no\)](#) legger krav for utredninger i staten, inkludert utarbeidelse av normerende produkter. [Veileder til utredningsinstruksen \(dfo.no\)](#) gir en veiledning til og nærmere beskrivelse av statlige utredninger.

Helsedirektoratets arbeid er i sin helhet finansiert over Statsbudsjettet.

Helsedirektoratet står ansvarlig for innholdet i den nasjonale veilederen.

Kunnskapsbasert tilnærming

Nasjonale anbefalinger og råd har en kunnskapsbasert tilnærming (Helsedirektoratet, 2012). Det innebærer at forskningslitteratur, klinisk erfaring og brukererfaring på en systematisk måte vurderes opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av et tiltak. På områder der det er funnet mindre forskningsbasert kunnskap og/eller overføringsverdien fra internasjonal til norsk helsetjeneste er lav, blir klinisk kunnskap og brukerkunnskap tillagt større vekt.

Den forskningsbaserte kunnskapen i dette arbeidet er hovedsakelig basert på forskning identifisert i anerkjente internasjonale retningslinjer og anerkjente kilder for forskningsoppsummerende publikasjoner. I enkelte tilfelle er også enkeltstudier lagt til grunn. Det gjelder gjerne der det er studier av modeller for tjenester eller tjenesteutvikling i Norge og det inntil videre foreligger lite forskningslitteratur på temaet. Det kommer fram i begrunnelsen av hver enkelt anbefaling hva den bygger på.

På områder det er identifisert lite eller ingen systematisk oppsummert forskning til dette arbeidet. Bygger anbefalingene på klinisk erfaring og brukererfaring.

For å bidra til forståelsen av hva som er forventet viser også begrunnelsen for enkelte anbefalinger til utredninger, granskninger, tilsyn eller forskning som avdekker mangler på tjenesteområdet.

Arbeidsform og deltakere

Avdeling psykisk helse og rus i Helsedirektoratet har ledet arbeidet med innspill fra en arbeidsgruppe med deltagere fra andre avdelinger i Helsedirektoratet supplert med eksterne bruker- og pårørenderepresentanter.

Intern arbeidsgruppe i Helsedirektoratet:

- Mikael Julius Sømhovd, Seniorrådgiver, Avdeling psykisk helse og rus (prosjektleder fra februar 2023)
- Tor Erik Befring, Seniorrådgiver, Avdeling psykisk helse og rus (prosjektleder til februar 2023)
- Miriam Neegaard, Seniorrådgiver, Avdeling psykisk helse og rus (prosjektmedarbeider)
- Anette Jørve Ingjer, Seniorrådgiver, Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Turid Moseid, Seniorrådgiver, Avdeling barne- og ungdomshelse
- Tone Kaldestad, Seniorrådgiver, Avdeling spesialisthelsetjenester
- Inger Merete Skarpaas, Seniorrådgiver, Avdeling folkesykdommer
- Ragnhild Marie Sørensen, Seniorrådgiver, Avdeling spesialisthelsetjenester
- Mona Svanteson, Seniorrådgiver, Avdeling retningslinjer og fagutvikling
- Tove Ringerike, Seniorrådgiver, Avdeling retningslinjer og fagutvikling
- Jytte Undrum, Pårørenderepresentant, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse
- Ida Kristine Olsen, Brukerrepresentant, proLAR Nett – Nasjonalt forbund for folk i LAR
- Vivian Heltersen, Brukerrepresentant, proLAR Nett – Nasjonalt forbund for folk i LAR

I tillegg har:

- Rolf J. Windspoll, Prosjektleder, Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering, i egenskap av å ha ledet arbeidet med Veileder til lov og forskrift - Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

- Astrid Nylenna, Fagdirektør, Avdeling folkesykdommer, i egenskap av å ha vært ansvarlig for oppfølgingen av Nasjonal helse og sykehusplan samt Helsefelleskap. Med støtte fra Kathrine Syse, Rådgiver, Avdeling folkesykdommer

Bidratt spesifikt til utviklingen av anbefalingen "Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør bruke helsefelleskapet med tilhørende samarbeidsstruktur til planlegging og utvikling av helhetlige behandlingsforløp"

- Annelin Birkeland, Seniorrådgiver, Seksjon innhold og digitale kanaler bidratt med innspill til format og digitalt grensesnitt

Prosjekt har hatt juridisk støtte samt støtte for metode, litteratursøk, kunnskapsoppsummeringer, samt digital utforming:

- Tove Ringerike, Seniorrådgiver, Avdeling retningslinjer og fagutvikling, har gitt metodestøtte
- Mona Svanteson, Seniorrådgiver, Avdeling retningslinjer og fagutvikling, har gitt metodestøtte
- Kathrine Egeland, Seniorrådgiver, Avdeling helserett og bioteknologi i Helsedirektoratet, har gitt juridisk bistand; Egeland har også bidratt til strukturering, drøfting og løsninger av ulike problemstillinger i revisjonene som ha gått langt utover juridisk bistand
- Mari Jonsrud Lindbekk, Seniorrådgiver, Avdeling miljø og helse i Helsedirektoratet, har gitt juridisk bistand
- Annelin Birkeland, seniorrådgiver, seksjon innhold og digitale kanaler i Helsedirektoratet har bidratt i digitalisering og publisering av produktet.

Prosjektet har hatt en ekstern ressursgruppe med deltagere fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, kommunale psykisk helse- og rustjenester, kunnskaps og kompetansesentre, KS og profesjonsforeninger.

Ressursgruppe:

- Arve Almvik, psykiatrisk sykepleier og dosent i psykisk helsearbeid, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
- Turid Møller Olsø, psykiatrisk sykepleier med hovedfag i Helsefag, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
- Stein Arve Strand, sykepleier med høyere utdanning innen administrasjon, tjeneste- og personalledelse, KoRus
- Anna Sabina Soggiu, sosionom med master i sosialt arbeid, KoRus
- Jytte Undrum, Brukerrepresentant, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse
- Ida Kristine Olsen, Brukerrepresentant, proLAR Nett – Nasjonalt forbund for folk i LAR
- Vivian Hølmersen, Brukerrepresentant, proLAR Nett – Nasjonalt forbund for folk i LAR
- Jon Qvortrup, Spesialrådgiver, Kommunesektorens organisasjon
- Elisabeth Høyland, Sykepleier med master i helsevitenskap, Assisterende virksomhetsleder, Mestringsenheten, Sandnes kommune
- Kari Anne Fauchauld, Fagansvarlig rus, Velferdsetaten, Oslo kommune
- Ingunn Thomassen Berg, Sykehuset Innlandet
- Anette Clausen, Statsviter, Spesialrådgiver, Psykologforeningen
- Elisabeth Stura, Styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin, Legeforeningen
- Allis Aresdatter, Seniorrådgiver, helse- og sosialpolitikk og profesjon, Fellesorganisasjonen
- Christina Livgard, Styremedlem, NSF-SPoR, Sykepleierforbundet

Habilitet

Arbeidsgruppemedlemmer har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Intellektuelle eller finansielle interesser som potensielt kan påvirke arbeidet er lagt frem for de andre deltakerne i arbeidsgruppen. Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet er identifisert.

Det er sjelden deltakere ekskluderes fra Helsedirektoratets retningslinjeutvikling på grunn av inhabilitet. Helsedirektoratet ønsker bidragsytere med ulike ståsted inn i arbeidet for diskusjoner som kan bidra til fagutvikling. Det etterstrebes faglig enighet, men det foretas ingen avstemninger i arbeidsgruppene. Eventuell dissens omtales i metode- og prosesskapitlet.

Referanser

Helsedirektoratet. (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (IS-1870). ISBN-nr. 978-82-8081-225-4. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/>

Planlegging og samarbeid om helhetlig behandling og oppfølging i kommunen

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Anbefaling

I planlegging av tjenestetilbudet til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer bør kommunen vurdere en inndeling i tre hovedforløp

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

De tre hovedforløpene bør baseres på alvorlighet og antatt varighet:

- Hovedforløp 1 – milde og kortvarige problemer
- Hovedforløp 2 – kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- Hovedforløp 3 – alvorlige langvarige problemer/lidelser

Følgende prinsipper skal legges til grunn, uavhengig av om tjenestene planlegges som hovedforløp:

- lett tilgjengelige, tilrettelagte og individuelt tilpassede tjenester
- tiltakene som iverksettes støtter opp under brukerens mestringssevne og bedringsprosess
- psykisk helse, rus og somatisk helse ses i sammenheng
- samarbeid og samhandling i og mellom tjenester og tjenestenivåer

Se anbefalinger om hovedforløp:

- [hovedforløp 1](#)
- [hovedforløp 2](#)
- [hovedforløp 3](#)

Praktisk informasjon

Kommunen planlegger tjenestetilbudet til voksne med psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer basert på kunnskap og erfaring fra tjenestene og bruker- og pårørendeerfaringer.

Planleggingen av tjenestetilbudet baseres på:

- kunnskap om risikofaktorer og lokale utviklingstrekk som påvirker psykisk helse- eller rusmiddelproblemer
- kunnskapsbaserte metoder og tjenestemodeller benyttes

- konkrete mål og strategier som muliggjør evaluering og korrigerende tiltak – inkludert opplæring, kompetanseheving og kultur- og holdningsarbeid
- tilgjengelig kompetanse som kommunalt ansatte psykologer

Relevante normerende produkter i planlegging av tjenestetilbudet kan være:

- [Kommunale planoppgaver \(regjeringen.no\)](#)
- [Veileder til lov og forskrift – Systematisk folkehelsearbeid](#)
- [Nasjonal veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer](#)
- [Nasjonale faglige råd Selvskading og selvmord - veiledende materiell for kommunene om forebygging](#)
- [Nasjonale faglige råd Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen](#)
- [Nasjonalt faglig råd for Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel](#)
- Individuell jobbstøtte (IPS)
- [Temaside om individuell jobbstøtte \(IPS\) \(napha.no\)](#)
- [Psykososial beredskap ved kriser og katastrofer \(psykososialberedskap.no\)](#)
- [Veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner \(komplan.nkvt.no\)](#)
- [Veileder for interkommunalt IKT-samarbeid \(ks.no\)](#)

Bruk anerkjente ressurser, metoder og modeller for evaluering og kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid som for eksempel:

- [Helsebibliotekets ressurside for kvalitetsforbedring \(helsebiblioteket.no\)](#)
- [Kommunesektorens interesseorganisasjon \(KS\) veileder for egenevaluering \(ks.no\)](#)

Fleksibilitet i og mellom hovedforløpene

Planlegg tjenestetilbudet i hovedforløpene med fleksibilitet og kapasitet til å gjøre individuelle tilpasninger og ved behov overføring mellom hovedforløpene. [Bruk tilbakemeldingsverktøy \(napha.no\)](#) for systematisk og løpende vurdere hvilke tilbud og hovedforløp som er hensiktsmessig for den enkelte.

Hovedforløpene må ikke forveksles med nasjonale pasientforløp i spesialisthelsetjenesten som [Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling av i psykisk helsevern, voksne](#) eller [Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#).

Andre datakilder til bruk i planleggingen av tjenester til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer kan være:

- [Kommunebarometeret \(kb-kommunalrapport.no\)](#)
- [Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer \(stolav.no\)](#)
- [Folkehelseprofiler \(fhi.no\)](#)
- [Kommunalt pasientregister](#)
- [IMDI's oversikt over anmodnings- og vedtakstall for flyktninger og fordrevne med kollektiv beskyttelse \(imdi.no\)](#)
- [Ungdata \(ungdata.no\)](#)
- [Brukerplan \(kommunetorget.no\)](#)
- Lokale innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjoner
- Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS 24/8)

Begrunnelse

Psykisk helse- og rusmiddelproblemer påvirkes av biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer (WHO, 2022). En forutsetning for planlegging, tjenesteutvikling og evaluering av helse- og omsorgstjenester til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer er derfor at kommunen har oversikt over hvordan fysiske, psykososiale og andre faktorer påvirker behovet.

Hovedforløp i kommunal sammenheng er et foreslått rammeverk for planlegging og gjennomføring av helhetlige, kunnskapsbaserte og lokalt tilpassede helse- og omsorgstjenester til voksne brukere og /eller pasienter med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer.

Innsiktsarbeidet i forbindelse med revisjonen av veilederen viste at hovedforløp som rammeverk har vært hensiktsmessig for mange kommuner. Og kan bidra til å skape likeverdige tilbud på tvers av kommuner og deres lokale forutsetninger. At helse- og omsorgstjenestene har et forståelig begrepsapparat på tvers av kommunegrensene og tjenestenivåer er også en grunn til å fortsette å planlegge og organisere hovedforløp. Hovedforløp som konsept tilpasses individuelt i en kombinasjon av "stepped care" og "mixed care" (se "Definisjoner i "Bakgrunn, metode og prosess").

[Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester \(riksrevisjonen.no\)](#) (Dokument 3:13 (2020–2021)) konkluderte med at mange kommuner ikke planlegger godt nok for nødvendige helse- og omsorgstjenester for brukere og/eller pasienter med psykisk helseproblemer. Revisjonen viste også at kommunale ledere ikke sørger for at disse tjenestene heller ikke evalueres og korrigeres slik de skal etter [Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2](#) og [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Økning i kunnskap om behandling av psykiske lidelser oppnås ikke og kunnskapsbasert praksis mangler mange steder. Videre konkluderte revisjonen med at brukermedvirkning og pårørendeinvolvering ikke var tilstrekkelig.

[Anbefalinger til videre arbeid med rapportering for psykisk helse og rus i kommunen](#) påpeker store mangler i datagrunnlaget for rapporteringspliktige tjenester i psykisk helse- og rus tjenester i kommunene. Manglende journalføring, registrering og innrapportering undergraver muligheten til å planlegge, utvikle og evaluere tjenestene.

Veileder i egevaluering fra KS er ment brukt i forbindelse med [Program for folkehelsearbeid i kommunene](#), men tilnærmingen og rådene er nyttige også i andre sammenhenger. Prinsippene for egevaluering med fokus på: målgruppe, kontekst, innsats, prosess og produkt (KIPP-modellen) er nyttig også for evaluering av psykisk helse- og rus tjenester

For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevant lov og forskrift, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 \(lovdata.no\)](#).

Krav til planlegging innebærer at kommunen må vurdere behovet for helse- og omsorgstjenester og legge planer for hvordan behovet skal dekkes. Kommunen har ansvaret for å vurdere behovet for personell og kompetanse, og legge planer for rekruttering og kvalitetsutvikling for til enhver tid å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester som dekker behovet i kommunen.

Kravet til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av kommunens helse- og omsorgstjenester er utdypet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Referanser

WHO (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*

Anbefaling

Kommunen skal sørge for psykisk helse- og rustjeneste til voksne, inkludert studenter og innsatte i fengsel

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Kommunens psykisk helse- og rustjenester skal raskt kunne tilby hjelp, behandling og oppfølging for å hindre forverring og oppnå rask lindring og bedring.

Tilby psykisk helse- og rustjenestene som kunnskapsbaserte lavterskeltilbud:

- gratis og uten henvisningskrav, og med kort eller ingen ventetid
- har personell med nødvendig fagkompetanse for kartlegging, vurdering, diagnostisering, behandling og oppfølging av psykiske helse- og rusmiddelproblemer, samt reaksjoner på belastende livshendelser
- tilby lavintensitets intervensjoner og korttidsterapi, råd, veiledning og veiledet selvhjelp
- tilgjengelighet og åpningstider som passer målgruppens behov
- gjøres tilgjengelig for innsatte i fengsel
- ha et helhetlig tilfriskningsperspektiv (recovery)
- tilpasse tilbudet individuelt for optimal ressursutnyttelse og gi best mulig behandling på lavest effektive omsorgsnivå
- ha et familie- og nettverksperspektiv
- tilby digitale tjenester ved behov
- samarbeide på individnivå med andre kommunale tjenester for et helhetlig og samordnet kommunalt tjenestetilbud
- henvise til, samarbeide og samhandle med spesialisthelsetjenesten ved behov

Ett felles mottakssystem kan gjøre tjenestene mer tilgjengelig og tilrettelegge for raskt å kunne gi et helhetlig tjenestetilbud.

Informasjon om tjenestetilbudet bør:

- samles i én oversikt over alle psykisk helse- og rustjenester – inkludert tilbud drevet av frivillige, ideelle eller andre private aktører som er en del av kommunens totale tilbud
- tilrettelegges i ulike formater sånn at alle kan finne informasjon om tjenestene, uavhengig av funksjonshindringer, språk, helsekompetanse, digital kompetanse eller mangel på digitale verktøy
- tilpasses og tilrettelegges for personer eller grupper som kan være vanskelig å nå, for eksempel minoriteter, bostedsløse eller innsatte i fengsel
- gi oversikt over relevante bruker- og pårørendeorganisasjoner
- formidle kontakt med likepersoner med bruker- eller pårørendeerfaring fra psykisk helse- eller rusmiddelproblemer
- vise kontaklinformasjon og åpningstid til ulike tilbud

Praktisk informasjon

Understøtt brukeren eller pasientens egne ressurser for å oppnå mestring og bedring. Ta gjerne utgangspunkt i [NAPHAs nettkurs om recovery og recoverystøtte \(napha.no\)](https://napha.no) for hvordan tjenesten kan bygges opp med et helhetlig tilfriskningsperspektiv.

Forebygg forverring av psykisk helse- eller rusmiddelproblemer ved raskt å tilby tiltak, oppfølging og behandling som hjelper brukere og pasienter tilbake til mestring og normal funksjon.

Vurderer videre behandling og oppfølging i psykisk helse- og rustjenesten, eventuelt henvisning til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten etter kartlegging.

Lavterskeltjenester kan inneholde:

- kontakt- og informasjonstelefoner
- ulike kurs i mestring
- samtale og rådgivningstjenester som henvisningsfrie psykolog, eller samtale tjenester
- veiledet selvhjelp og digitale behandlingsverktøy
- oppsøkende tjenester som møter brukere eller pasienter med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer hjemme eller andre steder de oppholder seg
- oppsøkende tjenester til innsatte i fengsel
- tilpassede sosiale arenaer
- oppsøkende somatiske helsetjenester
- skadeforebyggende- eller reduserende tiltak
- selvhjelpsgrupper

Benytt ressurser fra NAPHA og andre kompetansesentre for å etablere kunnskapsbaserte lavterskeltilbud.

Ulike modeller for kunnskapsbaserte lavterskeltjenester finnes under Tiltak, behandling og samhandling i beskrivelsen av hovedforløp i kapittel 2.

Tilgjengelig informasjon om tjenestetilbudet:

Mange faktorer påvirker den reelle tilgangen til informasjon og flere utfordringer samvirker og kan heve terskelen for å oppsøke hjelp, og påvirker tilliten til offentlige tjenester.

Gjør informasjonen tilgjengelig ved å:

- tilpasse den kulturelt og språklig, og bruke tolk ved behov.
- oppsøkende informasjon til grupper som kan være vanskelig å nå. Covid-19 pandemien ga erfaringer, som er oppsummert i publikasjonen [Koronavirus-fakta, råd og tiltak for kommunikasjon med minoritets- og innvandermiljøer, og andre grupper som kan være vanskelig å nå \(fhi.no\)](#).
- veilede ansatte i kriminalomsorgen og sørge for tilgang til ikke-digital skriftlig informasjon som kan deles ut i fengselet. Se også: [Nasjonal veileder for Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel](#) og [Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel](#).
- tilrettelegge informasjonen utover [kommunens plikt til universell utforming av sine "alminnelige funksjoner \(uutilsynet.no\)](#). Funksjonshindringer og begrensninger kan være situasjonsbetinget og midlertidig i forbindelse med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer.
- vurdere andre informasjonskanaler, inkludert telefon eller personlig oppmøte.

Helhetlige og sammenhengende forløp krever samarbeid også innad i kommunen og involverer for eksempel:

- fastlege
- psykolog i kommunen
- rådgivende enhet for russaker
- helsestasjon
- skolehelsetjeneste
- hjemmetjeneste
- koordinerende enhet i kommunene
- habilitering og rehabiliteringstjeneste
- NAV
- utekontakt
- SLT koordinator
- miljøteam
- boligjeneste
- frivillige organisasjoner

Bruk lokalt tilpassede modeller for å utvikle helhetlige tjenester som fokuserer på:

- [hva som er viktig for brukeren eller pasienten \(napha.no\)](https://napha.no)
- [åpne møter og samhandlingstorg som kan tilpasses en lokal kontekst \(napha.no\)](https://napha.no)

Begrunnelse

[Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer](#) tyder på et fortsatt forbedringspotensial både i tilgjengelighet, informasjon og nytte av kommunale rustjenester. [Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester \(Dokument 3:13 \(2020–2021\) \(riksrevisjonen.no\)\)](#) peker på store mangler i helse- og omsorgstjenester til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer, og [gir på enkelte områder alvorlig kritikk \(riksrevisjonen.no\)](#).

Kompetanse Norges rapport fra 2021 [Befolkningens digitale kompetanse og deltakelse \(kompetansenorge.no\)](#) pekte på at 14 prosent av befolkningen har lav digital kompetanse og kan ha store utfordringer med digitale selvbetjeningsløsninger. Dermed er ulike måter å komme i kontakt med tjenestene på viktig.

[Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel \(Dokument 3:4 \(2022–2023\) \(riksrevisjonen.no\)\)](#) konkluderte med at innsatte med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser ikke får fullgod tilgang til helsetjenester. Innsatte i fengsel kan også ha begrensninger som en del av sine soningsforhold som gjør de avhengig av ansatte i kriminalomsorgen for informasjon om- og kontakt med kommunale tjenester.

Døgntilgjengelige tjenester utover legevakt vil være relevante i situasjoner som medisinsk sett ikke er akutt, men likevel oppleves som tidssensitivt for den det gjelder. For eksempel med tanke på motivasjon, anledning til å be om hjelp eller subjektiv opplevelse av alvorlighet. I mange situasjoner er det da like relevant å komme i kontakt med andre faggrupper enn helsepersonell, og slike alternative kontaktpunkter kan ta av for pågangen til legevakten.

Statens undersøkelseskommisjon rapport [Betalingsvansker - en pasientsikkerhetsrisiko \(ukom.no\)](#) konkluderer med at egenandeler hindrer enkelte i få nødvendig helsehjelp. Ikke-møtt gebyrer antas å bidra til underbruk av nødvendige tjenester blant de som har vanskeligst. Og at en slik variasjon utfordrer prinsippet om likebehandling.

Det er ikke lovfestet en særskilt plikt for kommunen til å sørge for psykisk helse- og rustjeneste, men plikten til å sørge for disse tjenestene er en integrert del av kommunens sørge-for-ansvar for personer

med psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne, se [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2 \(lovdata.no\)](#).

Innenfor kravene til forsvarlig virksomhet bestemmer kommunen selv hvordan psykisk helse- og rustjenesten bør organiseres for at hjelpen skal være tilpasset innbyggernes behov, andre tjenestetilbud og lokale forutsetninger. Forsvarlighetskravet innebærer både at kommunens deltjenester skal være forsvarlige og at kommunens tjenestetilbud som helhet må organiseres og gjennomføres forsvarlig, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav a \(lovdata.no\)](#). Kommunen må også innrette sin virksomhet slik at samarbeidet mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten om å yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte bruker er forsvarlig.

Kommunens plikter i helse- og omsorgstjenesteloven er utformet overordnet og profesjonsnøytralt med krav om at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jf. [forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav d \(lovdata.no\)](#). Det er innført særskilt krav til psykologkompetanse tilknyttet kommunen, for å sikre nødvendig kompetanseheving om psykisk helse innen kommunens psykisk helse- og rustjeneste og i øvrige deler av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Det skal ikke fattes enkeltvedtak ved ytelse av lavterskel psykisk helse- og rustjenester. Se [Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven](#).

Kommunen kan ikke ta egenandel fra pasient/bruker for ytelse av psykisk helse- og rustjenester. Årsaken er at egenandeler ikke kan kreves uten lov- eller forskriftshjemmel, og slik hjemmel er ikke gitt for nevnte tjenester. Dette gjelder både individrettede tjenester og gruppebaserte tilbud.

Anbefaling

Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør bruke helsefelleskapet med tilhørende samarbeidsstruktur til planlegging og utvikling av helhetlige behandlingsforløp

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Ved behov bør det utvikles lokale prosedyrer for samarbeid mellom kommunen og helseforetak om tjenester til voksne med psykisk helse- og rusmiddelproblemer, utover de lovpålagte samarbeidsavtalene.

Kommuner bør vurdere å samarbeide med hverandre for at slike lokale prosedyrer er mest mulig likelydende, eventuelt om det er hensiktsmessig med interkommunalt samarbeid.

Praktisk informasjon

[Veileder til lov og forskrift om Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak](#) beskriver krav til inngåelse, organisering og innhold i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Den lovpålagte samarbeidsavtalen kan inngås og følges opp i helsefelleskapet.

Ved behov for detaljering av lokale tilpasninger, møtes kommunen og helseforetak som likeverdige partnere i faglig samarbeidsutvalg i helsefellesskapet for å utvikle lokale prosedyrer. Benytt helsefellesskapenes sekretariatsfunksjon til hjelp for å samordne arbeidet mellom kommuner.

Formålet med lokale prosedyrer kan være:

- å utfylle de lovpålagte samarbeidsavtalene, og bidra til utvikling av et helhetlig tjenestetilbud som oppfyller innbyggernes behov for psykiske helse- rustjenester
- at brukere og/eller pasienter mottar riktig tilbud på rett tjenestenivå
- fagutvikling og forsvarlig arbeidsdeling
- felles forståelse for lokale behov og forutsetninger

Innholdet i lokale prosedyrer kan være:

- avklaring av hvilke oppgaver som krever samhandling
- helhetlig og omforent oppgavefordeling for tjenester til brukere og/eller pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer
- lokalt tilpassede rutiner for samarbeid ved innskriving og utskriving
- lokalt tilpassede rutiner for samarbeid rundt brukere og/eller pasienter med behov for samtidige tjenester
- avtale om bruk av lokale samhandlingsarenaer
- avklaring av oppgave- og ansvarsfordeling ved interkommunalt samarbeid
- informasjon om kontaktpersoner og kontakttider

Begrunnelse

[Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 \(lovdata.no\)](#) regulerer kommunenes og helseforetakenes lovpålagte samarbeidsavtale. Samarbeidsavtalen skal bidra til å oppfylle samarbeidspliktene og avklare grenseoppganger og overlappende ansvar og oppgaver på tvers av tjenestenivåene – kommunale helse og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste. [Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd \(lovdata.no\)](#) angir minimumskravene til hva samarbeidsavtalene skal inneholde, og [Veileder til lov og forskrift om Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak](#) normerer avtalens form og innhold ytterligere.

Den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak *kan* inngås og følges opp i helsefellesskapene.

[Helsefellesskap](#) ble etablert i 2019 i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Helsefellesskapene er arena for samhandling og felles tjenesteutvikling mellom helseforetak og kommuner i helsefellesskapets opptaksområde. Der møtes helseforetak, kommuner, fastleger og brukere i helsefellesskapet opptaksområde for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Alvorlig psykisk lidelse er et prioritert område for helsefellesskapene.

Når det avtales samarbeidstiltak, må ansvarsforholdene avklares, herunder må arbeidsgiveransvaret, hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres. Dette vil gjelde både når det avtales lovpålagte minimumskrav til samarbeidstiltak etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nr. 1-13 \(lovdata.no\)](#), og når det avtales øvrige samarbeidstiltak, som i lokale prosedyrer.

Formaliserte, lokale prosedyrer synliggjør samarbeidet, og prosessen med å avtale lokale prosedyrer retter i seg selv oppmerksomheten mot pasienters og brukeres behov og synliggjør for kommuner og foretak hvor samhandlingen ikke fungerer. Utviklingen av lokale prosedyrer bidrar til en dialog med ulike problemstillinger som medvirker til bedre forståelse mellom aktører. Og utviklingen av lokale

prosedyrer som detaljerer og supplerer kravene i den lovpålagte samarbeidsavtalen gir mer helhetlige helse- og omsorgstjenester, til pasienten og brukerens beste.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal, i tillegg til å følge opp enkelte pasienter eller brukere, samarbeide på systemnivå slik at de kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift, se [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 tredje ledd \(lovdata.no\)](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd \(lovdata.no\)](#).

Kartlegging og hovedforløp

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Anbefaling

Kommunens psykisk helse- og rustjeneste bør kartlegge hjelpebehovet til voksne som henvender seg med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Kartlegging av psykisk helse- eller rusmiddelproblemer tilpasses individuelt for å avdekke eventuelt tjenestebehov, og gi brukeren tilstrekkelig grunnlag til å medvirke i beslutninger om sin helse, livssituasjon og tjenestebehov.

De som utfører kartleggingen skal ha riktig opplæring og kompetanse, og eventuelle sertifiseringer eller godkjenninger for kartleggingsverktøy som brukes.

Kommunen bør sørge for systemer for tilgang til kunnskapsbaserte og kvalitetssikrede metoder og verktøy til kartlegging av psykisk helse- eller rusmiddelproblemer.

Fastlege og andre tjenesteytere bør i møte med brukere og/eller pasienter som har:

- somatiske helseplager med uklar årsak og symptombilde, spørre om psykiske helseplager- og rus- og alkoholvaner.
- psykiske helse- eller søvnvansker, spørre om rus- og alkoholvaner
- rusmiddel- eller alkoholproblemer, spørre om psykisk helse.

Kartleggingen fokuserer på "Hva er viktig for deg?" heller enn "Hva er i veien med deg?"

Pårørende gis mulighet til å bidra med informasjon, dersom brukeren eller pasienten samtykker til at de involveres.

Ved mistanke om selvmordsrisiko, selvskading og pågående voldsutsatthet skal tiltak iverksettes umiddelbart. Sørg også for at mindreårige barn eller mindreårige søsken ivaretas.

Praktisk informasjon

En god relasjon er den viktigste rammen for å stille spørsmål som kan oppleves som ubehagelige. Den som utfører kartleggingen, har opplæring og kompetanse for metoden som brukes.

I tillegg til systematisk kartleggingen vil en årvåken tjenesteyter kunne bruke enkle tegn som for eksempel med utsagn som at hen ikke "orker mer", at det observeres arr eller lignende, eller at andre utsagn gir mistanke om voldsutøvelse.

Metoden "Motiverende intervju" (MI) benyttes for samtaler med voksne brukere eller pasienter med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer om endring, motivasjon, utforskning av ambivalens og mestring.

[Folkehelseinstituttet har sammen med Sarpsborg kommune, Bergensklinikkene og KS utviklet et utviklings og opplæringstilbud med ti filmer om MI \(fhi.no\).](#)

Dersom det brukes standardiserte samtale- og kartleggingsverktøy benytt kvalitetssikrede kilder som:

- [Utvählte verktøy for kartlegging av rusmiddelproblemer og psykisk uhelse \(rop.no\)](#)
- [Anbefalte kartleggingsverktøy for kommunene \(rop.no\)](#)
- [Kartleggingssamtalen \(rop.no\)](#)
- [Screening for mild kognitiv svikt \(mocacognition.com\)](#)
- [Nasjonalt faglig råd om selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene](#)
- [Trinnvis veiledning ved selvskading og selvmordsatferd som ikke tidligere er kartlagt](#)
- [Trinnvis veiledning ved selvskading og selvmordsatferd som er kartlagt](#)

Kartleggingen inkluderer:

- egen problemforståelse, behov, ønsker og prioriteringer for hva brukeren eller pasienten trenger av tiltak eller tjenester for å mestre livet bedre
- tidligere erfaringer med å tilfriskne psykisk helse- eller rusmiddelproblemer
- egne ressurser, inkludert pårørende, nettverk og interesser
- hva brukeren og/eller pasienten mestrer selv
- historikk med psykiske plager- eller lidelser, skadelig rusmiddelbruk, eller ruslidelse
- legemiddelbruk og historikk
- selvmordsrisiko, overdoserisiko, selvskading og risiko for voldsutøvelse
- funksjonsnivå, symptomer og samsykelighet
- screening for nedsatt kognitiv funksjon
- om brukeren eller pasienten er gravid eller nylig har født barn
- mindreårige barn, søsken eller andre pårørende med behov for oppfølging
- somatisk helse, inkludert tannhelse og ernæringsstatus/ernæringsutfordringer
- seksuell helse, inkludert erfaringer med vold, overgrep eller andre traumer
- psykososial situasjon og livskvalitet
- økonomi, utdanning, arbeid og boligsituasjon, inkludert tilgang til kjøkken og utstyr til tilberedelse av måltider
- fysisk aktivitet og levevaner
- helsekompetanse
- digital kompetanse eller tilgang til digitale verktøy

Tilpass kartleggingens omfang og metoder etter brukeren eller pasientens forutsetninger-, behov- og historikk:

- Bruk åpne- eller strukturerte samtaler sammen med og standardiserte screening- og kartleggingsverktøy for å gi en innledende oversikt over psykisk helse- eller rusmiddelproblemene.
- Unngå unødvendige dobbelkartlegginger:

- Spør brukeren og/eller pasienten om hen har blitt kartlagt eller utredet for psykisk helse- eller rusmiddelproblemer før – tilby eventuelt egne undersøkelser av dette.
- Be om samtykke for tilgang til tidligere kartlegginger eller utredninger dersom brukeren eller pasienten har vært kartlagt, utredet og/eller behandlet i andre kommunale helse- og omsorgstjenester, skole eller PPT, private tilbydere av psykiske helsetjenester, eller utredninger fra spesialisthelsetjenesten.
- Vurder alltid relevansen fra tidligere kartlegginger eller utredninger sammen med brukeren eller pasienten.
- Innledende kartlegging, og informasjon fra tidligere kartlegginger eller utredninger, legges til grunn for videre kartlegging og en tverrfaglig vurdering og bruk av mer omfattende standardiserte metoder og verktøy. Og brukes som grunnlag for vurdering av eventuell henvisning til spesialisthelsetjenesten for utredning, rettighetsvurdering og eventuell behandling.

Tredjepartsopplysninger fra pårørende og nettverk

Ved samtykke til at pårørende eller annet nettverk involveres i kartlegging spør om:

- Hvordan er vedkommende når hen ikke er syk?
- Hva har vært til hjelp i tidligere dårlige perioder?
- Hvordan opplever du situasjonen?
- Spør om bekreftelse på opplysninger fra andre deler av kartleggingen
- Følg instruksjoner dersom tredjepartsopplysninger er en del av et standardisert kartleggingsbatteri.

Begrunnelse

Kartlegging er nødvendig for å gi individuelt tilrettelagte og forsvarlige tjenester tilpasset den enkeltes ønsker og behov.

Rutinemessig kartlegging med bruk av standardiserte screening- og kartleggingsverktøy er også en måte å unngå stigma ved at det da ikke er den enkelte som er spesielt utvalgt for visse spørsmål. Ved psykisk helse- og rusmiddelproblemer kan både den det gjelder (Corrigan et al., 2010; Mak et al., 2007) og pårørende (Corrigan et al., 2004) oppleve [skam og stigma knyttet til tilstanden \(psychiatry.org\)](https://www.psychiatry.org).

Undersøkelser viser også at pårørendeinvolvering kan redusere faren for tilbakefall og føre til færre symptomer særlig hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse (Bighelli et al., 2021). Det kan bidra til økt opplevelse av mestring og tilfredshet hos både bruker eller pasient og dens pårørende (Meis et al., 2013).

Nedsatt kognitiv funksjon, særlig mildt nedsatt kognitiv funksjon blant personer med rusmiddelproblemer i kombinasjon med psykiske helseplager er avgjørende for utfallet av behandlingen og hvordan denne tilpasses. Særlig mildt nedsatt funksjon blir ofte uoppdaget om en ikke brukes standardiserte oppgavebaserte verktøy (Bruijnen et al., 2019; Perry et al., 2019).

[International test commissions retningslinjer \(intestcom.org\)](https://www.intestcom.org) for kartlegging er et bredt tilsluttet faglig og etisk rammeverk for kartlegging. Retningslinjen ligger til grunn for vurderinger i denne anbefalingen, inkludert at brukeren får et godt grunnlag for å medvirke.

Det følger av [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4 \(lovdata.no\)](#) at kommunen har ansvar for tilby og å yte utredning, diagnostisering og behandling. Dette er en del av kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 \(lovdata.no\)](#).

Utredning, diagnostisering og behandling må skje forsvarlig og med tilstrekkelig faglig kompetanse. Kommunene må selv sørge for en bemanning som tilsier at kommunen kan yte forsvarlige tjenester. [Rett til medvirkning og informasjon er grunnleggende pasient- og brukerrettigheter](#).

Referanser

Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W., Schneider-Thoma, J., ... Salanti, G. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969-980.

Buijnen, C. J., Dijkstra, B. A., Walvoort, S. J., Markus, W., VanDerNagel, J. E., Kessels, R. P., & De Jong, C. A. (2019). Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug and alcohol review*, 38(4), 435-442.

Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548.

Corrigan, P. W., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., Wassel, A., Michaels, P., ... Rüsch, N. (2010). Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of community psychology*, 38(3), 259-275.

Mak, W. W., Poon, C. Y., Pun, L. Y., & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social science & medicine*, 65(2), 245-261.

Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., MacDonald, R., Carlyle, M., ... Wilt, T. J. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical psychology review*, 33(2), 275-286.

Perry, A. E., Martyn-St James, M., Burns, L., Hewitt, C., Glanville, J. M., Aboaja, A., ... Wright, K. (2019). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems. *Cochrane database of systematic reviews*, (10)

Anbefaling

I hovedforløp 1 bør kommunen tilby kunnskapsbaserte lavterskeltjenester som hindrer forverring av psykisk helse- eller rusmiddelproblemene

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Fastlege eller andre tjenesteytere som møter brukeren eller pasienten først og utfører innledende kartlegging, skal alltid vurdere mulighetene i den kommunale psykisk helse- og rus-tjenesten og benytte seg av disse, før eventuell henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Tjenester i hovedforløp 1 bør tilbys de som henvender seg med milde og forventet kortvarige tilstander, for eksempel:

- nyoppstått angst, depresjon, søvnvansker og stress med milde til moderate symptomer
- selvskading i forbindelse med akutt krise der selvskadingen ikke vurderes vedvarende og alvorlig
- alkohol-, legemiddelbruk- eller bruk av illegale rusmidler som oppleves som problematiske, uavhengig av om de ikke oppfyller diagnostiske kriterier for skadelig bruk eller avhengighet

Brukere i hovedforløp 1 bør tilbys kartlegging og kunnskapsbaserte lavterskeltjenester som gir symptomlindring, og behandling som hindrer forverring og reduserer negative konsekvenser av tilstanden.

Rutiner for oppfølging av somatisk helse bør være en del av tilbudet, og inkludere oppfordring, motivasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet.

Selvskading, selvmordsrisiko og voldsrisko bør alltid kartlegges, også i hovedforløp 1, og vurderes i samråd med spesialisthelsetjenesten ved behov.

Når digitale selvhjelpsverktøy brukes som et supplement til andre tjenester, bør det benyttes med veiledning.

Praktisk informasjon

Tilpass tjenestetilbudet i hovedforløp 1 individuelt i samråd med brukeren. Bruk tiltak eller behandling som fremmer livskvalitet- og mestring, gir symptomlette, bedre rusmestring og forebygger forverring.

Ofte er det problemer situasjonsbetingede følger av stress, belastninger eller voldsomme livshendelser som:

- samlivsbrudd
- oppløsning av andre betydningsfulle relasjoner
- fødsel /barsel
- vansker i jobb eller studier
- vold, seksuelle overgrep eller dødsfall i nær familie

Tilstander som følge av sorg og reaksjoner på livskriser som krever tiltak i hovedforløp 1 gis for å unngå forverring og forlengelse med psykisk lidelse som konsekvens. Sorg som vedvarer lengre enn seks måneder behandles i hovedforløp 2.

Kontakt spesialisthelsetjenesten for veiledning eller samarbeid hvis problemene utvikler seg eller antas å utvikle seg til å bli mer langvarige eller alvorlige.

For å forebygge at skam og stigma med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer påvirker eller forsinker hjelpesøkende atferd:

- Gi god informasjon om tjenestene for at tjenestemottageren føler seg ivaretatt og møtt med respekt.
- Frem gode holdninger og kultur blant tjenesteytere i psykisk helse- og rusmiddelproblemer
- Ha rask tilgang på riktige tjenester for å forhindre forverring og forkorte behovet for tjenester.

Kartlegging i hovedforløp 1

En differensiert kartlegging i tråd med anbefaling om kartlegging legges i samråd med brukeren til grunn for individuell tilpasning av hovedforløp 1.

Lavterskeltjenester i hovedforløp 1 tilbys uten spesifiserte krav til diagnose eller bestemte skårer i kartlegging. Vurder de psykiske plagene eller rusmiddelbruken både objektivt og subjektivt:

- Har rusmiddelbruken klare konsekvenser for livskvalitet eller funksjon (som bolig- eller jobbsituasjon) og eventuelt psykisk helse (samvariasjon mellom psykiske symptomer og rusmiddelbruken) så er den problematisk, og vil vanligvis fanges opp i en kartlegging som skadelig bruk.
- Om rusmiddelbruken *oppleves* som problematisk, så er den også det uten klare objektive indikatorer.
- Har de psykiske plagene klare konsekvenser for livskvalitet eller funksjon (som bolig- eller jobbsituasjon), og eventuelt rusmiddelbruk (samvariasjon mellom rusmiddelbruk og psykiske symptomer)
- Om de psykiske plagene *oppleves* som problematisk, så er de gjerne det også uten klare objektive indikatorer

Tiltak og behandling i hovedforløp 1

De fleste i hovedforløp 1 gis best hjelp gjennom lavterskeltjenester, kortvarige og lavintensive intervensjoner. Med riktig veiledning og enkle støttetiltak vil mange komme seg ut av vanskene på egen hånd, eller ved støtte fra familie og nettverk.

Veiledning, tjenester, kurs og tiltak for hovedforløp 1:

- [Digitale selvhjelpsverktøy \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)
- [Selvhjelpsgrupper \(selvhjelp.no\)](https://selvhjelp.no) og andre gruppetilbud
- [Kontakt med selvhjelpsorganisasjoner \(napha.no\)](https://napha.no)
- [Døgnåpne hjelpetelefoner og andre digitale samtaltjenester \(psykiskhelse.no\)](https://psykiskhelse.no)
- [Ulike mestringskurs som kurs i depresjonsmestring og kurs i belastningsmestring \(psykiskhelse.no\)](https://psykiskhelse.no)
- [eMeistring \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no)
- [Rask psykisk helsehjelp \(napha.no\)](https://napha.no)
- [Kurspakken Sees i morgen \(nav.no\)](https://nav.no)
- [Aktivitets- og andre tilbud i regi av frisklivssentraler \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)
- [AKAN \(akan.no\)](https://akan.no)
- Aktivitets- eller samtaletilbud organisert av frivillige og ideelle organisasjoner, pårørendesentre m.m.
- Pårørendeinvolvering i behandling og psykoedukative familietilbud
- Kortvarige samtaleterapeutiske forløp i kommunen
- Treningskontakt
- Familievernkontor med tilbud for par og familier som har utfordringer og behov for veiledning
- Helsestasjoner med tilbud for gravide med milde og kortvarige psykiske problemer

Begrunnelse

Kommunene har mange faglige ressurser å spille på i behandling og oppfølging av personer med milde og kortvarige problemer: fastlege, psykolog, NAV, psykisk helse- og rustjenester og øvrig helse- og omsorgstjenesten, frisklivssentraler m.m. Samarbeid og samhandling mellom instansene i en tverrfaglig og helhetlig tilnærming øker sjansene for at plagene går tilbake eller ikke forverres.

Det finnes få solide studier som bekrefter effekten av selvhjelpsgrupper (Loland, 2006). kunnskapsoppsummering tyder på at selvhjelp har effekt om det benyttes som supplement til tjenesteytelser i primærhelsetjenesten (Dineen-Griffin et al., 2019).

Det er også få solide studier som konkluderer angående effekten av digitale selvhjelpsverktøy for mestring eller forebygging av psykiske lidelser (Ames et al., 2022). Digitale selvhjelpsverktøy antas likevel å ha best effekt om det benyttes veiledet og kombinert med andre tjenester. Konseptet veiledet selvhjelp, som mange digitale verktøy bygger på har imidlertid påvist effekt som er sammenlignbar med ansikt til ansikt behandling for lettere psykiske lidelser (Cuijpers et al., 2010). Forskning antyder også det fortsatte behovet for å utvikle bedre digitale verktøy med og for mennesker med psykiske helseproblemer som er både teori og datadrevet (Bucci et al., 2019).

Studier av Rask psykisk helsehjelp tyder på at modellen og metoden har god effekt (Knapstad et al., 2020).

Studier av [det norskutviklede verktøyet eMeistring \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no) har spesifikke resultater for panikkklidelse (Nordgreen et al., 2018b), sosial angst (Nordgreen et al., 2018a) og depresjon (Nordgreen et al., 2019).

Referanser

Ames, H. M. R., Nygård, H. T., & Bjerk, M. (2022). Et forskningskart over randomiserte studier og systematiske oversikter for selvhjelsapper. ,

Bucci, S., Schwannauer, M., & Berry, N. (2019). The digital revolution and its impact on mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(2), 277-297.

Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological medicine*, 40(12), 1943-1957.

Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K., & Benrimoj, S. I. (2019). Helping patients help themselves: a systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PloS one*, 14(8), e0220116.

Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M. M., Aarø, L. E., & Smith, O. R. F. (2020). Effectiveness of prompt mental health care, the Norwegian version of improving access to psychological therapies: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90-105.

Loland, N. (2006). Effekt av selvhjelpsgrupper ved angst og depresjon. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Rapport*, (21)

Nordgreen, T., Blom, K., Andersson, G., Carlbring, P., & Havik, O. E. (2019). Effectiveness of guided internet-delivered treatment for major depression in routine mental healthcare-an open study. *Internet interventions*, 18, 100274.

Nordgreen, T., Gjestad, R., Andersson, G., Carlbring, P., & Havik, O. E. (2018). The implementation of guided Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in a routine-care setting: effectiveness and implementation efforts. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 62-75.

Nordgreen, T., Gjestad, R., Andersson, G., Carlbring, P., & Havik, O. E. (2018). The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. *Internet interventions*, 13, 24-29.

Anbefaling

I hovedforløp 2 bør kommunen tilby stabiliserende og lindrende behandling for psykisk helse- eller rusmiddelproblemene, og vurdere behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Fastlege eller andre tjenesteytere som møter brukeren eller pasienten først og utfører innledende kartlegging, skal alltid vurdere mulighetene i den kommunale psykisk helse- og rustjenesten og benytte seg av disse. Der det er nødvendig samarbeides det med spesialisthelsetjenesten for å vurdere om henvisning er riktig.

Hovedforløp 2 ekskluderer ikke brukeren eller pasienten fra tjenester og tiltak som er foreslått i hovedforløp 1, dersom det sannsynliggjøres at det vil ha en effekt på livskvalitet, livsmestring, rusmestring eller symptomer.

Tjenester i hovedforløp 2 bør tilbys de med antatt kortvarige alvorlige eller langvarige mildere psykisk helse- eller rusmiddelproblemer, for eksempel:

- akutte psykoser med god prognose, for eksempel rusutløst psykose.
- antatt kortvarige, men alvorlige symptomer på stemningslidelse
- antatt kortvarig skadelig bruk av rusmidler uten avhengighet, men med et visst funksjonstap, gjerne situasjonsbetinget
- vedvarende mild eller moderat depresjon eller angstlidelse
- enkeltstående traumer
- mindre alvorlig personlighetsforstyrrelse eller spiseforstyrrelse
- skadelig bruk av rusmidler eller legemidler uten markert funksjonstap med tilbakevendende depressive episoder
- forlenget sorgforstyrrelse

Voksne brukere eller pasienter med kortvarige alvorlige problemer eller mildere problemer som vedvarer over tid bør henvises til [Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne](#) eller [Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#), [Nasjonalt pasientforløp for ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer](#), eventuelt et diagnosespesifikt Nasjonalt pasientforløp dersom diagnosen er satt.

Tjenester i hovedforløp 2 har som mål å:

- stabilisere og lindre plagene for å unngå forverring og oppnå et kortest mulig forløp
- forhindre tilbakefall og motvirke forverring med mer alvorlige konsekvenser eller behov for behandling i spesialisthelsetjenesten.

Kommunen bør sørge for at tjenesteytere har kompetanse til å tilby:

- veiledet selvhjelp
- digitale behandlingsverktøy med veiledning
- systematisk samtalebehandling
- gruppeterapi

Kommunen bør ha rutiner i hovedforløp 2 for tett oppfølging av den somatiske helsen til brukere, og oppfordre, motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet som en del av tiltakene. Ved spiseforstyrrelser eller ernæringsutfordringer involveres klinisk ernæringsfysiolog, og samarbeide med spesialisthelsetjenesten innledes dersom ernæringsutfordringene ikke kan ivaretas godt nok i kommunen.

Selvskading, selvmordsrisiko og voldsrisko bør også kartlegges i hovedforløp 2, og vurderes i samråd med spesialisthelsetjenesten ved behov.

Praktisk informasjon

Bruk tiltak som fremmer livskvalitet- og mestring, gir symptomlette, bedrer rusmestring, forebygger forverring eller tilbakefall og begrenser skader og sosiale konsekvenser av psykisk helse- eller rusmiddelproblemet.

Kortvarige alvorlige eller langvarige mildere psykisk helse- eller rusmiddelproblemer kan være situasjonsbetingede følger av stress, belastninger eller voldsomme livshendelser som:

- sorg
- samlivsbrudd
- oppløsning av andre betydningsfulle relasjoner
- enkeltstående traume
- fødsel /barsel
- vansker i jobb eller studier
- vold
- seksuelle overgrep
- dødsfall i nær familie
- akutt ruspåvirkning eller abstinens

Forebygging av forverring- tilbakefall- og skadereduksjon i hovedforløp 2 oppnås med I ansiktlig støtte og oppfølging:

- lavterskel behandlingstilbud og kontakt med brukerorganisasjoner eller likepersoner
- hjelp med arbeid og økonomi
- støttetiltak som ivaretar- eller gjenoppretter sosial funksjon
- støtte og oppfølging i forbindelse med arbeid og økonomi
- praktisk støtte til å gjenoppta kontakt med nettverk, arbeidsgiver og andre
- tilpassede skadereduserende tiltak
- tilrettelegging av jobb eller studiesituasjon
- andre tiltak som ivaretar sosial fungering

Kartlegging og henvisning i hovedforløp 2

En differensiert kartlegging i tråd med anbefaling 2.1 legges i samråd med brukeren eller pasienten til grunn for individuell tilpasning av hovedforløp 2.

Bruk riktig kompetanse og eventuelt veiledning og samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å kartlegge og diagnostisere mildere langvarige psykisk helse- eller rusmiddelproblemer i kommunens

hovedforløp 2. Om mulig utføres kartleggingen, også dersom spesialisthelsetjenesten er involvert, der pasienten bor, eventuelt med støtte fra digitale verktøy.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om kartlegging, utredning og diagnostisering av alvorlige, men antatt kortvarige tilstander i hovedforløp 2 – for eksempel psykotisk- eller manisk episode.

Tjenesteytere i kommunene gjør innledende kartlegging med veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Og vurderer eventuelt behov for henvisning til et Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling:

- Henvisning utformes da i tråd med [Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten](#).
- Ta utgangspunkt i brukeren eller pasientens beskrivelse av situasjonen.
- Snakk sammen om bakgrunnen for henvisningen, innholdet og hva som skjer når henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten.
- Konferer med fastlegen dersom den som henviser ikke selv er fastlegen.

Ved risiko for selvskading eller selvmord søk veiledning i spesialisthelsetjenesten og følg:

- [Nasjonalt faglig råd om selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene](#)
- [Nasjonalt faglig råd for kartleggende samtale ved selvskading og selvmordsrisiko](#)
- [Trinnvis veiledning ved selvskading og selvmordsatferd som ikke tidligere er kartlagt](#)

Ved mistanke om voldsrisiko søk veiledning i spesialisthelsetjenesten og følg:

- [Nasjonalt faglig råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse](#)

Tiltak, behandling og samhandling i hovedforløp 2

Mange i hovedforløp 2 har god nytte av kommunale lavterskeltjenester. Bruk også veiledning og enkle støttetiltak, gjerne i samarbeid med familie og nettverk for å bidra til rask stabilisering og forebygging av forverring.

Tiltak som er relevante i hovedforløp 2:

- Tiltak i [hovedforløp 1](#) som kan sannsynliggjøres å ha effekt i hovedforløp 2.
- Legemidler for stabilisering, tilbakefallsforebygging eller behandling.
- Samtaler hos psykolog, fastlege eller annet helsepersonell.
- Samtaler og støtte fra sosialfaglig personell
- [Individuell jobbstøtte \(Individual Placement and Support – IPS\)](#) er i Norge utvidet til pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer.
- Krise- og mestringsplan
- Avtale om brukerstyrt tilgang til kommunal akutt døgnplass
- Oppfølging av somatisk helse i tråd med
- Henvisning til spesialisthelsetjenesten for utredning og/eller behandling.
- Aktivitets- eller treningstilbud i [Frisklivssentral \(helsenorge.no\)](#)
- Treningskontakt

Samarbeid tverrfaglig og tverrsektoriell med relevante aktører i hovedforløp 2, som:

- fastlege
- koordinerende enhet
- NAV

- arbeidsgiver
- kriminalomsorgen
- bruker- og pårørendeorganisasjon
- spesialisthelsetjenesten

Tilpass systematisk fysisk aktivitet (trening) etter diagnosespesifikke anbefalinger i [Aktivitetshåndboken](#). Bedring i somatisk helse kan også bidra til bedring av psykiske helse- og rusmiddelproblemer.

Somatisk helse følges ellers opp av fastlegen eller andre tiltak kommunal helse- og omsorgstjeneste, eller spesialisthelsetjenesten.

Kortvarige kurs eller noen få samtaler er ofte tilstrekkelig ved forlenget sorgreaksjon. Det er ikke alltid nødvendig med langvarig hjelp selv om plagene har vedvart over noe tid.

Begrunnelse

Langvarige psykiske vansker er blant annet forbundet med økt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer, og langvarige rusmiddelproblemer øker risikoen for å utvikle psykiske vansker. Langvarige problemer er også forbundet med flere psykososiale og sosioøkonomiske konsekvenser.

Å søke veiledning fra, men ikke nødvendigvis henvise til spesialisthelsetjenesten i hovedforløp 2 er viktig for avgrensning og for å forhindre unødig behandling eller sykeliggjøring.

Ved kortvarige alvorlige problemer kan det være behov for periodevis et høyere omsorgsnivå med hyppigere kontakt og oppfølging.

Levealderen for mennesker med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer er 5-15 år lavere for mennesker med lettere psykiske lidelser og mer alvorlige lidelser sammenlignet med den generelle befolkningen (Plana-Ripoll et al., 2019). Ifølge [Folkehelse rapporten \(fhi.no\)](#) antas en viktig årsak å være tobakksbruk kombinert med rusmidler, usunt kosthold, overvekt og lite fysisk aktivitet. Antipsykotiske legemidler er også en mulig forklaring (Chang et al., 2021), moderert av underdiagnostisering av somatiske helseproblemer, særlig kardiovaskulær sykdom er likevel den direkte effekten fra antipsykotika trukket i tvil (Solmi et al., 2021; Vermeulen et al., 2017). FHI konkludere også med at det ikke er tilstrekkelig forskning til å konkludere om langvarig bruk av antipsykotika (Smedslund et al., 2018).

Referanser

Chang, S., Goh, K. K., & Lu, M. (2021). Metabolic disturbances associated with antipsychotic drug treatment in patients with schizophrenia: State-of-the-art and future perspectives. *World journal of psychiatry*, 11(10), 696.

Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Agerbo, E., Holtz, Y., Erlangsen, A., Canudas-Romo, V., ... Erskine, H. E. (2019). A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*, 394(10211), 1827-1835.

Smedslund, G., Siqveland, J., Kirkehei, I., & Steiro, A. (2018). Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser: en systematisk oversikt (Forskningsoversikt 2018). ,

Solmi, M., Fiedorowicz, J., Poddighe, L., Delogu, M., Miola, A., Høye, A., ... Larsson, H. (2021). Disparities in screening and treatment of cardiovascular diseases in patients with mental disorders across the world: systematic review and meta-analysis of 47 observational studies. *American Journal of Psychiatry*, 178(9), 793-803.

Vermeulen, J., Van Rooijen, G., Doedens, P., Numminen, E., Van Tricht, M., & De Haan, L. (2017). Antipsychotic medication and long-term mortality risk in patients with schizophrenia; a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(13), 2217-2228.

Anbefaling

I hovedforløp 3 bør kommunen samarbeide med spesialisthelsetjenesten om oppfølging og behandling ved alvorlige og langvarige psykiske lidelser eller ruslidelser

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Dersom det sannsynliggjøres at det vil ha en effekt på livskvalitet, livsmestring, rusmestring eller symptomer ekskluderes ikke brukere eller pasienter i Hovedforløp 3 fra tjenester og tiltak i andre hovedforløp.

Tjenester i hovedforløp 3 bør tilbys de med alvorlige og langvarige psykisk helse- eller rusmiddelproblemer som opptrer alene eller sammen (ROP lidelser), for eksempel:

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

Kommunen skal sammen med spesialisthelsetjenesten samarbeide systematisk og tverrsektorielt for at brukere og pasienter med alvorlige, langvarige problemer og lidelser får helhetlige og sammenhengende forløp og tjenester som er tilgjengelige døgnet rundt.

Voksne med alvorlige og langvarige psykisk helse- og/eller ruslidelser henvises til [Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne](#) eller [Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#), eventuelt annet diagnosespesifikt Nasjonalt pasientforløp.

Kommunen bør i hovedforløp 3 sørge for skadereduksjon, bedring av levekår-, livsmestring-, livskvalitet-, psykisk og somatisk helse, samt hjelp for rusmiddelproblemene:

Kommunens psykisk helse- og rustjeneste bør delta aktivt i utarbeidelsen av krise- og mestringsplan for pasienter som har vært underlagt tvunget psykisk helsevern. Pårørende bør involveres, dersom det samtykkes til det.

Kommunen bør benytte kunnskapsbaserte modeller som [Housing first \(napha.no\)](https://napha.no) og individuell jobbstøtte for å hjelpe pasienter og brukere i hovedforløp 3 med bolig og arbeid. Og oppsøkende behandlingsteam som [ACT-, FACT-, og FACT ung-team](#)

Kommunen bør ha tilbud og rutiner for bedring og oppfølging av somatisk helse tilpasset pasienter og brukere i hovedforløp 3:

- årlig kontroll av kardiovaskulær helse anbefales
- veiledning i røykeslutt
- veiledning i ernæring og livsstilsvalg
- involvere klinisk ernæringsfysiolog og spesialisthelsetjenesten ved komplekse ernæringsutfordringer.
- [oppfordring, tilrettelegging og motivasjon for fysisk aktivitet](#).

Brukere og pasienter i hovedforløp 3 bør ikke ekskluderes fra tjenester og tiltak som er foreslått for de andre hovedforløpene, dersom det sannsynliggjøres at det vil ha en effekt på livskvalitet, livsmestring, rusmestring eller symptomer.

Selvskading, selvmordsrisiko og voldsrisko skal alltid kartlegges i hovedforløp 3. Ved forhøyet risiko for voldsutøvelse skal kommunene samarbeide med [politiet og spesialisthelsetjenesten](#).

Praktisk informasjon

Bruk tiltak i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer som fremmer livskvalitet- og mestring, psykososial fungering, gir symptomlette, bedre rusmestring, forebygger forverring eller tilbakefall og oppsøkende skadereduserende tiltak.

Følg [Nasjonal veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#) i hovedforløp 3.

Forebygging og skadereduksjon i hovedforløp 3

Tilby tiltak som forhindrer forverring eller tilbakefall og begrense negative medisinske, psykiske, psykososiale og andre konsekvenser.

Det kan være:

- medisinsk hjelp til skadereduksjon og unngåelse av følgetilstander
- tett oppfølging og støtte til bedre livs- og rusmestring.
- hjelp til å finne en adekvat bolig
- hjelp med økonomi
- sosial stabilisering med tilpasset planlagt dagaktivitet

Kartlegging og henvisning i hovedforløp 3

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om kartlegging og av brukere og pasienter med alvorlige, langvarige problemer og lidelser:

- Kartlegg egne ressurser, mestring, forståelse og ønsker.
- Be om samtykke til å innhente epikriser og annen informasjon.
- En differensiert kartlegging i tråd med anbefaling 2.1 legges i samråd med spesialisthelsetjenesten og brukeren eller pasienten til grunn for individuell tilpasning av hovedforløp 3.
- Undersøk rutinemessig og jevnlig somatisk helse.

- Utredning og diagnostisering skjer i spesialisthelsetjenesten etter henvisning som utformes i tråd med [Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten](#).
 - Ta utgangspunkt i brukeren eller pasientens beskrivelse av situasjonen.
 - Snakk sammen om bakgrunnen for henvisningen, innholdet og hva som skjer når henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten.
 - Konferer med fastlegen dersom den som henviser ikke selv er fastlegen.

Se ellers anbefalinger i sykdomsspesifikke retningslinjer og andre normerende publikasjoner for mer om kartlegging, utredning og henvisning relevant for hovedforløp 3:

- [Nasjonal faglig retningslinje Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#)
- [Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne](#)
- [Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)

Bruk gjerne nasjonalt kompetansesenter ROP sine ressurser:

- [oversikt over kartleggingsverktøy \(rop.no\)](#)
- [informasjonsfilm om anbefalte kartleggingsverktøy for kommunene \(rop.no\)](#)
- [informasjonsfilm om kartleggings samtalen \(rop.no\)](#)

Tiltak, behandling, samhandling og rehabilitering i hovedforløp 3

Tiltak spesielt for hovedforløp 3 kan være:

- [ACT- og FACT-team \(napha.no\)](#) gir oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Modellen gir koordinert, sammenhengende og integrert oppfølging fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- [FACT ung-team \(napha.no\)](#) er på samme måte tverrfaglig sammensatte team som skal gi integrert og langvarig behandling til ungdom opp til 25 år med store og sammensatte behov.
- Oppsøkende team kan også bidra til å [vurdere selvmords- selvskadingsrisiko](#) – og [samtaler i forbindelse med voldsrisikovurderinger](#).
- [Integrert behandling av ROP-lidelser etter modellen IDDT \(rop.no\)](#) kan benyttes ved behandling av samtidig forekomst av psykiske lidelser og ruslidelser.
- Tilpassede lavterskeltjenester og sosiale møteplasser for å opprettholde eller bedre sosial funksjon og holde kontakt med brukere og pasienter i hovedforløp 3 slik at tidlige tegn på forverring og funksjonsfall avdekkes.
- [Housing First \(napha.no\)](#) er en kunnskapsbasert modell som bygger på prinsippet om at tilgang til bolig er en grunnleggende menneskerett, og kan være avgjørende for at øvrige tiltak har effekt.
- [Individuell jobbstøtte \(IPS\)](#) er en kunnskapsbasert modell innen arbeidsrettet rehabilitering. Se også denne [temasiden om IPS \(napha.no\)](#).
- Oppfølging i hovedforløp 3 er tverrfaglig og tverrsektoriell og involverer gjerne:
 - fastlege
 - koordinerende enhet
 - NAV
 - eventuell arbeidsgiver
 - kriminalomsorgen
 - bruker- og pårørendeorganisasjon

- spesialisthelsetjenesten
- ideelle og frivillige lavterskel og aktivitetstiltak
- Koordinator i kommunen og/eller i spesialisthelsetjenesten.

Retten til koordinator er uavhengig om personen ønsker å ha individuell plan (IP) eller ikke. Kommunens plikter i forbindelse med koordinator kan leses mer om i [Nasjonal veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#).

Krise- og mestringsplan

Utarbeid i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og brukeren og pasienten en krise- og mestringsplan i tråd med [Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne](#) som beskriver hva som skal gjøres ved plutselig forverring eller tilbakefall og for å unngå unødvendige innleggelser eller tvangsinnleggelse. Planen utarbeides også i god tid før avslutning av tvungent psykisk helsevern i institusjon. Bruk av kommunal døgnplass kan være aktuelt i en krise- og mestringsplan som forebygging av tvangsinnleggelse.

Samarbeid med behandlingsansvarlig institusjon i spesialisthelsetjenesten ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Samarbeidet beskriver i individuell plan (IP). Brukeren og pasienten har da kontaktperson og koordinator også i den ansvarlige institusjonen.

For bedre somatisk helse:

- tilby hjelp til røykeslutt
- tilby veiledning i gode livsstilvalg
- bruk frisklivssentralen
- undersøk ernæringsstatus og hjelp til med planlegging og tilberedning av mat
- jevnlig kontroll av hjerte og kar er særlig viktig dersom pasienten står på antipsykotiske legemidler.

Begrunnelse

Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i kommunen er viktig for å oppnå stabilitet og forebygge tilbakefall og forverring for pasienter og brukere i hovedforløp 3.

Tidlig symptomdebut, særlig alvorlige symptomer som psykose, eller skadelig bruk av rusmidler eller rusmiddellidelse, øker sannsynligheten for et mer langvarig og sammensatt forløp. Det samme gjelder samtidig forekomst av alvorlige psykiske problemer og rusmiddellidelse.

Ansvarsavklaring er ikke et «enten eller». Mange som er i hovedforløp 3 mottar mesteparten av tjenestene fra kommunen med samtidig utredninger, behandlingstiltak og intensive treningstilbud fra spesialisthelsetjenesten. Ansvarsfordelingen for koordinering av langvarige rehabiliterings eller habiliteringstilbud defineres i [Nasjonal veileder for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#).

Pasienter og brukere i hovedforløp 3 er gjerne under langvarig og tett oppfølging fra både spesialisthelsetjeneste og kommune, med tidligere, pågående eller gjentatte forløp i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har pasientansvaret, mens kommunen gjerne har hovedansvaret for oppfølging og koordinering, mens behandling gjennom oppsøkende team som ACT-, FACT-, og FACT ung-team skal ha ansatte fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Evalueringer av ACT-, FACT-, og FACT ung-team viser at mange med alvorlige og sammensatte lidelser har gode erfaringer med modellene

- [Bruker spør bruker om ACT](#)
- [Evaluering av FACT-team i Norge – sluttrapport \(rop.no\)](#)
- [Utprøving av ACT-team i Norge – Hva viser resultatene \(rop.no\)](#)

Internasjonal forskning tyder på at mange med alvorlige psykiske helse- og/eller rusproblemer har godt klinisk utbytte av metoden Integrert behandling av ROP-lidelser (IDDT) (Hunt et al., 2019).

Tett og oppfølging av somatisk helse er viktig for brukere og pasienter i hovedforløp 3. Gjennomsnittlig levealder for denne gruppen er betydelig kortere enn for resten av befolkningen. [Dårlig somatisk helse i denne gruppen følger stort sett av samme årsaker som for øvrig befolkning \(legeforeningen.no\)](#).

Generelt mer usunn livsstil røyking er antatte årsaker til den nedsatte levealder for personer med alvorlige langvarige problemer eller lidelser. Bruk av antipsykotiske legemidler (Chang et al., 2021) er en mulig. Effektene er sannsynligvis, moderert av underdiagnostisering av somatiske helseproblemer, særlig kardiovaskulær sykdom er likevel effekten av antipsykotika trukket i tvil (Solmi et al., 2021; Vermeulen et al., 2017).

Referanser

Chang, S., Goh, K. K., & Lu, M. (2021). Metabolic disturbances associated with antipsychotic drug treatment in patients with schizophrenia: State-of-the-art and future perspectives. *World journal of psychiatry*, 11(10), 696.

Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane database of systematic reviews*, (12)

Solmi, M., Fiedorowicz, J., Poddighe, L., Delogu, M., Miola, A., Høye, A., ... Larsson, H. (2021). Disparities in screening and treatment of cardiovascular diseases in patients with mental disorders across the world: systematic review and meta-analysis of 47 observational studies. *American Journal of Psychiatry*, 178(9), 793-803.

Vermeulen, J., Van Rooijen, G., Doedens, P., Numminen, E., Van Tricht, M., & De Haan, L. (2017). Antipsychotic medication and long-term mortality risk in patients with schizophrenia; a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(13), 2217-2228.

Andre anbefalinger i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Anbefaling

Kommunen bør ha helhetlige tiltak for helsefremming, sekundærforebygging, skade- og overdoseforebygging

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Kommunens skadeforebyggende arbeid for brukere eller pasienter med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer bør ikke begrense seg til minstekravene i smittevernloven.

Brukerutstyr bør være reelt tilgjengelig for de som har behov for det.

Skadereduserende og skadeforebyggende tilbud bør inkludere tiltak som bedrer eller behandler psykiske plager eller lidelser, også når det er følger av skadelig rusmiddelbruk eller avhengighet. Også tiltak mot somatiske følger som sår, nekroser, abscesser, blodpropper, injiseringsskader mm. bør være en del av det skadeforebyggende og skadebegrensende arbeidet.

Skadeforebygging og skadereduksjon bør ha fokus på helsefremming og sekundærforebygging for brukere eller pasienter med psykiske helseproblemer, også uten samtidige rusmiddelproblemer.

Skadeforebyggende og skadereduserende arbeid bør være kunnskapsbasert enten det utføres av kommunen selv eller i samarbeid med kvalitetssikrede frivillige, ideelle eller andre private organisasjoner.

Kommunen, bør utvikle lokalt tilpassede overdoseforebyggende tjenester i tråd med til enhver tid gjeldende nasjonale faglig råd.

Praktisk informasjon

Tjenester som tar sikte på å hindre forverring av psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer er skadeforebygging.

Skadeforebygging og skadereduksjon bidrar til bedre helse og livskvalitet uten hensyn til om tiltakene i seg selv er behandlingstiltak:

- Tilby tjenester som opprettholder eller forbedrer livskvalitet tross psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Som hjelp og støtte til sosiale aktiviteter og opprette eller opprettholde et sosialt nettverk, for eksempel opprettelse av væresteder, turgrupper, aktivitetshus, gatefotball, aktiviteter i kommunal eller frivillig regi.
- Ha tilbud som bidrar til å unngå forverring av psykisk og somatisk helse- eller rusproblemer, for eksempel samtaler, bistand til koordinering og opprettelse av individuell plan.
- Ha tilbud som hjelp mot selvskadende eller selvdestruktiv atferd. Det kan være samtaler, bistand til koordinering og opprettelse av individuell plan og tett oppfølging i perioder det er særlig viktig.
- Sørg for proaktiv oppfølging av somatisk helse i
- Samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjeneste for jevnlige undersøkelser av kardiovaskulær helse, tilpasset støtte til røykeslutt, diabetes.
- Tilby rutinemessige undersøkelser av andre kjente somatiske tilstander med overhyppighet i den gruppen det er snakk om.
- Sørg for matutdeling, tilgang til kondomer, tannbørster og hygieneartikler.

Skadereduserende tiltak kan også sammenfalle med behandlingsmål, som:

- tilbakefallsforebyggende tiltak ved psykiske helse- og rusmiddelproblemer
- substitusjonsbehandling for rusmiddelavhengighet
- rusmestring og redusert rusmiddelbruk

Skadereduksjon spesielt ved illegal rusmiddelbruk:

- tilby pakker med brukerutstyr som inkluderer sterilt vann, enkeltpakket askorbinsyre, kokekar, våtservietter med desinfeksjonssprit (injeksjonstørk) og filtre for opptrekk til injeksjon.
 - brukerutstyr.no tilbyr pakker av ulik størrelse til kommuner, organisasjoner og privatpersoner
- inkluder røykefolie for heroin
- oppfordre til, motiver for og gi veiledning i endring av inntaksmetode til lavere risiko, for eksempel fra å injisere til å røyke eller insuflere heroin
- skifte til rusmiddel med lavere risikoprofil
- lavterskel substitusjonsbehandling.
- hindre smitte av blodbårne sykdommer og infeksjoner med tilgjengelige og praktisk gode løsninger for brukerutstyr
- tiltak rettet mot tredjepersoner:
 - opplæring i førstehjelp
 - ordninger for utdeling av- og opplæring i bruk av nalokson neseppray som motgift ved opioidoverdose
- ordninger for rusmiddelanalyse i ulovlige rusmidler gir rusmiddelbrukere innsikt i rusmiddelets innhold og styrke og særlig farlige rusmidler i omløp kan raskere identifiseres og bekjentgjøres (Brunt, 2017; Maghsoudi et al., 2022).

Overdoseforebygging er skadereduksjon i ytterste konsekvens:

- Lokalt overdoseforebyggende arbeid følger til enhver tid gjeldende nasjonale faglige råd for lokalt overdoseforebyggende arbeid
- Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) hos fastleger har vist seg å redusere utskriving av sterke opioider (Espnes, Nøst, Handal, Skurtveit, & Langaas, 2023).
- [Overdoseforebyggende samtaler \(korus.no\)](https://overdoseforebygging.no) er en metodikk som kan brukes for alle grupper av overdoseutsatte, både før og etter overdose.

Fastleger og andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenestene som kommer i kontakt med brukere eller pasienter med høyt alkoholbruk bør bidra til kartlegging av problemomfang og igangsetting av nødvendige tiltak. Motiver først og fremst for et redusert alkoholinntak og bedre rusmestring, sammen med tett oppfølging av somatisk helse.

Begrunnelse

Skadereduksjon oppstod som begrep i kjølvannet av aids-epidemien på 1980-tallet, som et resultat av at en innså at det er var viktigere å hindre hiv-smitte enn å behandle med rusmiddelfrihet som mål.

Flere dør nå av overdose etter [lovlig tilegnede sterke smertestillende legemidler \(fhi.no\)](#). Fra 2010 til 2018 gikk andelen dødelige heroinoverdoser ned kontra dødelige overdoser med lovlig tilegnede legemidler (henholdsvis 30/70 i 2010 til 60/40 i 2018) (Gjersing et al., 2022). Uten bevisstgjøring kan økningen fortsette. De senere årene har en også blitt oppmerksom på overdoser og helseskader ved bruk av andre legemidler, inkludert reseptfrie. For eksempel har henvendelser til Giftinformasjonen om mulige [paracetamolforgiftninger mer enn doblet seg siste ti år \(fhi.no\)](#).

Forebygging av forverring av psykisk lidelse er skadereduksjon i praksis dersom tjenestemottageren har historikk på å skade seg eller endre rusmønster. Alvorligheten av psykisk lidelse henger også annet sammen med dårligere somatisk helse og kortere levetid. Forverring øker også sannsynlighet for selvmord og andre uønskede hendelser.

Å sørge for skadeforebyggende tiltak og tjenester inngår i kommunens ansvar for å sørge for øyeblikkelig hjelp og nødvendige helse- og omsorgstjeneste, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 \(lovdata.no\)](#). En integrert del av kommunens ansvar for alle tjenester og tiltak er å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd \(lovdata.no\)](#).

Hvilke skadeforebyggende tiltak og tjenester kommunen er pliktig å tilby er ikke detaljert regulert i loven, men vil bero på en konkret vurdering av den enkeltes individuelle behov for skadereduserende tiltak. En forutsetning for at kommunen skal kunne tilby kommunens befolkning nødvendige forebyggende og skadereduserende tiltak og tjenester, er at kommunen løpende skaffer seg opplysninger om innbyggernes helsetilstand og deres behov.

[Smittevernloven § 7-1 \(lovdata.no\)](#) pålegger kommunen å sørge for at kommunens befolkning tilbys nødvendige tjenester og tiltak i forbindelse med smittsomme sykdommer. Smittevernarbeidet må foregå etter en plan og at denne planen må inngå som en del av kommunens samlede plan for helsetjenesten.

Enhver har rett til nødvendig smittevernhjelp.

Smittevernhjelp er å anse som en del av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første og annet ledd og § 2-1 b første og annet ledd \(lovdata.no\)](#). Den som etter en faglig vurdering anses å være i fare for å bli smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, har rett til nødvendig smittevernhjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp. Hepatitt B-virusinfeksjon og Hepatitt-C virusinfeksjon er blant sykdommene som anses som allment farlig smittsom sykdom, jf. [Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer § 1 \(lovdata.no\)](#) og [smittevernloven § 1-3 første ledd nr. 3 \(lovdata.no\)](#).

I Helsedirektoratets brev til alle landets kommuner i 2018 (18/9390-1) beskrives skadereduksjonstiltak for å forebygge infeksjoner som hiv, hepatitt B, hepatitt C og andre bakterielle infeksjoner.

Referanser

Brunt, T. (2017). Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges. ,

Espnes, K. A., Nøst, T. H., Handal, M., Skurtveit, S. O., & Langaas, H. C. (2023). Can academic detailing reduce opioid prescriptions in chronic non-cancer pain?. *BMC Primary Care*, 24(1), 1-10.

Gjersing, L., & Amundsen, E. (2022). Increasing trend in accidental pharmaceutical opioid overdose deaths and diverging overdose death correlates following the opioid prescription policy liberalization in Norway 2010–2018. *International Journal of Drug Policy*, 108, 103785.

Maghsoudi, N., Tanguay, J., Scarfone, K., Rammohan, I., Ziegler, C., Werb, D., & Scheim, A. I. (2022). Drug checking services for people who use drugs: a systematic review. *Addiction*, 117(3), 532-544.

Anbefaling

Kommunen og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om voldsrisikovurdering og håndtering for pasienter med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Ekstern høring: Høringsfrist: 16. mai 2024.

Kommunen skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten om en tverrfaglig voldsrisikoutredning ved indikasjoner på at en pasient har forhøyet voldsrisiko, og legge til rette for at kartlegging og vurdering kan utføres der pasienten oppholder seg til daglig, eller at informasjon fra denne konteksten innhentes.

Ved antatt forhøyet voldsrisiko skal kommunen samarbeide med spesialisthelsetjenesten om utarbeidelsen av en voldsrisikohåndteringsplan med konkrete tiltak for voldsrisikominimering.

Kommunen bør sørge for at ledere og ansatte i tjenester til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer har nødvendig kunnskap og kompetanse på konfliktdepende strategier og unngå at tjenestene bidrar til unødig eskalering.

Praktisk informasjon

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og søk veiledning fra [Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging \(rvts.no\)](https://regionale.ressurssentre.no/vold-traumatisk-stress-og-selvmondsforebygging) ved indikasjoner på forhøyet voldsrisiko for eksempel:

- brukeren eller pasienten, pårørende eller andre, er bekymret for voldsrisiko
- det observeres kjente forvarsel på vold
- særlige livsbelastninger og rusmiddelproblemer, personens samspill med andre
- trusler
- brukeren og/eller pasienten løslates fra fengsel der vold var straffegrunnlaget og har alvorlige psykiske- og/eller ruslidelser

- brukeren og/eller pasienten overføres til fra tvungent psykisk helsevern på bakgrunn av farekriteriet
- brukeren og/eller pasienten har voldshistorikk – særlig ved omfattende rusmiddelproblemer i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse

Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for voldsrisikoutredning – voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering – mens løpende vurdering og -håndtering gjøres i kommunen av personell med kompetanse, nødvendig kunnskap og rutiner:

- [benytt voldsrisikotriagering for å vurdere situasjonsbetinget voldsrisiko \(helse-midt.no\)](#)
- informasjon og andre materielle forutsetninger som gjør tiltakene gjennomførbare
- erfarings- kunnskaps og kompetanseoverføring mellom kommunen, politi- og justismyndighet, spesialisthelsetjenesten, barnevernstjenesten og NAV.
- [helse Vest sine analyser av risikofaktorer for vold i sykehus \(helse-vest.no\)](#) har overføringsverdi til kommunale tjenester
- [benytt modellen TryggEst \(bufdir.no\)](#) for å sikre voldsrisikoutsatte innbyggere og til å forebygge, avdekke og håndtere vold og overgrep, samt organisere arbeidet med å redusere risikoen for å bli utsatt for vold.

Utform voldsrisikohåndteringsplan:

- med konkrete tiltak for å redusere risikoen for voldsutøvelse
- med konkrete tiltak for begrensnings av konsekvenser dersom det utøves vold
- tiltakenes omfang vurderes ut fra sannsynligheten for voldsutøvelse sett opp mot skadepotensialet ved eventuell voldsutøvelse.
 - desto større skadepotensial dess lavere toleranse for usikkerhet for mulig voldsutøvelse.

Voldsrisikohåndteringstiltak kan være:

- utsette en utskrivning
- ikke gi en permisjon
- hjemmebesøk
- sikre tettere oppfølging med flere ansatte
- metoder for de-eskalering som beskrevet i [eHåndbok for Oslo universitetssykehus \(ehandboken.ous-hf.no\)](#)
- [fysisk tilrettelegging av lokaler \(arbeidstilsynet.no\)](#) slik at skadepotensialet minskes

[Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#) gir videre anbefalinger.

Gjør ledere og relevante ansatte, både helsepersonell og andre faggrupper, i psykisk helse- og rustjenestene kjent med:

- [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser](#)
- [Nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne](#)
- [Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse](#)
- [Oppfølging av personer dømt til tvungent psykisk helsevern](#)
- [Rundskriv om Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse - oppgaver og samarbeid](#)

Begrunnelse

Retten til helse- og omsorgstjenester opphører ikke selv om vedkommende har et mulig forhøyet voldspotensiale, tvert om øker det behovet. Umiddelbar voldsrisiko kan ha følger for hvilket tilbud det er mulig å tilby.

Helsehjelp, utredning og behandling skal gjennomføres innenfor trygge rammer. Det innebærer at verken tjenestemottageren, andre tjenestemottagere eller tjenesteytere blir utsatt for vold.

Samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om voldsriskovurdering og planlegging av tiltak, inkludert råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter med forhøyet risiko for å utøve vold, [følger av den gjensidige veiledningsplikten](#).

Alvorlige psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer kan særlig i kombinasjon bidra til økt voldsrisiko (Guy et al., 2018)

Personer med alvorlige rusmiddelproblemer kan ha oppholdt seg i miljøer der voldsbruk er vanligere enn ellers. Der det være aksept for å benytte vold og trusler i konflikthåndtering. Dermed har noen pasienter tidligere utført voldshandlinger, og mange har ikke minst selv vært utsatt for vold. Psykiske helseproblemer sammen med enkelte rusmiddelklasser kan også bidra til økt mistenksomhet, dårligere oppmerksomhet og svekket impulskontroll. I sum bidrar det til en ikke uvesentlig økt risiko.

I følge blant annet UKOMs rapport om [Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko \(ukom.no\)](#), kan manglende rutiner for informasjonsdeling medvirke til at personer med høy risiko for voldsutøvelse ikke fanges opp og får den hjelpen de trenger i tide. I henhold til [Nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold eller overgrep](#), mål 2, skal «Personer som utøver vold eller overgrep, eller står i fare for dette skal kunne oppsøke behandling uten henvisning»

Referanser

Guy, L. S., Douglas, K. S., & Hart, S. D. (2015). Risk assessment and communication. ,

Watt, K. A., Storey, J. E., & Hart, S. D. (2018). Violence risk identification, assessment, and management practices in inpatient psychiatry. *Journal of Threat Assessment and Management*, 5(3), 155.

