

Temaplan Psykisk helse 2025 - 2029



En strategi for å bygge et fellesskap der vi fremmer god psykisk helse for alle, etablerer beskyttelsesfaktorer som bevarer den, forebygger og motvirker psykisk uhelse.



Vestvågøy

*“Psykisk helse
bygger vi sammen”*

Satsningsområdene

Helsefremming og forebygging

Hjelp og behandling

Kompetanse, organisering og samhandling

Respekt Tillit Åpenhet

Raushet Mangfold

Stolt lofoting!

Bakgrunn for arbeidet

Temaplanen er en vedtatt del av kommunens planstrategi, og er underlagt samfunnsplanen og kommunedelplanene, samt sidestilt med andre temaplaner. Den bygger på et livsløpsperspektiv, og skal bidra til bedre alle innsatser og tjenester, samt styrke samhandling internt og eksternt.

Planen følger overordnede mål om samordning, trygghet, inkludering og bærekraftig samfunnsutvikling. (Regjeringen, 2023). Den tar også utgangspunkt i Verdens helseorganisasjons strategier for universelt tilgjengelige helsetjenester (World Health Organization, 2021).

Planen utformes også i lys av kommunene sine juridiske forpliktelser knyttet til oppvekstmiljø, barnehager og skoler, helsestasjon og skolehelsetjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsen i sin helhet.

Temaplanen følger nasjonale føringer som "Opptappingsplan for psykisk helse", "Folkehelsemeldingen" og nasjonale veiledere innen psykisk helse. Den følger også reformer, veiledere og retningslinjer fra Helsedirektoratet og BUFDIR som blant annet strategier for kjønns- og seksualitets mangfold, bekjempelse av rasisme og diskriminering, tidlig innsats og psykososial oppfølging.

Kommunens rolle

Kommunens rolle har utviklet seg fra en myndighets utøvende til en mer samarbeids basert rolle, med vekt på fellesskap og partnerskap. Gjennom samhandlingsreformen har det historisk vært en overgang fra institusjons basert psykisk helsevern til lokale helsetjenester.

Vestvågøy kommune har fått økt ansvar for helsefremming, forebygging og psykisk helsearbeid, spesielt for barn og unge, og jobber med å styrke tjenestetilbudene gjennom samarbeid med andre kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Folkehelse

Kommunen skal kartlegge faktorer som påvirker psykisk helse og livskvalitet, med fokus på oppvekstmiljø, levekår og psykososialt miljø. Tiltak i barnehager, skoler og lokalsamfunn skal fremme trivsel og redusere risiko for uhelse. Arbeidet må inkludere tidlig innsats, tverrfaglig samarbeid og utjevne sosiale helseforskjeller, herunder forskjeller i psykisk helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2023; Helsedirektoratet, 2022).

Kommunens ansvar i psykisk helsearbeid

Kommunen har et lovpålagt ansvar for psykisk helsearbeid rettet mot enkelt individer, grupper og hele befolkningen, der dette ansvaret er regulert av nasjonale veiledere, Folkehelseloven (§ 5), Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-2), og andre lovverk (Helsedirektoratet, 2025; 2023).

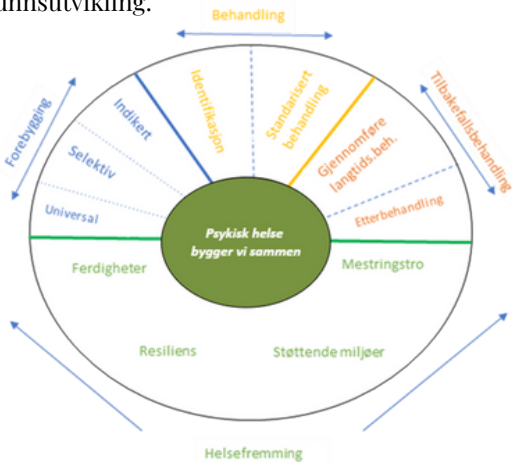
Kommunen skal tilby forsvarlig behandling og oppfølging for milde til alvorlige psykiske helseutfordringer, fra svangerskap til livet ut. Ansvarsfordelingen med spesialisthelsetjenesten avhenger av alvorlighetsgrad: kommunen håndterer milde og kortvarige lidelser, mens mer komplekse behov krever samarbeid (Helsedirektoratet, 2014; 2023).

Boligtilbud

Kommunen er ansvarlig for boliger til vanskeligstilte, inkludert midlertidige botilbud og heldøgns bemannede boliger for personer med behov for oppfølging (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2023).

Krav til kompetanse, samhandling og organisering

Kommunen må sikre nødvendig kompetanse hos ansatte, inkludert tverrfaglig kunnskap og oppdatert praksis. Tverrsektoriell samhandling og effektiv organisering av tjenester er avgjørende for å tilby helhetlige, tilgjengelige og brukersentrerte tiltak (Helsedirektoratet, 2023). Gjennom helsefremmende og forebyggende arbeid, koordinert hjelp og behandling, samt boligsosiale tiltak, skal kommunen fremme psykisk helse, redusere helseforskjeller og bidra til bærekraftig samfunnsutvikling.



Tilpasset og oversatt modell av Barry (2019) Concepts and Principles of Mental Health Promotion. In: Barry, M.M., Clarke, A.M., Petersen, I., Jenkins, R. (eds) Implementing Mental Health Promotion. Springer, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-23452-1>

Hva er psykisk helse og livskvalitet?

Psykisk helse er en viktig del av helsen vår – og er definert av Verdens helseorganisasjon som en tilstand av velvære som gjør oss i stand til å håndtere påkjenninger, realisere evner, jobbe, lære og bidra til fellesskapet (World Health Organization, 2022).

Psykisk helse handler likevel ikke bare om å føle seg bra eller om velvære. Det handler om hele spekteret av tanker, følelser og handlinger. Også negative følelser som sorg, frykt og sinne er viktig i visse situasjoner (Falkum, 2024; Galderisi et al., 2015). Disse negative følelsene blir ofte mindre når vi finner tilbake til balansen, enten fordi vi har de rette ressursene eller fordi vi opplever positive endringer rundt oss eller i oss selv, i møte med utfordringer (Falkum, 2024; Karterud, 2023).

Den psykiske helsen handler om våre evner til hensiktsmessig tenkning, regulering av følelser, danne og bevare relasjoner, våre kroppslige reaksjoner og koordinering av egen atferd (Holte, 2012). Psykisk og fysisk helse henger sammen i en helhet, og er i realiteten ikke atskilt, men er en samlet *helse*. Kroppen, hjernen og biologien spiller en rolle, sammen med tanker, følelser og atferd, og helsen vår påvirkes av sosiale og kulturelle forhold gjennom hele livet (Braut, 2022; Mathisen & Sundgot-Borgen, 2022; Hem, 2021).

Livskvalitet og god psykisk helse handler både om hvordan vi subjektivt føler oss – for eksempel tilfredshet – og om objektive forhold som trygghet og sosial tilhørighet (Nes, Røsam, Eilertsen, & Nilsen, 2021). Emosjonelt, psykologisk og sosialt velvære er alle viktige for god psykisk helse (Falkum, 2024; Westerhof & Keyes, 2010). Folkehelseinstituttet (2024) peker på fem måter vi kan øke livskvaliteten på: ved å skape samfunn der vi kan være oppmerksomme, aktive, fortsette å lære, bygge relasjoner og gi til andre.

Holte (2024) fremhever syv grunnleggende rettigheter som styrker psykisk helse: identitet, mening, mestring, tilhørighet, trygghet, deltakelse og fellesskap. Ved å styrke disse gjennom samfunnsstrukturer, sosiale arenaer, barnehager, skoler, arbeidsplasser og lokalsamfunn, kan vi fremme psykisk helse – mens urettferdighet og motgang, særlig i barndommen, kan svekke den.

Psykisk helse er med andre ord en ressurs – en ressurs vi kan investere i, og bygge sammen!

De syv psykiske helserettighetene (Holte, 2024)

Identitet og selvrespekt

Å ha en stabil følelse av å være «noe» og «noen» med verdi, selv om vi forandrer oss over tid. Dette innebærer en vedvarende opplevelse av å ha egen verdi og en unik identitet.

Mening

Følelsen av å være en del av noe større enn seg selv, og at det er noen som trenger en. Dette kan oppnås gjennom å gjøre noe for andre, sin familie, venner, skole, jobb, eller gjennom religion og filosofi.

Mestring

Opplevelsen av å få til noe og å oppnå mestring. Det handler om å føle at man lykkes med noe som har betydning for en selv og andre.

Tilhørighet

Følelsen av å høre til hos noen og på et sted. Dette starter med tilknytning fra tidlig barndom og fortsetter gjennom livet i relasjoner med andre mennesker.

Trygghet

Å kunne tenke, føle og handle uten frykt, og oppleve at trygghet er den normale tilstanden i ens hverdag.

Deltakelse og involvering

Å få være aktiv i noe som gir mening for andre, samme med andre og opplever at ens bidrag har verdi i en større sammenheng.

Fellesskap

Å ha mennesker rundt seg som man kan dele tanker, følelser og erfaringer med, og som kjenner og bryr seg om en, og at man jobber sammen i fellesskap mot felles målsetninger.



Hva med når vi ikke opplever å ha en god psykisk helse?

Når vi ikke har god psykisk helse, betyr det at vi ikke har det bra med oss selv, med andre eller i hverdagen. Det kan vise seg som tunge tanker, problemer med å løse vanskeligheter, utfordringer med følelser, rastløshet i kroppen, plagsomme minner fra fortiden, stress eller utrygge omgivelser, problemer med mat, søvn, hvile, kropp og/eller selvbilde, forvirring, endret virkelighetsoppfatning eller vansker med å samspillet med andre rundt oss.

Psykiske plager er ofte naturlige og midlertidige reaksjoner på livets hendelser – som for eksempel engstelse, nedstemthet og uro – som kan påvirke livskvaliteten vår. Men psykiske lidelser er mer langvarige og intense. De har visse kjennetegn og kan gjøre det vanskelig å fungere i hverdagen, enten det gjelder skole, jobb eller relasjoner (Tesli et al., 2023).

Psykiske lidelser er det man kaller det når vi har så stor belastninger av plagene våre, at de varer over en viss periode og er av en viss karakter, samtidig som vi for eksempel ikke klarer å jobbe, være på skolen og/eller i familien (Tesli et al., 2023). Lidelser kan forstås på ulike måter – noen ser på dem som tradisjonelle kategorier eller dimensjoner, med underliggende årsaker, andre som et rekke plager som henger sammen og skaper problemer, og andre vektlegger dem mer som reaksjoner på livets kontekst og samfunnsstrukturer – uansett så må man ta hensyn til både biologiske, psykologiske og miljømessige faktorer når det gjelder psykisk lidelse (Skjelstad, 2013; Borsboom, 2017).

Rusmiddellidelser, som skadelig bruk og/eller avhengighet av alkohol, ulovlige rusmidler og vanedannende medisiner, er utbredt. De opptrer ofte sammen med psykiske lidelser, noe som kan forverre begge tilstandene, men de kan også forekomme alene (Bramness, 2022).

Diagnosekategoriene beskriver forstyrrelser i tanker, følelser eller atferd, men forklarer ikke nødvendigvis årsakene eller hva en person trenger, og fungerer ofte som praktiske verktøy for å gi rettigheter når vi opplever lidelse som kan kreve behandling, oppfølging og/eller sykemelding, heller enn å definere klare biomedisinske sykdomskategorier (Karterud, 2023; Øhlckers, Høstmælingen & Siqveland, 2023, ss. 123–124; Høstmælingen, 2017).

Hva er psykisk helsearbeid?

Psykisk helsearbeid handler om å hjelpe folk med ulike psykiske problemer og lidelser, slik at de kan finne mening og mestring i hverdagen. Dette kan gjøres med medisiner, samtalerapi, sosiale tiltak og miljøterapeutiske metoder (Eriksson & Hummelvoll, 2015). En definisjon sier:

«Psykisk helsearbeid innebærer å bistå mennesker med ulike psykiske problemer og lidelser, og/eller særlige behov, til å oppleve mening og mestring i sin hverdagsvirkelighet. Dette innebærer at den psykiske helsearbeideren, sammen med personen, arbeider for å skape, utvikle, forandre og bevare livsstrategier for og i ulike samfunnskontekster og stadier i livet.» (Eriksson, 2014, sitert av Eriksson & Hummelvoll, 2015)



Hva påvirker den psykisk helsen?

Psykisk helse formes både av det arv og miljø. Det handler altså ikke om enten arv eller miljø, men et samspill mellom genetiske forskjeller og livserfaringer gjennom hele livet (Røysamb & Nes, 2022; Folkehelseinstituttet, 2019). Det er ikke enten arv eller miljø, men samspill mellom de to gjennom hele livet som former hvordan vi har det psykisk. Genetiske forskjeller kan gjøre at våre forutsetninger varierer, men det er i møte med livets mange situasjoner og belastninger at forutsetninger kommer til uttrykk (Røysamb & Nes, 2022; Folkehelseinstituttet, 2019). Vi må også være forsiktige med å trekke konklusjoner på feil grunnlag. Det som gjelder for enkeltpersoner, gjelder ikke nødvendigvis for hele grupper – og motsatt. For eksempel når vi antar at en lav andel psykiske plager i en skole betyr at alle elevene har det bra, eller at siden noen har høy grad av psykisk plager gjenspeiler det alle på skolen (Diez-Roux, 1998; Næss, 2004).

Det er sjelden én enkelt årsak til psykiske plager. Flere forhold kan henge sammen og forsterke hverandre – som økonomiske problemer, lite sosial støtte og utrygge boforhold (Bøe, 2015; Folkehelseinstituttet, 2019). Det er altså mange påvirkninger på ulike områder i livet, som virker sammen over tid (Chow, Baldwin, & Bowes, 2024). Ulike nivåer i livet påvirker psykisk helse (Mæland, 2020, ss. 25 – 37):

Individnivå: Her handler det både om genetisk sårbarhet, forhold som blant annet alder, personlighet og individuelle livserfaringer. Tidlige belastninger som traumer og stress, eller gode opplevelser med støtte og mestring, betyr mye. I tillegg spiller mestringsstrategier og livsstil en rolle – søvn, fysisk aktivitet, kosthold og rusmiddelbruk påvirker både direkte og indirekte (Major, 2017; Folkehelseinstituttet, 2024).

Familie og nettverk: Trygghet og støtte i nære relasjoner er viktig for psykisk helse. Derimot kan utrygg tilknytning, vold, omsorgssvikt eller langvarig konflikt i familien være risikofaktorer. Økonomisk stress, foreldres arbeidssituasjon og/eller sykdommer kan også påvirke hele familiesituasjonen og barnas utvikling (Tømmerås & Kjøbli, 2022; Bøe, 2015).

Skole, barnehage og arbeidsplass: Trygge og inkluderende miljøer er beskyttende. På den andre siden er mobbing, utenforskap, høyt stressnivå, lav støtte og lite kontroll over egne oppgaver faktorer som kan gi psykiske plager (Holte, 2019; Idebanken, 2012; Lund, Helgeland & Kovač, 2017).

Nærmiljø og lokalsamfunn: Det å føle tilhørighet, ha tillit til folk rundt seg og oppleve sosial støtte i nærmiljøet beskytter psykisk helse. Likevel sier én av fire ungdommer i Norge at de ikke har noen å snakke med, og mange voksne har få nære relasjoner (Verdensdagen, 2022; Dahm & Førland, 2022). Utrygghet, kriminalitet, støy og mangel på grøntområder kan bidra til psykisk uhelse. Også diskriminering og lav tillit til myndigheter påvirker psykisk helse negativt – særlig for de som kjenner på utenforskap (Bjørndal et al., 2023; Kirkbride et al., 2024).

Samfunnsnivå: Politiske valg og strukturer påvirker livsvilkårene våre. Tilgang til helsehjelp, sosiale rettigheter og fordeling av ressurser påvirker muligheten til å leve trygge og meningsfulle liv (Hahn, 2021). Rasisme, diskriminering og store økonomiske forskjeller øker risikoen for psykiske helseproblemer – både gjennom direkte belastninger og ved å svekke muligheten for støtte og deltakelse (Phelan & Link, 2015; Folkehelseinstituttet, 2022; Helsedirektoratet, 2023).



Psykisk uhelse er en av landets største folkehelseutfordringer

Psykiske plager og lidelser er blant de største folkehelseutfordringene i Norge og rammer folk i gjennom hele livsløpet (Holte, 2012). I svangerskapet har 10–20 % av gravide og mødre psykiske plager som angst og nedstemthet, og det forekommer bruk av alkohol, tobakk- og/eller legemiddelbruk under graviditet (Norsk Psykiatrisk Forening, 2022; Jettestad et al., 2020). Over halvparten av psykiske lidelser debuterer før midten av tenårene, og tre av fire før fylte 25 år (Reneflot et al., 2018).

Hos barn og unge har 15–20 % psykiske plager som påvirker dagliglivet, mens 7–13 % har en psykisk lidelse som angst, depresjon eller atferdsvansker (Granlund, 2016; Bang et al., 2024). I ungdoms- og ung voksen alder (15–30 år) er det høyest forekomst av både psykiske plager og lidelser, som angst, depresjon, rusproblemer og psykose (Bang et al., 2024). Cannabisbruk rapporteres av 12 % av videregående elever, og 4,7 % av unge voksne har brukt kokain, noe som øker risikoen for psykiske lidelser (Ungdata, 2022; Folkehelseinstituttet, 2023). Blant voksne har 10–30 % psykiske plager, og 16–22 % har en psykisk lidelse, særlig angst, depresjon og alkoholbrukslidelse (Tesli et al., 2023; Mykletun et al., 2009). Hos eldre opplever 25–35 % psykiske plager, og 15–20 % har psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med ensomhet og økt bruk av vanedannende legemidler (Oelze et al., 2022; Strand et al., 2023).

Som ved annen helse er det sosiale helseforskjeller i psykisk helse og livskvalitet. Lav inntekt og utdanning gir høyere risiko for både psykiske plager og lidelser, og lavere livskvalitet (Helsedirektoratet, 2023). Det finnes en tydelig sosial trapp, hvor risikoen øker for hvert trinn ned på den sosioøkonomiske stigen, og dette gjelder også for ruslidelser (Helsedirektoratet, 2023; Lund & Bye, 2022; Bramness, 2022). Minoriteter er særlig utsatt for psykisk uhelse grunnet diskriminering, utenforskap og minoritetsstress, som kan gi økt forekomst av flere former for psykisk uhelse (Jalali-Moghadam, 2023; Nyheim-Jomisko, 2024).

Konsekvensene av psykisk uhelse er store, både for enkeltmennesker og for samfunnet. Psykisk uhelse koster samfunnet 340 milliarder kroner i året, som i stor grad skyldes at det oppstår i ung alder hos den arbeidsføre delen av befolkningen (Holte, 2024; Helsedirektoratet, 2015; Aldridge, 2023). I skolen bidrar psykiske helseplager til fravær og frafall – mellom 25–50 % av elever med høyt fravær har det med bakgrunn i angst eller depresjon (Havik, 2022). Psykisk uhelse står bak 25 % av sykefraværet i første kvartal 2024, med 30 % i aldersgruppen 25–29 år (NAV, 2024). Angst og depresjon er hovedårsaker til langvarig fravær og nedsatt arbeidsevne (Mykletun et al., 2009). Psykiske lidelser er også den vanligste årsaken til uføretrygd, særlig blant unge voksne (Ellingsen, 2024; NAV, 2021). følge NAV er det kun 3 av 100 unge uføre som har angst eller depresjon som hoveddiagnose (NAV, 2024). De vanligste diagnosene blant unge uføre er utviklingsforstyrrelser og kognitiv funksjonsnedsettelse (NAV, 2024).

Psykisk uhelse reduserer også levealderen med 5–15 år, blant annet på grunn av koblingen med fysisk sykdom, ulykker og selvmord (Tesli et al., 2023). I 2023 tok 693 personer sitt eget liv – et rekordhøyt tall, hvor menn utgjorde 71 %, selv om kvinner gjør flest selvmordsforsøk (Folkehelseinstituttet, 2024). Rusrelaterte dødsfall har økt de siste årene, med 363 narkotikarelaterte dødsfall i 2023, det høyeste antallet siden 2001 (Gjersing, 2024). Flesteparten skyldes opioider, ofte i kombinasjon med andre stoffer. Alkoholutløste dødsfall var også rekordhøye i 2023, med 450 tilfeller (Folkehelseinstituttet, 2024).

Fremover forventer Folkehelseinstituttet at psykiske lidelser vil holde seg som en stabil, men stor folkehelseutfordring, mens ruslidelser vil bli mer fremtredende, særlig blant unge med sammensatte behov (Folkehelseinstituttet, 2022; Hagen, Aarflot & Tjerbo, 2024). Utviklingen av psykisk uhelse som rammer den arbeidsføre befolkningen er av noen omtalt som «yngre bølgen», med bakgrunn i kombinasjonen av at det blir flere eldre over 75 år og færre i arbeidsfør alder (Hagen T. P., 2023).



Det lokale utfordringsbildet i Vestvågøy

Lokale kunnskapskilder

Når det gjelder forekomsten av psykiske lidelser foreligger det ikke egne tall på disse for befolkningen. Man må anta at den reelle forekomsten varierer mellom kommunene, men at det er trolig at psykisk uhelse vil være et vanlig og utbredt fenomen, også i Vestvågøy, slik de nasjonale tallene viser. I tillegg kan økt risiko og forekomst av psykisk uhelse være ujevnt fordeling i befolkningen, samt rusbruk og rusmiddellidelser.

Psykisk uhelse og bruk av rusmidler

Lokalt i kommunen finnes det begrensede data om innbyggernes psykiske helse, men gjennom Ungdata-undersøkelsene for elevene på ungdomstrinnet og videregående skole kan vi si noe om nivået de selv rapporterer om psykiske plager og bruk av rusmidler. Det er også gjennomført lokale undersøkelser vedr. blant annet bruk av rusmidler av koordinator for rus og krimforebyggende innsats i kommunen. Det foreligger ikke tall på nivået av psykisk plager når det gjelder voksne og eldre, samt heller ikke videre sosiodemografisk fordeling av slike.

Utviklingen av psykisk uhelse over tid kan hentes ut av antall gitte p-diagnoser per 1000 innbygger som satt i kommunehelsetjenesten, og man kan observere utviklingen over tid gjennom denne indikatoren i Kommunehelsetatistikken. Det er også interne tall på bruk av noen tjenester og videre er det også årlig rapport fra SINTEF IS 24/8 som beskriver bruk av psykisk helse og rustjenester i kommunene, samt antall årsverk i tjenestene. Lokale bakgrunnstall finnes hos kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for antall henvisninger, og også i helsedirektoratets statistikkbank.

Folkehelse indikatorer

Indikatorer relevant for psykisk helse foreligger igjennom oppvekstprofilen og folkehelseprofilen, og kan gi et bilde av potensielle risikofaktorer og mulig helsefremmende faktorer i lokalsamfunnet vårt.



Lokale indikatorer forbundet med psykisk helse

Økonomi og inntekt

Barnefattigdom (10,2 %) og andel familier på sosialhjelp (13%) kan skape økonomisk usikkerhet som påvirker barns og foreldres psykiske helse negativt.

Utdanning

Lav mestring lesing (35 %), avvik fra landsgjennomsnitt på grunnskolepoeng (41,4), relativt lav gjennomførings grad og høyt frafall fra videregående opplæring med færre en lands snittet som fullfører (73 %), som indikerer utfordringer med tilrettelegging og tidlig innsats.

Kommunen avviker signifikant når det gjelder skoletrivsel blant 7.-klassinger (74 %), og har avvik på bemanning i barnehage (55 %)

Arbeid og sosial deltakelse

Vestvågøy har flere arbeidsledige en landsgjennomsnittet og andel varig uføretrygdete (19,9 %, 18–44 år), mens 10,7 % av unge (15–29 år) står utenfor arbeid, skole eller opplæring, en gruppe med høy risiko for ensomhet og psykiske plager. Lav valgdeltakelse (57,2 %) kan indikere lavere tillit i lokal samfunnet,

Sosial trygghet og relasjoner

Mobbing (10 % på 7. trinn) og vold og mishandling (7,2 per 1000 innbygger) representerer alvorlige belastninger som potensielt kan gi langvarige psykiske helseplager.

Flertallet av ungdom (87 %) har en fortrolig venn, noe som beskytter mot ensomhet og psykiske plager. Likevel står 13 % uten denne støtten, en gruppe med økt risiko. Ensomhet (27 %) indikerer utfordringer med sosial tilhørighet.

Tilfredshet med lokalsamfunn og infrastruktur

Lav tilfredshet lokale treffsteder (45 %) kan begrense sosial deltakelse og mobilitet i nærmiljøet, og få er fornøyd med kollektivtilbud (38 %, i 2022). Færre er også med i fritidsorganisasjoner (51 %). Følelse av trygghet i nærmiljøet (80 %) er en positiv faktor, men begrensede tilbud kan svekke opplevelsen av fellesskap.

Helsetilstand og levevaner

Søvnproblemer er utbredt blant ungdom (32 %), og overvekt/fedme er en utfordring for 32 % av 17-åringene. Begge er sterkt knyttet til psykisk helse og risiko for angst og depresjon. Lav fysisk aktivitet blant ungdom (31 % trener sjeldnere enn ukentlig) kan også innvirke på psykiske helse.

Muskel- og skjelettsykdommer (323 per 1000) og hjerte- og karsykdommer (22,4 per 1000) blant voksne kan redusere livskvaliteten og øke risikoen for psykisk helseplager.

Skjermtid ligger på over fire timer daglig (51 %) er relativt høyt og man undersøker nasjonalt forbindelsen med psykisk helse, spesielt med tanke på hvilke deler av bruken som er relatert til psykisk uhelse.

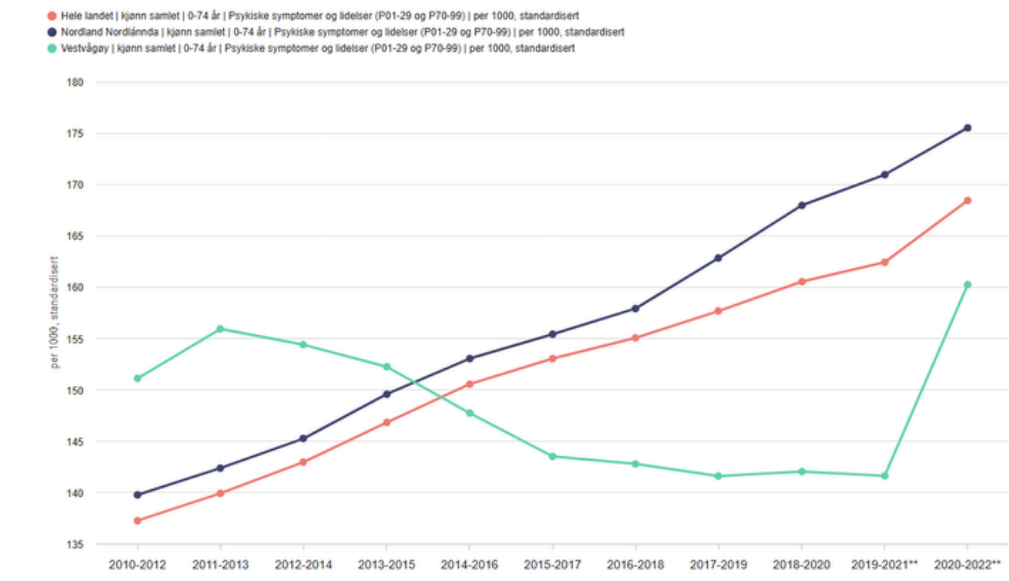


Utviklingen i Vestvågøy kommune

Vestvågøy har siden 2012–2014 hatt lavere nivåer av psykiske lidelser, affektive og depressive lidelser og angstlidelser enn både fylket og landet i de fleste aldersgrupper, men har i 2020–2022 fått et høyere nivå av psykiske lidelser hos barn 0–14 år. Samtidig har kommunen hatt en vedvarende høy forekomst av psykiske plager, særlig angst- og depressive plager, fra 15 år og oppover – og i 2020–2022 ligger også barn 0–14 år høyere enn fylket og landet i denne kategorien.

I alderen 15–24 år ligger kommunen over fylket og landet i angst- og depressive plager, mens den ligger på nivå med landet og under fylket i psykiske lidelser og samlet psykisk uhelse. Blant voksne (25–44 år) ligger kommunen over fylket og landet i psykiske plager, mens eldre (45–74 år) har lavere nivåer i plager og psykiske lidelser, men høyere nivå i angst- og depressive plager, spesielt blant menn.

Utvikling i psykisk uhelse fra 0 til 74 år



Hovedmønsteret er at Vestvågøy generelt har lavere grad av diagnoser satt innen psykiske lidelser, men skiller seg ut med vedvarende og økende nivåer av angst- og depressive plager – særlig blant barn, unge og yngre voksne.

Det er gjort indikasjoner på at Covid-19 pandemien mulig kan innvirkning relatert til psykisk uhelse (Nøkleby, Berg, Ashley, & Ames, 2021) og økningene vi dermed ser i tidsperioden 2019/2022 i alle aldersgruppen er ikke nødvendigvis overraskende da hverdagen var avvikende i denne perioden.

Vestvågøy ligger ellers utenfor referanseverdiene for kommunene man er anbefalt å sammenligne seg med ved utbredte fenomener, slik som psykisk uhelse kan betegnes å være. Utviklingen tenderer til å være oppgående fra 2020-perioden, der den utvikling som har tendert å være oppgående skyter enda mer fart oppover, og utvikling som har tendert å være nedgående, snur i oppgående retning fra denne perioden av.

<i>Indikatorer for psykisk helse i Vestvågøy kommune sammenlignet med å anbefale referanse verdier fra andre kommuner</i>	Psykiske plager, Ungd. Prosent (%). (2020–2022)	Psykiske sympt. /lidelser, 15–24 år. Per 1000 innbygger (2020–2022).	Psykiske sympt. /lidelser, 0–74 år. Per 1000 innbygger. (2020–2022)
Verdispennt imellom de «10-beste kommunene	7,7 % (Nr. 1) til 9,7 % (Nr. 10)	79 (Nr. 1) – 99 (Nr. 10)	89 (Nr. 1) – 102 (Nr. 10)
Vestvågøy	18%	183	160

Ser man på andel av befolkningen som mottok behandling samlet fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen ligger andelen 18,7% for alle aldersgrupper i 2023.

18,7% av befolkningen i Vestvågøy kommune fikk behandling for psykisk helse og/eller rusutfordringer i 2023



Barn og unge

Utviklingstrekk (antall p-diagnoser per 1000 innbygger)

0–14 år:

- Gutter har høyest forekomst av psykiske lidelser og psykiske plager generelt, mens jenter dominerer i angst- og depressive plager, og jenter i kommunen ligger på et høyere nivå enn fylket og landet i 2020–2022.
- I 2020–2022 ligger Vestvågøy over både fylket og landet i samlet psykisk uhelse, psykiske lidelser og angst- og depressive plager, med betydelige økninger hos begge kjønn, der gutter ligger over fylket og landet innen lidelser og samlet uhelse i 2020–2022.

15–24 år:

- Jenter og unge kvinner har høyere forekomst enn menn i kommunen alle kategorier, særlig innen angst- og depressive plager, og psykiske plager generelt.
- Vestvågøy skiller seg ut med høyere nivå enn både fylket og landet i angst- og depressive plager, og dette gjelder også for begge kjønn sammenlignet med fylket og landet.
- Kommunen har lavere nivå enn fylket, men likt med landet i psykiske lidelser, angstlidelser og samlet psykisk uhelse, og lavere enn begge i lavere for affektive og depressive lidelser.

Samlet for barn og unge

- I 2020–2022 ligger Vestvågøy over både fylket og landet i antall diagnoser per 1000 innen angst- og depressive plager i aldersgruppen 0–24 år, både til dels for gutter, men særlig for jenter.
- Gutter 0–14 år har fått flere diagnoser innen psykiske lidelser og samlet psykisk uhelse enn både fylket og landet. Jenter 15–24 år har høyere nivå enn fylket og landet i angst- og depressive plager og psykiske plager generelt.



Bruk av rusmidler

Ungdata (2022)

Ungdomstrinn

- Alkohol: 6 % drikker regelmessig (nasjonalt 7 %); 14 % var beruset siste år.
- Røyking/Snus: 3 % røyker, 7 % bruker snus regelmessig (nasjonalt: røyking 2–3 %, snus noe lavere).
- Cannabis: 4 % har brukt, 13 % har fått tilbud (nasjonalt ca. 3–4 % brukt og 18 % tilbudt).

Videregående

- Alkohol: Andelen som har vært tydelig beruset siste år er Vg1: 51 %, Vg2: 69 % og Vg3: 74 %.
- Røyking/Snus: Røyking er 7 % for gutter og 3 % for jenter; snusbruk er 22 % for gutter og 13 % for jenter (nasjonalt: røyking 2–4 %, snus 11–18 %).
- Cannabis: Tilbudt til 37–44 % (avhengig av trinn) og brukt av henholdsvis 16 % av gutter og 14 % av jenter (nasjonalt ca. 13–18 %).

SLT-koordinator undersøkelsen (2024)

Ungdomsskole:

- 323 elever (80 % i alderen 13–15 år).
- 40 % rapporterte alkoholbruk siste år; 14 % følte press til å drikke.
- 4 % rapporterte cannabisbruk, 2 % andre rusmidler.
- Mange kjenner noen som bruker, og en del har observert narkotika på skolen.

Videregående:

- 229 elever (100 % i alderen 16–19 år).
- 78 % rapporterte alkoholbruk siste år; 36 % følte press til å drikke.
- 14 % rapporterte cannabisbruk og 5 % brukte andre rusmidler.
- Høy andel kjenner noen som bruker, med flere observasjoner av narkotika og omsetning.

Begge undersøkelsene indikerer at rusmiddelbruk og press øker med alderen, med videregående elever som har høyere forekomst enn ungdomstrinn, og gir et tilnærmet likt bilde til tross for noe variasjon i prosenttallene, der alkohol er mest utbredt.



Bruk av helsetjenester

- Flere barn og unge i Vestvågøy tar kontakt med kommunen for psykiske utfordringer og rusproblemer i følge SINTEF-rapporteringen.
- Statistikken viser en tydelig økning flere diagnosegrupper som kan indikere økt bruk av helsetjenester for psykisk uhelse blant barn og unge i Vestvågøy, særlig etter 2019–2021, med flere som får diagnoser innen både psykiske plager og lidelser, men kan også for øvrig indikere økt bruk av p-diagnoser.

Mangler i dagenes tjenestetilbud

To rapporter har kartlagt kommunens tilbud til barn og unge i Vestvågøy, med særlig fokus på psykisk helse:

- “Innsiktsarbeid: Kartlegging av psykisk helsehjelp for barn, unge og familier i Vestvågøy kommune” (Hallan-Wolff, 2021)
- “Et fellesansvar for oppvekst i Oppvekst” (Hagen, 2023)

Begge rapportene peker på viktige utfordringer og forbedringsområder knyttet til institusjoner som skoler, barnehager og andre tjenestetilbud. De anbefaler:

- Digital og tverrfaglig strategi: Etablere en felles digital inngangsportal og bedre digitale løsninger, kombinert med en langsiktig tverrfaglig strategi for psykisk helsearbeid.
- Lavterskeltilbud og oppsøkende team: Styrke tjenestetilbudet med lavterskeltilbud for barn og unge og opprette oppsøkende samhandlingsteam for de med sammensatte behov.
- Skole- og barnehagekompetanse: Øke innsatsen i skoler og barnehager gjennom systematisk veiledning, flere ansatte, styrket relasjonskompetanse, bedre fritidstilbud og økt undervisning om psykisk helse for å redusere stigma.
- Forbedret samarbeid og målrettet oppfølging: Forbedre samarbeid og kunnskapsoverføring mellom institusjoner (skoler, barnehager og SFO) og økt innsats til grupper som ungdom med rus- og psykiske problemer, minoriteter og pårørende.

Dagens tilbud i kommunen

Helsefremmende tilbud

Kulturskolen
Oltura
Idrett (Turn, ski, håndball, fotball, klatring)
Meieriet kultursenter
Ungdomsklubber
Helsefremmende barnehager
Barnehage team
Sped- og småbarns team
Universal foreldreveiledning (COS-P)
Sommerskole
Bua
Tilbud i menigheter
Frivillig tilbud som Røde kors
Bufdir kompetansesenter
Friluftsrådet
Friskliv sentralen
Ungdommens kommunestyre

Forebygging

Tidlig inn (0–5 år)
Skolehelsetjenesten
Helsestasjon for ungdom
Voksne som ser barn
Koordinator rus og krim forebyggende
Politets kommunekontakt
Støttekontakt
Natteravn
Familieoppfølging ved NAV
Ungdomsteam
Konsultasjonsteam vold og overgrep
Tverrfaglig team i skolen
Barnevern – avhengig av tiltak
Fysioterapeut i skolen
Miljøterapeut i skolen – avhengig av tiltak
PPT og spesialpedagoger
Ungdomsteam
Tverrfaglig team i barnehage

Hjelp og behandling

Skolehelsetjenesten
Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) fra 16 år
Veiledningstiltak barnevernet
Familieråd
Allmennlegetjenesten
Miljøtjenesten



Voksne og eldre

Utviklingstrekk (antall p-diagnoser per 1000 innbygger)

25-44 år

- Kvinner har høyere forekomst enn menn i alle kategorier, og forskjellen er tydeligst i psykiske plager og angst- og depressive plager, der både menn og kvinner ligger over landet og fylket i 2020-2022.
- Vestvågøy skiller seg ut med høyere nivåer enn både fylket og landet i psykiske plager og angst- og depressive plager, mens kommunen har lavere nivåer i psykiske lidelser.

45-74 år

- Kvinner har høyere forekomst enn menn i alle kategorier, og kjønnsforskjellen er tydeligst i plager og angst- og depressive plager.
- Vestvågøy skiller seg ut med høyere nivåer enn fylket og landet i angst- og depressive plager for begge kjønn, men har lavere nivåer enn begge både fylket og landet innen psykiske plager generelt, psykiske lidelser, affektive/depressive lidelser og angstlidelser.

Oppsummert for voksne/eldre

- Vestvågøy skiller seg ut ved å ha høyt nivå av lettere psykiske plager, særlig angst- og depressive plager, hos voksne og eldre – mens kommunen har lavere forekomst av alvorlige psykiske lidelser enn både fylket og landet.
- Dette antyder et mønster der psykisk uhelse i kommunen i større grad dreier seg plager innen angst og depresjon fremfor alvorlige diagnoser, og der kvinner har jevnt høyere forekomst, men økningen blant menn i eldre aldersgrupper er tydelig.

Psykisk uhelse, rusmidler og levekår

BrukerPlan-undersøkelsen omfatter omtrent 70 innbyggere over 18 år med psykiske og/eller rusutfordringer med risiko for levekårsutfordringer.

- Resultatene viser at mens noen har gode levekår, opplever de fleste ulike utfordringer – nesten halvparten har behov for en form for hjelp, over 40 % har store utfordringer, og en noen er svært sårbare.
- Blant de med psykiske utfordringer har de fleste en trygg bolig, men mange sliter med et begrenset sosialt nettverk, lite deltakelse i meningsfulle aktiviteter og økonomiske vansker.
- Personer med rusutfordringer varierer i boligstatus, med en tredjedel som bor utrygt eller mangler fast bosted, og de opplever ofte lav aktivitet og økonomiske problemer.
- De som har både psykiske og rusutfordringer har den mest krevende situasjonen, med usikker bolig, få meningsfulle aktiviteter, sårbar økonomi og begrenset sosial støtte.



Psykisk uhelse og arbeid

Tilfeller med sykemelding og andel arbeidstakere som er sykemeldt

Det har vært en økning i antall tilfeller med sykemeldinger som har bakgrunn i psykiske lidelser og antall arbeidstakere som er sykemeldt med bakgrunn i psykisk uhelse i mellom 2010 og 2023.

Tapte dagsverk

Psykisk uhelse står for en stor andel av tapte dagsverk både nasjonalt og lokalt. Ser vi på de lokale forholdene i Vestvågøy kommune ser vi at det fra å utgjøre 10 116 tapte dagsverk i 2010 har utviklet seg til å utgjøre 21 634 tapte dagsverk i løpet av 2023. Psykiske lidelser er den nest største årsaken til tapte dagsverk etter muskel-/skjelettlidelser, og sto for 22,3 % av tapet i 2020 opp mot 27,8 % av tapte dagsverk totalt i alle diagnose kategorier i 2024.

Uførhet

Psykisk lidelser var også den nest største årsaken til uførhet i mellom 18–67 år hvor lidelsen sto for 28 % av tilfellene lokalt i 2017 som var siste gang man registrerte for dette aldersspennet. Ser man på unge voksne i aldersgruppen 18–29 år utgjør psykiske lidelser 65,2 % av alle tilfellene lokalt 2020, og har ligget også høyere enn dette helt siden 2016.

27,8 % av tapte dagsverk i Vestvågøy i løpet av 2024 hadde bakgrunn i psykiske lidelser, som gjør at det er den nest største årsaken av alle diagnosegrupper.

65,2 % av uførhet i aldersgruppen 18–29 år har bakgrunn i psykisk lidelser i Vestvågøy kommune.



Bruk av helsetjenester

Tilbud i kommunen

- I 2023 ble det registrert 520 brukere, med tjenester som Rask Psykisk Helsehjelp, Psykisk helse og rus og Møteplassen. I 2024, der tilbudet i tillegg inkluderte pilotprosjektet Tunet23, ble tallene lagt sammen til 493 brukere.

Spesialisthelsetjenester:

- For 2023 ble det godtatt henvisninger i Voksenpsykiatrisk enhet (VOR), FACT-teamet og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra Vestvågøy på totalt 152. I 2024 ble summen 165 godtatte henvisninger gjennom de samme tjenestene.

Mangler i dagenes tjenestetilbud

- BrukerPlan-undersøkelsene (2018 og 2024) viser at kommunen fortsatt mangler tilstrekkelige botilbud med og uten bemanning samt ambulerende personell for personer med psykiske helse- og/eller rusutfordringer, noe som fører til marginale livsvilkår.
- Behovet for psykisk helse- og rustjenester blant eldre er ikke kartlagt for 2022 og 2023, til tross for demografiske endringer med økende andel eldre og synkende yrkesaktiv befolkning.
- Tjenestene er heller ikke tilstrekkelig tilpasset et mangfoldig og flerkulturelt samfunn, noe som er nødvendig for å gi et likeverdig helsetilbud og motvirke sosiale helseforskjeller.

Dagens tilbud i kommunen

Helsefremmende

Meieriet kultursenter
Sosiale møteplasser
Idrettshaller og treningssenter
Tilgjengelighet til naturen
Frisklivssentralen

Forebygging

Frisklivssentralen
Tilbud i NAV
Møteplassen
Røde kors
Aktivitet og gruppetilbud gjennom frivillighetssentralen
Kafe Ro

Hjelp og behandling

Allmennlegetjenesten
Rask Psykisk Helsehjelp
Psykisk helse og rus
Miljøtjenesten
Hverdagsmestring
Hverdagsrehabilitering
Institusjoner og omsorgsboliger



Begrensninger ved kunnskapsgrunnlaget

Manglende kartlegging av eldre

- Til tross for at befolkningen over 80 år forventes å øke med fram mot 2050, er det ikke gjennomført systematisk kartlegging av psykisk helse og rus utfordringer blant eldre, og statistikken over p-diagnoser per 1000 innbygger går opp til 74 år, men ikke lenger. Det rapporteres heller ikke om at slike kartlegginger er planlagt i kommunen.

Manglete forekomst tall

- Det finnes ikke forekomst undersøkelser lokalt. Tilgjengelig informasjon om psykisk helse og rus er i stor grad basert på ungdomsundersøkelser som Ungdata, mens tilsvarende oversikter for voksne og eldre mangler eller er svake. Det finnes heller ikke data fra skolehelsetjenesten eller tall for ufrivillig skolefravær, noe som gir et ufullstendig bilde av barns og unges psykiske helse. Dermed blir datagrunnlaget aldersmessig skjevt og gir lav innsikt i andre aldersgruppers behov.

Begrenset kunnskap om eventuelle sosiodemografiske forskjeller

- Det finnes lite detaljert informasjon om hvordan psykisk uhelse fordeler seg mellom ulike sosiodemografiske grupper, inkludert innvandrere, etniske og religiøse minoriteter, eller personer med lav inntekt og utdanning. Økningen i innvandrerbefolkningen og mangfoldet i erfaringer og risikofaktorer gjør at tjenestene trenger bedre kunnskapsgrunnlag for å utvikle treffsikre og likeverdige tilbud. Også lokal data om rusmiddelbruk er fragmentert og ikke egnet til å gi en helhetlig oversikt.

Indikatorer og usikkerhet om utviklingstrekk

- Folkehelse- og oppvekstprofiler fanger ikke opp alle relevante risikofaktorer og helsefremmende forhold knyttet til psykisk helse. I tillegg er det usikkerhet om hva som forklarer økningen eller forskjellen i antall psykiske diagnoser – det kan skyldes bedre diagnostisering, økt åpenhet eller faktisk økning i uhelse, eller faktisk bedre psykisk helse i kommunen. Fraværet av detaljerte data og variasjoner i fastlegers diagnostiseringspraksis gjør det vanskelig å vurdere utviklingen med presisjon.



Satsningsområdet 1: Helsefremming og forebygging

Prinsippet bak **helsefremming** er å styrke psykisk robusthet, sosial mestring og livskvalitet i befolkningen, gjennom tiltak som bidrar til mening, tilhørighet og positive livsbetingelser – ikke å forhindre at uhelse oppstår (Holte, 2017). **Forebygging** bygger på prinsippet om å redusere risiko for psykisk uhelse gjennom systematiske og kunnskapsbaserte tiltak som settes inn før alvorlige problemer utvikles (Holte, 2012, 2018). Forebygging er effektiv ved å redusere risiko for at psykisk uhelse oppstår, gjennom tiltak som enten er universelle (for alle), selektive (for grupper med høyere risiko) eller indikerte (for individer som viser tidlige tegn) (Holte, 2012, 2018; Compton & Shim, 2020).

Et sentralt resonnement er at universelle tiltak har liten effekt for den enkelte, men at små effekter for en hel befolkningen kan være “store” – og at slike tiltak må kombineres med proporsjonale strategier for å utjevne sosiale forskjeller, hindre stigmatisering og bidra til sosial rettferdighet (Holte, 2012, 2018, 2019, 2024; Mackenbach et al., 2013; Helsedirektoratet, 2023; Kirkbride et al., 2024).

Helsefremmende og forebyggende arbeid forankres derfor i et bredt folkehelseperspektiv og et sosialt resonnement: psykisk helse formes ikke bare i individet, men i relasjonen mellom mennesker, miljø og samfunnsstrukturer – og innsatsen må rettes mot alle disse nivåene, gjennom hele livsløpet der man må prioritere fra o år så høyt opp man kan i årsakskjeden (“oppstrøms”-strategier) (Holte, 2019; Alegria et al., 2018; Dopp & Lantz, 2019; Dahl & Elstad, 2022; McMahon, 2021; Giæver, 2006).

Satsningsområdet 2: Hjelp og behandling

Behandling og oppfølging innen psykisk helsearbeid bygger på prinsipper om kunnskapsbasert praksis, individuell nytte og relasjonell kvalitet. Det innebærer at hjelpen ikke bare skal lindre eller fjerne symptomer, men kunne støtte personlig utvikling og endring i, eller i samspill med, omgivelsene, tilpasset den enkeltes kontekst, verdier og behov (Karterud, 2023; Høstmælingen, 2017; Øhlckers et al., 2023). Prinsippet om kvalitet i tjenestene bygger på en helhetlig forståelse av virkningsfullhet (at hjelpen virker etter hensikten), trygghet (at hjelpen minimerer risiko og skade), brukersentrering (at hjelpen er nyttig/relevant for den det gjelder), rettidighet (at hjelpen gis når behovet oppstår), rettferdighet (at hjelpen er likeverdig fordelt uavhengig av sosiale eller personlige forhold), samordning (at hjelpen er koordinert på tvers av tjenester og over tid), og kostnadseffektivitet (at ressursene brukes slik at flest mulig får nytte) (Øhlckers et al., 2023).

Et sentralt resonnement i dette er at god behandling ikke bare handler om hva man gjør, men hvordan det gjøres – og i hvilken sammenheng det skjer. Relasjonell kompetanse, tillit, tilbakemeldingskultur og evne til å møte hele mennesket er derfor like viktige som metodevalg (Wampold & Imel, 2015; Høstmælingen, 2023). Selv om tilgang til evidensbasert behandling har økt, viser analyser at dette alene ikke reduserer den samlede forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen – noe som understreker behovet for en helhetlig tilnærming der behandling inngår som én del i et bredere folkehelsearbeid (Holte, 2012, 2018, 2019; Ormel et al., 2022). Behandlingspraksis sees derfor best som et samspill mellom faglig kunnskap, relasjonell innsikt, brukernes egne mål og de strukturelle rammene behandlingen virker innenfor.

Satsningsområdet 3: Kompetanse, organisering og samhandling

Grunnprinsippet bak **kompetanse** og organisering er at arbeid med psykisk helse må utføres presis kompetanse og ferdigheter – i alle ledd av tjenestene, og tilpasset de ulike institusjonenes/tjenestenes ansvar og rolle (Øhlckers et al., 2023; Høstmælingen, 2023). Et faglig resonnement her er at kunnskapsbasert praksis ikke kun handler om tilnærmingher, men om evnen til å lytte, forstå og møte individets behov – og det krever kompetanse i både kontekstforståelse og samarbeid (Høstmælingen, 2023). **Organisering** kan styres av prinsippet om å møte innbyggernes behov på en sømløs og helhetlig måte, gjennom koordinert **samhandling** og tverrfaglighet som muliggjør helsefremming, forebygging og tidlig hjelp (Helsedirektoratet, 2023). I forlengelsen av dette handler samhandling også om sosial rettferdighet og demokratisk deltakelse: tjenestene må forankres i reell brukermedvirkning og partnerskap, i tråd med FNs bærekraftsmål og rettigheter, for å sikre bærekraftige og inkluderende løsninger for psykisk helse i et mangfoldig samfunn (Kirkbride et al., 2024; CRPD; Barnekonvensjonen).

Utfordring	Mål	Strategi	Tiltak
Strukturelle utfordringer innen sosial deltakelse, helse, økonomi og utdanning svekker livskvalitet og psykisk helse for mange	Alle skal ha en god psykisk helse og livskvalitet	Utvikle helsefremmende miljøer i barnehager, skoler, arbeidsplasser og lokalsamfunn.	• <i>Integrere kunnskap om psykisk helse i samfunnsplanlegging og arealutnyttelse, med vekt på «De syv psykiske helserettighetene», «Fem veier til hverdagsglede» og sosial bærekraft relatert til psykisk helse og livskvalitet.</i> • <i>Innføre helsefremmende og styrkebaserte satsninger for sosial og emosjonell læring i barnehager og skoler, med vekt på «De syv psykiske helserettighetene», «Fem veier til hverdagsglede», stille krav til både prosesskvalitet og strukturkvalitet, med barnehagene som en prioritet.</i> • <i>Etablere kommunen som en helsefremmende arbeidsplass, med vekt på “De syv psykiske helserettighetene”, og “Fem veier til hverdagsglede”</i> • <i>Aktivt arbeide gjennom “empowerment” og bruk av ressurser i lokal samfunnet for å øke god psykisk helse gjennom mobilisering for lokale felleskap.</i>
Det er sosiale helseforskjeller i psykisk helse og livskvalitet	Alle skal ha like muligheter til et godt liv med livskvalitet, god psykisk helse og få hjelp når de trenger det	Ha et sosialt bærekraftig og sosialt rettferdig lokalsamfunn	• <i>Redusere sosioøkonomiske forskjeller og forebygge utenforskap gjennom å inkludere levekårs perspektivet i alle tiltak for å motvirke sosial ulikhet.</i> • <i>Opprette praksisnære team i Familiens hus som gir helsefremmende veiledning og kurs til barnehager og skoler, basert på modeller som «Tidlig innsats for barn i risiko» (TIBIR) i kombinasjon med universell foreldreveiledning og hjelpetilbud for familier, barn og unge.</i> • <i>Ha helhetlige og kunnskapsbaserte tiltak rettet mot psykososiale risikofaktorer på tvers av områdene, rettet mot; alle former for vold og overgrep, mobbing, ekskludering, rasisme og trakassering.</i> • <i>Sikre likeverdig tilgang til tjenester uavhengig av bakgrunn og/eller gruppetilhørighet.</i> • <i>Kvalitetssikre screening for psykisk uhelse og risikofaktorer i svangerskap og spedbarnsalder, med tilhørende tilgang til lavterskel psykisk helsetjeneste.</i>
Mennesker dør i selvmord	Ingen skal ta livet sitt	Ha en lokal nullvisjon for selvmord	• <i>Førstehjelpskurs: Utdanne instruktører i VIVAT (Førstehjelpskurs ved Selvmordsfare) for å tilby kurs til ansatte i skoler, barnehager og kommunale tjenester.</i> • <i>Undervisning for ungdom: Implementere undervisningsprogrammer som YAM (Youth Awareness of Mental Health) i ungdoms- og videregående skoler for å redusere psykisk uhelse og selvmordsrisiko.</i> • <i>Kompetanseheving i tjenester: Kvalitetssikre førstehjelpsoplæring for ansatte i tjenester som gjeldsrådgivning og sosiale hjelpetiltak. Styrke psykososial vurderingskompetanse i akuttberedskapen og helsetjenestene for å sikre rask igangsetting av tiltak.</i> • <i>Tilgjengelige helsetjenester: Promotere og forbedre tilgangen til psykososial oppfølging og hjelp ved selvmordsproblematikk, psykiske helseutfordringer og rusrelaterte vansker.</i>
Mennesker dør av rusrelaterte årsaker	Ingen skal dø av rusrelaterte årsaker	Ha en lokal nullvisjon for rusrelaterte dødsfall	• <i>Tilgjengelige helsetjenester: Promotere og forbedre tilgangen til psykososial oppfølging og hjelp for personer med rusutfordringer.</i> • <i>Proaktiv opplæring: Tilby kurs om risiko ved rusbruk, inkludert opioider, farlige blandinger, toleranseendringer, risiko ved alenebruk og helseutfordringer.</i> • <i>Rådgivning og skadereduksjon: Gjennomføre informasjonskampanjer som «SWITCH» og etablere stasjoner som deler ut rent brukerutstyr gratis. Heve kompetansen blant helsepersonell og brukere om tegn til overdose. Tilby kurs i hjerte- og lungeredning, samt utdeling og opplæring i bruk av Nalokson-spray for å motvirke overdoser.</i>

Evaluering

Resultatmål

Livskvalitet

- For eksempel "Fornøydhhet med livet, blant ungdom" (Ungdata).

Nedgang i tilfeller (case/saker)

- Antall p-diagnoser per 1000 innbyggere: Måling av reduksjon i antall psykiske lidelser, ved å følge utviklingen av p-diagnoser gjennom kommunens helsetjenester og nasjonale registre. Indikator: Mål for måloppnåelse er en prosentvis reliabel nedgang i p-diagnoser.

Nivå av plager/symptomtrykk

- Bruke resultater fra årlige Ungdata-undersøkelser for å måle endringer i nivået av psykiske plager blant barn og ungdom, som angst, depresjon og søvnvansker. Indikator: Reduksjon i andelen ungdommer som rapporterer høyt symptomtrykk, 25% nedgang er er nasjonalt mål og kan fungere som utgangspunkt.

Tap av liv på bakgrunn av selvmord og rusrelaterte årsaker.

- Nullvisjon.

Prosessmål

Kunnskapsbasert vurdering.

- Vurdere om tiltakene er basert på kunnskapsbasert forskning og evidens for effekt. Er tiltakene basert på nasjonale retningslinjer eller forskning på området? Gjennomført evaluering og dokumentasjon som bekrefter kunnskapsgrunnlag (f. eks. samsvar med nasjonale veiledere).

Tilstrekkelig implementering.

- Måle om tiltakene ble iverksatt bredt nok, og nådde målgruppene. Dette kan måles gjennom spørreundersøkelser og intervjuer med ansatte og brukere. Full dekning og høy implementeringsgrad (f. eks. 80% av skolene gjennomførte mobbeprogrammet).

Tilstrekkelig tid til effekt.

- Vurdere om tiltakene fikk nok tid til å gi effekt. Forebyggende tiltak krever ofte flere år før resultater vises, og evalueringen må ta hensyn til dette. Sikring av tilstrekkelig implementeringsperiode.

Tolkning av effekt.

- Analysere effekten som oppnås i forhold til forventninger. Er resultatene små, moderate eller store, og hva kan dette indikere om tiltakets suksess? Evaluering av effekten som "tilfredsstillende", "moderat" eller "liten". Om det er effekter på befolkningen, kan små effekter være store.

Forbedringer og alternative tilnærminger

- Evaluere om man skulle ha rettet tiltakene mer mot underliggende årsaker, strukturelle eller samfunnsmessige forhold. Identifisering av behov for justeringer eller nye strategier/tiltak.

Utfordring	Mål	Strategi	Tiltak
Vi har ikke en psykisk helsetjeneste for hele livsløpet	Alle skal få hjelp og behandling de har rett på til rett tid	Følge "en dør inn"-prinsippet, med rask tilgang, individuelt tilpassede tilbud, høy fagkompetanse, og reell medvirkning på både individ- og systemnivå.	• <i>Tilgjengelighet og fleksibilitet:</i> Etablere en psykisk helsetjeneste med lav terskel for kontakt for alle aldersgrupper med rask responstid og korte ventetider, med varierte formater som grupper, kurs, aktiviteter, samtaler og digitale løsninger, tilpasset den enkeltes behov. • <i>Prioritering av barn og unge:</i> Utvide og styrke tilbudet for barn og unge under 18 år som kan tilby selvstendige behandlingstilbud • <i>Kompetanse og mangfold:</i> Bygge kompetanse innen mangfold, interkulturell ydmykhet, minoritetsstress og relevante kartleggingsmetoder for slike stressorer. • <i>Sikre at alle som yter psykisk helsehjelp har kunnskapsbasert kompetanse tilpasset sitt arbeidssted.</i> • <i>Integrert hjelp:</i> Etablere miljøterapeutiske samhandlingsteam for koordinert og helhetlig behandling for personer med sammensatte behov. • <i>Tilbakemeldinger:</i> Implementere systematiske tilbakemeldingsverktøy som <i>Feedback Informed Therapy (FIT)</i> for å forbedre og tilpasse tjenester kontinuerlig. • <i>Medvirkning på systemnivå:</i> Tilrettelegge for reell medvirkning gjennom modeller som «ROM», hvor innbyggerne kan påvirke tjenesteutviklingen. • <i>Etikk og rettigheter:</i> Innføre jevnlig etisk refleksjon i praksis, forankret i menneskerettigheter og konvensjoner som FN's Barnekonvensjon og CRPD (Convention on the Rights of Persons with Disabilities –FN–konvensjonen om rettar til menneske med nedsett funksjonsevne).
Det finnes ikke boliger for alle med behov for det på bakgrunn av psykisk helse og rusutfordringer	Alle skal ha et verdig boligtilbud uavhengig av deres psykisk helse	Boliger som fremmer psykisk helse, forebygger uhelse og øker inkludering	• <i>Boligtilbud og planlegging:</i> Sørge for tilgjengelige boliger i leiemarkedet, for eierskap, og tilpassede boliger med eller uten bemanning. Inkludere fag- og erfaringskompetanse innen psykisk helse og rus i planlegging av kommunale boligprosjekter. • <i>Helsefremmende utforming og tildeling:</i> Planlegge utforming, plassering og tildeling av boliger med hensyn til helsefremmende nærmiljø og tilgang til lokale tilbud. Tildele boliger med forebyggende effekt for tilbakefall for personer utskrevet fra rus- eller døgnbehandling. • <i>Kompetanse og praksis:</i> Innføre minstekrav til kunnskapsbasert og recovery-orientert praksis for personell i boliger og oppsøkende team. Sikre etisk etterfølgelse av konvensjoner og rettigheter i arbeidet. • <i>Veiledning og samarbeid:</i> Etablere interne eller eksterne veiledningsstrukturer og sikre at spesialisthelsetjenesten følger sine forpliktelser der intern kompetanse mangler.

Evaluering

Resultatmål

Høy reliabel bedringsrate innen alle behandlingstilbud.

- Nedstemthet (f.eks. BDI/PHQ-9)
- Engstelse (f.eks. GAD-7)
- Søvnkvalitet (f.eks. Insomnia Severity Index)
- Alkohol- og rusmiddelbruk (f.eks. AUDIT/DUDIT)

Høy brukertilfredshet

- Målt gjennom systematiske tilbakemeldingsverktøy som FIT (Feedback Informed Treatment) og brukerundersøkelser. Målt gjennom tilbakemeldingsverktøy som samler inn data om brukernes tilfredshet med boforhold og eventuelle tjenester, som døgnbemanning eller ambulerende tjenester.
- Kvalitative oppsummeringsnotater fra «ROM».

Økt livskvalitet.

- Målt gjennom psykometriske verktøy for livskvalitet (f.eks. WHOQOL) eller gjennom tilbakemeldingsverktøy der brukerne rapporterer om bedre trivsel, psykisk helse og livsmestring.

Økt arbeids- og skoledeltakelse.

- Sammenligne sykemeldinger og fravær «før og etter» tiltak/intervensjoner.

Prosessmål

Tilgjengelighet og rettferdighet

- Vurdere om tjenestene er tilgjengelige for alle uansett kjønn, bakgrunn og identitet, samt om universelle helsetjenester er tilpasset hele befolkningens behov gjennom livsløpet.

Kunnskapsbasert praksis

- Evaluere om ansatte har nødvendig kompetanse og om behandlingstilbudene er kunnskaps- og recoverybaserte, samt om hjelpen i boligtilbud og oppsøkende team er tilstrekkelig.

Overholdelse av rettigheter

- Sikre at tjenestene ivaretar grunnleggende menneskerettigheter og brukermedvirkning i tråd med FNs konvensjoner.

Systematisk tilbakemeldingskultur

- Måle hvor godt tilbakemeldingssystemer fungerer, i hvilken grad erfaringskompetanse er involvert, og om brukerne får reell medvirkning.

Bærekraft, kostnad-nytte og etiske hensyn

- Vurdere ressursbruk, nytteverdi og etiske dilemmaer for å sikre bærekraftige og effektive tjenester.

Utfordring	Mål	Strategi	Tiltak
Vi jobber ikke kunnskaps-basert i alle ledd med psykisk helse	Alle ledd i kommunen skal jobbe kunnskapsbasert innenfor sitt området	Ha minstekrav innen kartleggings- og førstehjelpskompetans, forebyggende og helsefremmende kompetanse, og behandlingskompetanse	<i>Minstekrav til kompetanse for risikofaktorer:</i> • Sikre grunnleggende kompetanse innen kartlegging, varsling og førstehjelp for å identifisere og håndtere risikofaktorer som: • Vold, overgrep og omsorgssvikt • Barn som pårørende • Mobbing, ekskludering, diskriminering, trakassering og rasisme • Selvmordsfare • Rusbruk og foster-/egen livsrisiko • Tidlig tegn på psykose og akutte psykiske helseutfordringer <i>Gruppebaserte tiltak i tjenester som helsestasjon, skolehelsetjenesten og pedagogiske/sosiale tjenester:</i> • Universell og selektiv foreldreveiledning • Sosioøkonomiske hjelpetiltak for familier og foreldre • Forebyggende undervisning gjennom barnehage- og skole <i>Kunnskapsbasert behandlingskompetanse i førstelinjetjenesten. Innføre krav til minst én transdiagnostisk, kunnskapsbasert tilnærming for tilstander som:</i> • Nedstemthet, depresjon og angstlidelser • Traumelidelser og psykososiale stressorer i de sosiale omgivelsene, inkl kompetanse på minoritetsstress • Søvnvansker, utmattelse og energitap • Begynnende spiseproblematikk • Rusproblematikk og avhengighet • Psykoseproblematikk og selvforstyrrelser <i>Relasjonsarbeid og tilbakemelding. Innføre systematisk veiledning, ferdighetstrening og bruk av tilbakemeldinger for å styrke relasjonskompetansen i alle møter med innbyggere. Perspektivutvikling og undervisning som inkluderer:</i> • Recovery-perspektiv • Familie- og levekårsperspektiv • Flerkulturelt og interseksjonelt perspektiv • Mangfolds ydmykhet
Vi samarbeider ikke godt nok på tvers av områdene	Alle jobber sammen om våre felles målsetninger innen psykisk helse	Ha innbyggeren og befolkningen sitt behov som organiserende prinsipp	• Tverrsektorielt folkehelsesteam: Ha et rådgivende organ med prinsippet "psykisk helse i alt vi gjør" for å integrere psykisk helseperspektiver i kommunal planlegging. • Samorganisering og tilgjengelighet: Organisere psykiske helsetjenester som teambaserte og inkluderende tilbud for alle aldersgrupper fra 0 år og gjennom hele livet. Samlokalisere tjenester for barn, unge og familier med andre relevante tilbud som PPT, skolehelsetjenesten, fysioterapi, NAV og miljøterapeutiske tjenester. • Fleksible behandlingstilbud: Tilrettelegge for døgkontinuerlige og kompetente behandlingstilbud for tilbakefallsbehandling og miljøterapeutiske tiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusutfordringer. • Koordineringssystemer og tverrfaglig samarbeid: Innføre systemer som "Bedre Tverrfaglig Innsats" (BTI) for koordinering mellom tjenester for barn, unge, familier, skoler, barnehager og institusjoner. Forenkle bruken av individuell plan (IP), koordinator- og barnekoordinatorrollen for å styrke oppfølgingen mellom tjenester. • Utvikling av samhandlingsteam: Videreføre FACT-modellen og opprette samhandlingsteam for barn, unge og familier i samarbeid med lokale helseforetak, eksempelvis gjennom "FACT-Ung"-modellen. • Interkommunalt samarbeid: Fremme samarbeid mellom kommuner og helseforetak gjennom interkommunale satsninger, faste samarbeidsmøter og delte ressurser innen psykisk helse og rusfeltet.

Utfordring	Mål	Strategi	Tiltak
Vi benytter ikke det digitale potensiale på feltet og får ikke nok tid til å bistå innbyggere	Alle skal ha tilgang til digitaleverktøy i dialog med tjenesten og i hjelpen som gis	Ha oppdaterte verktøy som gjør at ressursene går til å møte innbyggerenes behov	• <i>Utvidelse av selvhjelpsprogrammer og mestringsverktøy: Styrke tilbudet av digitale selvhjelpsprogrammer, som «Assistert selvhjelp». Utforske og implementere behandlingstilnærminger ved bruk av VR-teknologi.</i> • <i>Bruk av digitale løsninger for ferdighetstrening og veiledning: Integrere velferdsteknologiske løsninger i opplæring og veiledning for fagpersoner, eksempelvis VR-teknologi i MAP-kurs og andre ferdighetstreningssystemer.</i> • <i>Digitale kommunikasjonsverktøy for innbyggere: Tilrettelegge for enklere kontakt med tjenester gjennom digitale kommunikasjonsplattformer, inkludert video- og meldingsdialog. Opprette brukervennlige systemer for avtaleinngåelse og oppfølging med tjenester.</i> • <i>Sikring av digital infrastruktur for psykiske helsetjenester: Etablere robuste koordinatorsystemer, journalsystemer og timebookingsystemer som er spesifikt tilpasset psykiske helsetjenester.</i>

Evaluering

Resultatmål

Kompetanse

- Dekningsgrad av minstekravet for kompetanse innen psykisk helse.
- Dekningsgrad av formell kompetanse innen behandlingstilnærminger.
- Implementeringsgrad av systematiske tilbakemeldingsverktøy.
- Implementeringsgrad av veiledningsstruktur og ferdighetstrening.
- Implementeringsgrad av årshjul for internundervisning.

Samhandling og organisering:

- Kunnskapsbasert samorganisering: Om tjenesteorganiseringen oppfyller WHO's kvalitetsdimensjoner.
- Etablerte koordineringssystemer: Eksistens av systemer som håndterer henvendelser raskt og effektivt.
- Etablerte samhandlingsteam: Om tverrfaglige samhandlingsteam er opprettet og fungerer effektivt.

Digitalisering og bruk av helseteknologi:

- Dekningsgrad og dimensjonering av tilgangen til digitale selvhjelpsverktøy: Andel brukere med tilgang til digitale verktøy og hvor godt de er tilpasset behovene.

Prosessmål

Samhandling og organisering

- Opplevd samarbeid: Måle ansattes opplevelse av samarbeid og eventuelle hindre.
- Brukertilfredshet og opplevd koordinering: Evaluere innbyggeres opplevelse av koordinert og samordnet hjelp.

Digitalisering og bruk av helseteknologi

- Tilfredshet blant innbyggere og personell med digitale systemer: Undersøke hvor brukervennlige og effektive journalsystemer, koordineringssystemer og avtalesystemer er.

Referanser

Aldridge, A. (2023). Utviklingen i sykefraværet per år 2022. NAV.

Bang, L., Furu, K., Handal, M., Torgersen, L., Støle, H.S., Surén, P., Odsbu, I., Hartz, I. Folkehelseinstituttet (2024) Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

Barne- og familiedepartementet. (2003). FNs konvensjon om barnets rettigheter (revidert oversettelse mars 2003 med tilleggspkollkoller). Regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Barne- og familiedepartementet. (2013). Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/contentassets/26633b70910a44049dc065af217cb201/konvensjon-om-rettighetene-til-mennesker-med-nedsatt-funksjonsevne.pdf>

Barry (2019) Concepts and Principles of Mental Health Promotion. In: Barry, M.M., Clarke, A.M., Petersen, L., Jenkins, R. (eds) Implementing Mental Health Promotion. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-23455-3_1

Bjørndal, L., Ebrahimi, O., Lan, X., Nes, R., & Røysamb, E. (2023). Mental health and environmental factors in adults: A population-based network analysis. Am Psychol.

Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. World Psychiatry

Bramness, J. G. (2022). Rusmiddellidelser i Norge. Folkehelseinstituttet.

Braut, G. (2022). Helse. Hentet fra Snl.no: <https://snl.no/helse>

Bøe, T. (2015). Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet. Helsedirektoratet.

Chow, A. R. W., Baldwin, J. R., & Bowes, L. (2024). Do meaningful dimensions of childhood adversity exist? Data-driven evidence from two prospective cohort studies. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Advance online publication.

Dahl, E., & Elstad, J. (2022). Sosial ulikhet tar liv – faglige og folkehelsepolitiske vurderinger. Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Dahm, K., & Førland, O. (2022). Tiltak for å forebygge ensomhet blant eldre. Folkehelseinstituttet.

Diez-Roux. (1998). Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. Am J Public Health. .

Dopp, A., & Lantz, P. (2019). Moving Upstream to Improve Children's Mental Health Through . Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research .

Ellingsen, J. (2024). Utviklingen i diagnoser for unge uføretrygdede i 2020. NAV.

Eriksson, B. G., & Hummelvoll, J. K. (2015). Psykisk helsearbeid som fagområde – en fremvoksende disiplin. https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/2430550/Psyk_helse_2015_Eriksson_Hummelvoll.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Falkum, E. (2024). Medikaliseringen av livet. Tidsskrift for Norsk psykologforening. Medikaliseringen av livet | Tidsskrift for Norsk psykologforening (psykologtidsskriftet.no)

Folkehelseinstituttet. (2023). Nasjonal undersøkelse om alkohol, narkotika og tobakk (NANT) 2022. Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet. (2019). Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde? Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet. (2019, Desember 2). Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser. Hentet fra www.fhi.no: <https://www.fhi.no/ps/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>

Folkehelseinstituttet. (2022). Folkehelse rapportens temautgave 2022: Framtidens utfordringer for folkehelsen. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet. (2022). Rasisme og diskriminering kan påvirke helsen. Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet. (2024). Dødsårsaker i Norge i 2023. Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet. (2024). Hverdagsgledens fem – kunnskapsbaserte grep for god livskvalitet. Hentet fra FHI.no: <https://www.fhi.no/ps/livskvalitet-og-trivsel/hverdagsgledens-fem-kunnskapsbaserte-grep-for-god-livskvalitet/#referanser>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. and Sartorius, N. (2015), Toward a new definition of mental health. World Psychiatry, 14: 231-233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Gjæver, Ø. (2006). Hvordan redusere sosial ulikhet i helse? Hentet fra Regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/red/2006/0041/ddd/pdfv/274869-oyvind_gjaever.pdf

Gjersing, L. (2024). Narkotikautløste dødsfall 2023. Folkehelseinstituttet.

Granlund, L. (2016). Barn og unges psykiske helse – Livsmestring og folkehelse. Arendal: Helsedirektoratet.

Hagen, C. (2023). Ett felles ansvar for oppvekst i Oppvekst. Leknes .

Hagen, T. P. (2023). Vi forbereder oss på «eldrebølgen», men i kommunehelsetjenesten er det en «yngrebølge». Hentet fra Tidsskrift for omsorgsforskning: <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/tfo.9.2.8>

Hagen, T. P. (2024). Brukerne blir yngre, psykiske lidelser øker: Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017-2021. Hentet fra KS: <https://www.ks.no/contentassets/1cfccae32c8246cobaf768f86cdd36cf/Dypdykk-i-pleie-og-omsorgstjenester-2017-2021.pdf>

Hahn, R. (2021, Juni 23). What is a social determinant of health? Back to basics. J Public Health Res, ss. 23-24.

Hallan-Wolff, (2021). Innsiktsarbeid: Kartlegging av psykisk helsehjelp for barn, unge og familier i Vestvågøy kommune.

Havik, T. (2022). Barn eller unge som ikke makter eller vil gå på skolen. Rådet for Psykisk Helse.

Helsedirektoratet. (2015). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Helsedirektoratet .

Helsedirektoratet. (2022). Folkehelse i et livsløpsperspektiv. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2023). Kunnskapsoppsummering om ulikheter i helse og livskvalitet i Norge siden 2014 – sammendrag. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2023). Psykisk helsearbeid barn og unge – nasjonal veileder. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>

Helsedirektoratet. (2023). Psykisk helse- og rusarbeid for voksne. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helse-og-rusarbeid-for-voksne>

Hem, E. (2021). Psykisk . Hentet fra Snl.no: <https://snl.no/psykisk>

Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. Tidsskrift for Norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2012/07/ti-prinsipper-forebygging-av-psykiske-lidelser>

Holte, A. (2018). Syv prinsipper og tjue grep for et psykisk sunnere Norge. Barn i Norge 2018: Ung og psykisk syk.

Holte, A. (2019). Barneheten som depresjonsforebyggende arena. Hentet fra Psykologisk.no.

Holte, A. (2019). Familien som depresjonsforebyggende arena. Hentet fra Psykologisk.no.

Holte, A. (2019). Forebygging av depresjon i svangerskap og barselstid. Hentet fra Psykologisk.no.

Holte, A. (2019). Forebygging av depressive plager hos barn og unge – på tvers av arenaer. Hentet fra Psykologisk.no.

Holte, A. (2019). Hvordan skaper vi en arbeidsplass som forebygger depresjon? Psykologisk.no.

Holte, A. (2019). Kan vi forebygge depresjon? Hentet fra Psykologisk.no.

Holte, A. (2019). Skolen som depresjonsforebyggende arena. Hentet fra Psykologisk.no.

Holte, A. (2022). Vi kan forebygge depresjon ved å forebygge barnemishandling. Hentet fra Psykologisk.no.

Holte, A. (2024). Promotion of mental health and prevention of mental disorders in a rich welfare state: A Norwegian perspective. Mental Health & Prevention.

Høstmælingen, A. (2017). Et forsvar for diagnoser. Tidsskrift for Norsk psykologforening.

Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetodens rolle i evidensbasert psykologisk praksis. Tidsskrift for Norsk psykologforening, ss. 142-150.

Idebanken. (2012). Helsefremmende arbeidsplasser. Idebanken.org.

Jalali-Moghadam, N. (2023). Hvordan kan psykologer jobbe mer effektivt når de møter pasienter med minoritetsbakgrunn? Tidsskrift for Norsk psykologforening.



Arbeidsgruppa

- Anders Evenrud – Kommunepsykolog Vestvågøy, Flakstad og Moskenes
- Marte Klevstad – Fagutviklingssykepleier for psykisk helse og rus (FUI)
- Tove Yndestad, Enhetsleder i Forskning, utvikling og innovasjon (FUI)
- Gro Wangsvik – Helsesykepleier, Familiens Hus

Spørsmål eller mer informasjon

Anders Evenrud
Kommunepsykolog
E-post: anders.evenrud@vestvagoy.kommune.no

Marte Klevstad
Fagutviklingssykepleier innen psykisk helse
E-post: marte.klevstad@vestvagoy.kommune.no



Jettestad, M., Eide, J., & Nordeng, H. (2020). Rus og legemiddelmisbruk i svangerskap. Norsk gynekologisk forening.

Karterud, S., (2023). Hva er psykiske lidelser? Tidsskrift for Norsk psykologforening. Hva er psykiske lidelser? | Tidsskrift for Norsk psykologforening (psykologtidsskriftet.no)

Kirkbride, J., Anglin, D., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, B., Patalay, P., . . . Griffiths, S. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. World Psychiatry.

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023, 25. juli). Ansvar og oppgaver i det boligsosiale arbeidet. Regjeringen.no. [https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/boligmarkedet/ansvar-og-oppgaver-i-det-boligsosiale-ar/id749704/#:~:text=Tidligere%20fremgikk%20det%20av%20lovens,boligsosial%20lov%20\(%C2%A7%206\).](https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/boligmarkedet/ansvar-og-oppgaver-i-det-boligsosiale-ar/id749704/#:~:text=Tidligere%20fremgikk%20det%20av%20lovens,boligsosial%20lov%20(%C2%A7%206).)

Lund, I., & Bye, K. (2022). Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Norge. Folkehelseinstituttet.

Lund, I., Helgeland, A., & Kovač, V. (2017, 10.9). På vei mot en ny forståelse av mobbing i et folkehelseperspektiv. Acta Didactica.

Mackenbach, J. P., Lingsma, H. F., van Ravesteijn, N. T., & Kamphuis, C. B. (2013). The population and high-risk approaches to prevention: quantitative estimates of their contribution to population health in the Netherlands, 1970–2010. European Journal of Public Health.

Major, E. (2017, 3.26). Hvordan påvirker levevaner vår psykiske helse? Hentet fra Forebygging.no: <https://www.forebygging.no/Artikler/~2015/Hvordan-pavirker-levevaner-var-psykiske-helse/>

Mathisen, T., & Sundgot-Borgen, J. (2022). Kosthold og fysisk aktivitet. Rådet for Psykisk Helse

McMahon, N. (2021). Framing action to reduce health inequalities: what is argued for through use of the ‘upstream–downstream’ metaphor? . Journal of Public Health.

Mykletun, A., Knudsen, A.K. & Mathiesen, K.S., (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Folkehelseinstitutt. rapport-20098-pdf-.pdf (fhi.no)

Mæland, J. G. (Red.). (2020). Sykdommers sosiale røtter. Gyldendal Akademisk.

NAV. (2021). 1 av 3 uføretrygdede har en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse. NAV.

NAV. (2024). En fjerdedel av sykefraværet skyldes psykiske lidelser. NAV.

NAV. (2024). Høyere sykefravær i 4. kvartal – størst økning blant unge. Hentet fra NAV.no: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/hoyere-sykefravaer-i-4.kvartal--storst-okning-blant-unge>

NAV. (2024). Sykefravær grunnet psykiske lidelser øker. NAV.

Nes, R., Røysamb, E., Eilertsen, M., Hansen, T., & Nilsen, T. (2021). Livskvalitet i Norge. Folkehelseinstituttet.

Norsk Psykiatrisk Forening. (2022, September). Når kroppen er gravid og sjelen syk. Hentet fra Legeforeningen.no: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsksykiatri/aktuelle-saker/nar-kroppen-er-gravid-og-sjelen-syk/>

Nyheim-Jomisko, W. (2024). Utenforskap, minortetsstress og traumer. Forelesning under SEPREP, Lofoten (kull-2024). Leknes: Senter for interseksjonalitet.

Næss, Ø. (2004). Individ- og gruppenivå i befolkningsundersøkelser og helsetjenesteforskning. Tidsskrift for Norsk Legeforening.

Oelze, C. H., Koppen, R., Kjølby, E., Sørensen, P., & Tveito, M. (2022). Plan for Norsk Alderspsykiatri 2022–2030. Norsk psykiatrisk forening.

Ormel, J., Hollon, S. D., Kessler, R. C., Cuijpers, P., & Monroe, S. M. (2021). More treatment but no less depression: The treatment–prevalence paradox. Clin Psychol Rev.

Phelan, J., & Link, B. (2015). Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? Annual Review of Sociology .

Regjeringen. (2023). Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2023–2027. Norge: Kommunal- og distriktsdepartementet.

Reneflot, A., Aaræ, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Overland, S. (2018). Psykisk helse i Norge. Folkehelseinstituttet.

Røysamb, E., & Nes, R. (2022). Født sann og blitt sann. I Psykisk oppvekst: barn og unges psykiske helse. Rådet for Psykisk Helse.

Shim, R., & Compton, M. (2018, 6.1). Addressing the Social Determinants of Mental Health: If Not Now, When? If Not Us, Who? Psychiatric Services.

Skjelstad, D. V. (2013). Er tiden moden for dimensjonale diagnoser? Tidsskrift for Norsk psykologforening.

Tesli, M.S., Krikøen, B., Hendal, M., Torvik, A.F., Odsbu, I. & Knudsen, A.S. (2023) Psykiske plager og lidelser hos voksne. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Tømmerps, T., & Kjøbli, J. (2022). Samspill i familien og psykiske vansker hos barn. Rådet for Psykisk Helse.

Ungdata. (2022). Ungdata 2022, Vestvågøy kommune, Nøkkeltall – Ungdomstrinnet. Ungdata.

Ungdata. (2022). Ungdata 2022, Vestvågøy kommune, Nøkkeltall – Videregående. . Ungdata.

Verdensdagen. (2022). Nøkkelfakta om ensomhet og utenforskap. Hentet fra Verdensdagen.no: <https://www.verdensdagen.no/fagartikler/nokkelfakta-om-ensomhet-og-utenforskap#fakta-om-ensomhet-utenforskap-og-mobbing>

Wampold, B., & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.

Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. J Adult Dev.

World Health Organization. (2021). World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva.

World Health Organization. (2022, April 3). Mental Health. Hentet fra [www.who.int](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response): <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Øhlckers, L. R., Høstmælingen, A., & Siqveland, J. (2023). Godt nok og bedre – Kvalitet i psykisk helse og rustjenester. Oslo: Fagbokforlaget.