

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.

*“Psykisk helse
bygger vi sammen”*

Satsningsområdene

Helsefremming og forebygging

Hjelp og behandling

Kompetanse, organisering og samhandling

*Respekt Tillit Åpenhet
Raushet Mangfold*

Stolt lofoting!

DEL 1: BAKGRUNN FOR PLANARBEIDET

Bakgrunn for arbeidet

Temaplanens forankring og formål

Det er vedtatt i kommunestyret at det skal utarbeides en Temaplan for Psykisk Helse, som en del av kommunens planstrategi. Den er underlagt samfunnsplanen og kommunedelplanene, samt sidestilt med øvrige temaplaner. Den bygger på et livsløpsperspektiv og skal styrke tjenester, innsats og samhandling – både internt og eksternt.

Planen følger overordnede mål om samordning, trygghet, inkludering og bærekraft (Regjeringen, 2023), og bygger på WHO sine strategier for universelle helsetjenester (WHO, 2021).

Den er utformet i tråd med kommunens juridiske forpliktelser og nasjonale føringer som, slik som Opptappingsplan for psykisk helse, Folkehelsemeldingen og retningslinjer fra Helsedirektoratet og BUFDIR – med vekt på mangfold, forebygging og psykososial oppfølging.

Kommunens rolle

Kommunens rolle har utviklet seg fra myndighetsutøver til en mer samhandlende aktør. Med samhandlingsreformen har ansvaret for psykisk helse flyttet seg nærmere kommunen. Vestvågøy kommune har ansvar for helsefremming, forebygging og psykisk helsearbeid for alle i kommunen.

Folkehelse og psykisk helsearbeid

Kommunen skal kartlegge faktorer som påvirker psykisk helse og livskvalitet, som oppvekstmiljø, levekår og psykososialt miljø. Tiltak i barnehager, skoler og lokalsamfunn skal fremme trivsel, redusere psykisk uhelse og utjevne sosiale helseforskjeller. Tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid står sentralt (Helsedirektoratet, 2022; 2023).

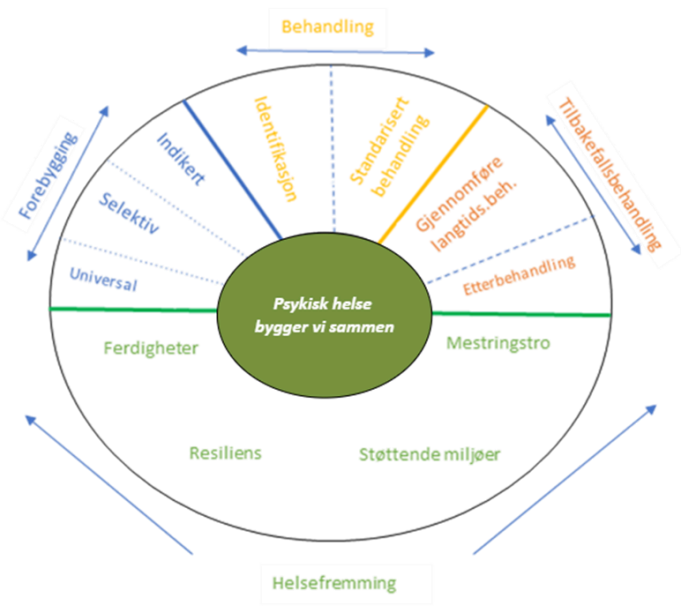
Kommunen har et lovpålagt ansvar for psykisk helsearbeid overfor individer og befolkning, forankret i Folkehelseloven (§ 5), Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-2) og nasjonale veiledere (Helsedirektoratet, 2023; 2025). Det skal tilby forsvarlig behandling fra svangerskap til alderdom, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved komplekse behov (Helsedirektoratet, 2014; 2023).

Bolig og oppfølging

Kommunen har ansvar for boliger til vanskeligstilte, inkludert midlertidige og heldøgns bemannede tilbud ved behov for døgkontinuerlig oppfølging, også ved psykiske lidelser og/eller ruslidelser (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2023).

Kompetanse og samhandling

Tjenestene må organiseres tverrfaglig og brukersentrert, med tilstrekkelig kompetanse og oppdatert praksis. God samhandling og helhetlig tilnærming skal fremme psykisk helse, redusere helseforskjeller og støtte bærekraftig utvikling (Helsedirektoratet, 2023).



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/10.1007/978-3-030-23452-3_1

Hva er psykisk helse og livskvalitet?

Psykisk helse er, ifølge Verdens helseorganisasjon (2022), en tilstand av velvære som gjør oss i stand til å håndtere livets påkjenninger, realisere våre evner, arbeide, lære og bidra til fellesskapet.

Psykisk helse handler ikke bare om velvære, men også om hele spekteret av tanker, følelser og handlinger – inkludert negative følelser som kan være viktige og hensiktsmessige i visse situasjoner (Falkum, 2024; Galderisi et al., 2015). Når vi gjenoppretter balansen i møte med utfordringer, bedres den psykiske helsen (Falkum, 2024; Karterud, 2023).

Den psykiske helsen omfatter vår evne til fornuftig tenkning, regulering av følelser, evnen til å bygge og bevare relasjoner til hverandre, og koordinere vår egen atferd (Holte, 2012). Psykisk og fysisk helse henger sammen, og påvirkes av biologiske, sosiale og kulturelle forhold (Braut, 2022; Mathisen & Sundgot-Borgen, 2022; Hem, 2021).

God psykisk helse og livskvalitet handler både om subjektiv tilfredshet og objektive forhold som trygghet og tilhørighet (Nes et al., 2021). Emosjonelt, psykologisk og sosialt velvære er alle viktige kilder til livskvaliteten vår (Falkum, 2024; Westerhof & Keyes, 2010). Folkehelseinstituttet (2024) peker på fem fremmende faktorer som gir oss livskvalitet: *at vi kan være oppmerksomme, aktive, lære, knytte bånd og gi til andre.*

Holte (2024) trekker frem syv psykiske helserettigheter som kan styrke psykisk helse, nemlig en rett til: *identitet, mening, mestring, tilhørighet, trygghet, deltakelse og fellesskap.* Å styrke disse på de arenaene vi lever livene våre kan fremme god psykisk helse og livskvalitet.

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, familien sin, 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 sammen med andre og oppleve 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 i 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. Mens 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 store 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 relasjon med andre, som med familien (Tesli et al., 2023). Lidelser kan forstås på ulike måter – som tradisjonelle kategorier eller dimensjoner med underliggende årsaker, som sammensatte plager som virker sammen, eller som reaksjoner på livssituasjon og samfunnsforhold – 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/eller 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. «De fungerer ofte som praktiske verktøy for å utløse rettigheter knyttet til behandling, oppfølging og sykemelding, snarere enn alltid å definere entydige biomedisinske sykdommer (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, samtaleterapi, 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 av både 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). 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 (Diez-Roux, 1998; Næss, 2004).

Det er sjelden én enkelt årsak til psykiske uhelse. Flere forhold kan henge sammen og forsterke hverandre – som økonomiske problemer, lite sosial støtte og utrygge boforhold – kombinert med traumatiske hendelser i oppveksten (Bøe, 2015; Folkehelseinstituttet, 2019). Psykisk helse påvirkes av mange faktorer som virker sammen over tid, på ulike områder i livet (Chow, Baldwin, & Bowes, 2024; Mæland, 2020, ss. 25 – 37).

Individnivå: Her handler det både om genetiske forutsetninger, alder, personlighet og individuelle livserfaringer. 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. Det samme gjelder diskriminering og lav tillit til myndigheter, som ofte henger sammen med utenforskap. (Bjørndal et al., 2023; Kirkbride et al., 2024).

Samfunnsnivå: Samfunnsstrukturer og politisk reform 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 mennesker i alle livsfaser (Holte, 2012). Over halvparten av psykiske lidelser debuterer før midten av tenårene, og 75 % før vi blir 25 år (Reneflot et al., 2018).

Psykisk helse i gjennom livsløpet

Ser man på personer i svangerskapet har opp mot 10–20 % psykiske plager som angst og nedstemthet (Norsk Psykiatrisk Forening, 2022; Jettestad et al., 2020). 15–20 % av barn og unge har psykisk uhelse som går utover livsutfoldelsen, der 7–13 % av dette kan være psykiske lidelser (Granlund, 2016; Bang et al., 2024). I alderen 15–30 år er forekomsten høyest (Bang et al., 2024). Hos voksne har 10–30 % psykiske plager og 16–22 % psykiske lidelser, særlig angst, depresjon og alkoholbrukslidelse (Tesli et al., 2023; Mykletun et al., 2009). Eldre har også en forekomst av psykiske plager (25–35 %) og lidelser (15–20 %), og man ser økning i ruslidelse gjennom alkoholbruk og/eller ved vanedannende legemiddelbruk (Oelze et al., 2022; Strand et al., 2023).

Sosiale helseforskjeller

Det er tydelige sosiale helseforskjeller i psykisk helse og livskvalitet. Lav inntekt og utdanning gir høyere risiko for plager og lavere livskvalitet (Helsedirektoratet, 2023). Risikoen øker for hvert trinn ned på den sosioøkonomiske stigen, også for ruslidelser (Lund & Bye, 2022; Bramness, 2022). Minoriteter er særlig utsatt grunnet diskriminering, fordommer, og rasisme. Utenforskap og minoritetsstress øker forekomsten av psykisk uhelse (Jalali-Moghadam, 2023; Nyheim-Jomisko, 2024).

Samfunnskonsekvenser

Psykisk uhelse koster samfunnet 340 milliarder kroner årlig, hovedsakelig fordi det rammer unge i arbeidsfør alder (Holte, 2024; Helsedirektoratet, 2015; Aldridge, 2023). I skolen bidrar psykiske plager til fravær og frafall – 25–50 % av høyt fravær skyldes angst eller depresjon (Havik, 2022). Psykisk uhelse står for 25 % av alt sykefravær nasjonalt (NAV, 2024), og 30 % i aldersgruppen 25–29 år. Angst og depresjon er hovedårsaker til langvarig fravær og nedsatt arbeidsevne (Myletun et al., 2009). Psykiske lidelser er også den vanligste årsaken til uføretrygd blant unge, men hvor bare 3 % av unge uføre har angst eller depresjon som hoveddiagnose (NAV, 2024), og vanligste diagnosene ved ung uførhet er utviklingsforstyrrelser og kognitive vansker (NAV, 2024).

Psykisk uhelse reduserer levealderen med 5–15 år, blant annet grunnet fysisk sykdom, ulykker og selvmord (Tesli et al., 2023). I 2023 tok 693 personer livet sitt – det høyeste registrerte tallet, der menn utgjorde 71 % (Folkehelseinstituttet, 2024). Rusrelaterte dødsfall har også økt: 363 narkotikarelaterte og 450 alkoholutløste dødsfall i 2023 (Gjersing, 2024; Folkehelseinstituttet, 2024).

Utsikter fremover

Folkehelseinstituttet forventer at psykiske lidelser vil forbli en stor, men stabil utfordring, mens ruslidelser vil øke – særlig blant unge med sammensatte behov (Folkehelseinstituttet, 2022; Hagen, Aarflot & Tjerbo, 2024). Utviklingen omtales som en 'yngrebølge': psykisk uhelse rammer stadig flere i arbeidsfør alder samtidig som antall eldre stige (Hagen T. P., 2023).



DEL 2: DET LOKALE UTFORDRINGSBILDET

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. I tillegg kan økt risiko og forekomst av psykisk uhelse være ujevnt fordelt 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 vedrørende bruk av rusmidler av koordinator for rus og krimforebyggende innsats i kommunen. Det foreligger ikke tall på nivået av psykiske 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 Kommunehelsestatistikken.

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 som er relevant for psykisk helse foreligger gjennom oppvekstprofilen og folkehelseprofilen, og kan gi et bilde av potensielle risiko- og beskyttelsesfaktorer i lokalsamfunnet vårt.



Lokale indikatorer forbundet med psykisk helse

Økonomi og inntekt for familier

Barnefattigdom (10,2 %) og andel familier som mottar sosialhjelp (13%) er indikatorer om økonomisk usikkerhet som kan påvirke barns og foreldres psykiske helse negativt.

Utdanning

Lav mestring på regning (35 %), avvik fra landsgjennomsnitt på grunnskolepoeng (41,4), relativt lav gjennomførings grad og høyt frafall fra videregående opplæring (73 %), indikerer utfordringer med tilrettelegging og tidlig innsats.

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

Arbeid og sosial deltakelse

Vestvågøy har større andel mottakere av uføreytelser i aldersgruppen 45-66 år en landet (19,9), 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 lokalsamfunnet.

Sosial trygghet og relasjoner

Mobbing (10 % på 7. trinn) 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 %).

Levevaner

Søvnproblemer er utbredt blant ungdom (32 %) som kan innvirke for psykisk uhelse. Tendens til lav fysisk aktivitet blant ungdom (31 % trener sjeldnere enn ukentlig) kan også innvirke på psykiske helse.

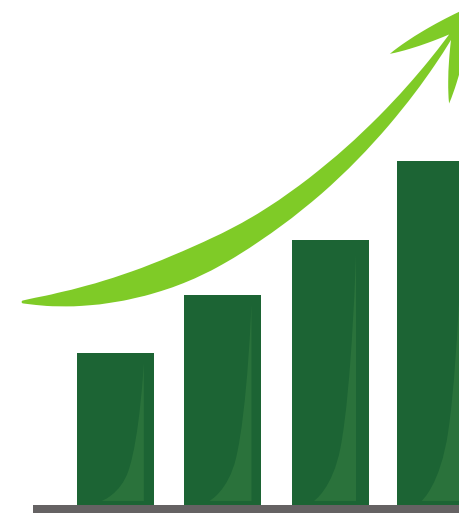
Skjermtid ligger på over fire timer daglig (51 %) er relativt høyt og man undersøker nasjonalt forbindelsen med psykisk helse, spesielt med tanke på hvilke deler av bruken som er relatert til psykisk uhelse.

Tilfredshet og psykiske plager

Tilfredshet med livet ser ut til å ligge på snitt for ungdommer (48%), samt for ungdommers tilfredshet med egen helse (67%) og for grad av psykiske plager (18%).

Helsetilstander

Overvekt og fedme er en utfordring for 32 % av 17-åringene i kommunen, og muskel- og skjelettsykdommer (323 per 1000) hos voksne kan redusere livskvaliteten og øke risikoen for psykisk helseplager. Andre sykdommer og tilstander kan også samvirke med den psykisk helse, i positiv og negativ retning.



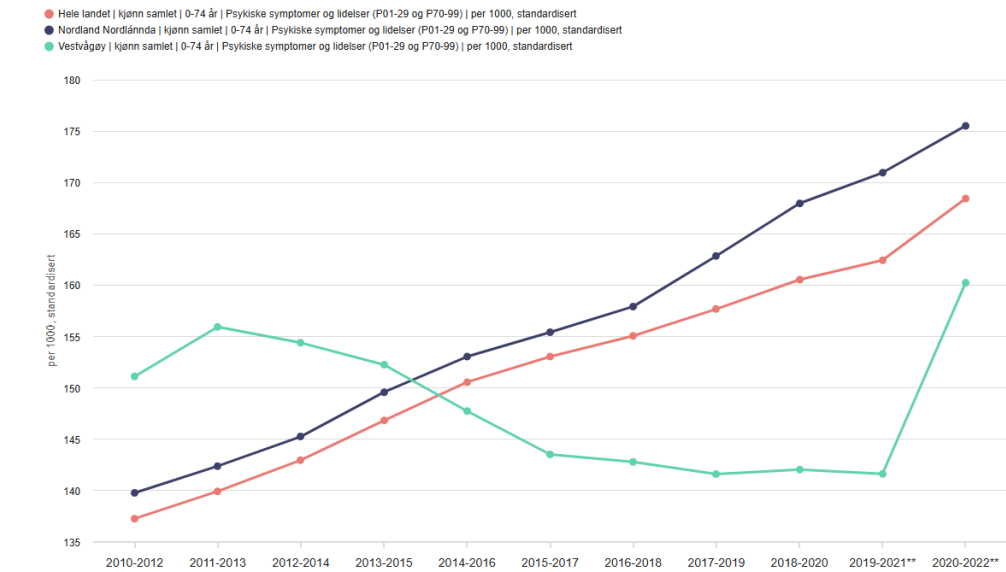
Utviklingen i Vestvågøy kommune

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 registrert et høyere nivå 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. For eldre aldersgrupper (45–74 år) er nivåene av psykiske lidelser og plager lavere, men nivået av angst- og depressive plager er høyere – 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.

Vestvågøy ligger ellers utenfor referanseverdiene for kommunene man er anbefalt å sammenligne seg med ved utbredte fenomener, slik som psykisk uhelse kan betegnes som.

<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: Andelen som har vært beruset siste år er på 8. trinn: 11%, 9. trinn: 12% og 10. trinn: 19%. 14 % totalt på ungdomstrinn var beruset siste år.
- Cannabis: Andelen som har brukt er 4 %, mens 13 % har fått tilbud (nasjonalt ca. 3–4 % brukt og 18 % tilbudt).

Videregående

- Alkohol: Andelen som har vært beruset siste år er Vg1: 51 %, Vg2: 69 % og Vg3: 74 %.
- Cannabis: Andel som har brukt er på henholdsvis 16 % av gutter og 14 % av jenter (nasjonalt ca. 13–18 %), mens andelen som har fått tilbud er 37 % på VG1, 38 % på VG2 og 44 % på VG3..

SLT-koordinator undersøkelsen (2024)

Ungdomsskole:

- 323 elever (80 % i alderen 13–15 år).
- 14 % følte press til å drikke.
- 4 % rapporterte cannabisbruk, 2 % andre rusmidler.
- Flere rapporterer at de kjenner noen som bruker narkotika. 7% mener det oppbevares på skolen, og 14 % har observert narkotika og omsetning

Videregående:

- 229 elever (100 % i alderen 16–19 år).
- 36 % følte press til å drikke.
- 14 % rapporterte cannabisbruk og 5 % brukte andre rusmidler.
- Flere rapporter at de kjenner noen som bruker narkotika, 14 % mener det oppbevares på skolen, og 21 % rapporterer observasjoner av narkotika og omsetning..

Begge undersøkelsene viser at rusmiddelbruk og drikkepress øker med alder. Elever i videregående skole rapporterer høyere forekomst enn elever på ungdomstrinnet. Alkohol er det mest utbredte rusmiddelet, selv om prosenttallene varierer noe.





Bruk av helsetjenester

- Det er økning av barn og unge i Vestvågøy som tar kontakt med kommunen for psykiske utfordringer og rusproblemer ifølge SINTEF-rapporteringen.

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 inngangsportale 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
Qltura
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
Frisklivssentralen
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 om plager innen angst og depresjon fremfor alvorlige diagnoser. Kvinner har gjennomgående høyere forekomst, men det er tegn til potensiell økning blant menn i eldre aldersgrupper.

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.
- 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.



Psyisk uhelse og arbeid

Tilfeller med sykemelding og andel arbeidstakere som er sykemeldt

Antall sykemeldinger med bakgrunn i psykiske lidelser, og andelen sykemeldte arbeidstakere grunnet psykisk uhelse, har økt mellom 2010 og 2023

Tapte dagsverk

Psyisk uhelse utgjør en stor andel av tapte dagsverk både nasjonalt og lokalt. I Vestvågøy kommune har dette økt fra 10 116 tapte dagsverk i 2010 til 21 634 i 2023. Etter muskel- og skjelettlidelser er psykiske lidelser den nest største årsaken til tapte dagsverk, og sto for 22,3% i 2020 og 27,8% i 2024

Uførhet

Psykiske lidelser var også den nest største årsaken til uførhet blant personer mellom 18 og 67 år. I 2017 sto psykiske lidelser for 28% av tilfellene lokalt – det siste året med tilgjengelig aldersspesifikk registrering. Blant unge voksne (18–29 år) utgjorde psykiske lidelser 65,2% av alle tilfeller av uførhet lokalt i 2020, og nivået har ligget høyere enn dette 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 av tjenester som Rask Psykisk Helsehjelp, Psykisk helse og rus og Møteplassen. I 2024 ble det registrert totalt 493 brukere.

Spesialisthelsetjenester:

- I 2023 ble det godkjent 152 henvisninger (mange flere ble henvist) til Voksenpsykiatrisk enhet (VOP), FACT-teamet og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra Vestvågøy. I 2024 økte antallet til 165 henvisninger gjennom de samme tjenestene.

Mangler i dagenes tjenestetilbud

- BrukerPlan-undersøkelsene (2018 og 2024) viser at kommunen fortsatt mangler både bemannede og ubemannede botilbud, samt ambulerende personell for personer med psykiske helse- og/eller rusutfordringer – noe som bidrar til marginale livsvilkår.
- Behovet for psykisk helse- og rustjenester blant eldre er ikke kartlagt for 2022 og 2023, til tross for økende andel eldre og synkende yrkesaktiv befolkning.
- Tjenestene er heller ikke godt nok tilpasset et mangfoldig og flerkulturelt samfunn, noe som er nødvendig for å sikre 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 frem mot 2050, er det ikke gjennomført systematisk kartlegging av psykisk helse og rusutfordringer blant eldre. Statistikk over p-diagnoser per 1000 innbyggere går kun opp til 74 år

Manglede forekomst tall

- Det finnes ikke lokale forekomstundersøkelser. 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 mangelfulle. Det finnes heller ikke data fra skolehelsetjenesten eller tall for ufrivillig skolefravær, noe som bidrar til et ufullstendig bilde av barns og unges psykiske helse. Dette gir et datagrunnlag som er skjevt med tanke på alder, og gir lav innsikt i behovene til andre aldersgrupper.

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 lokale data om rusmiddelbruk er fragmenterte 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. Det er også usikkerhet knyttet til hva som forklarer økningen eller forskjellen i antall psykiske diagnoser – dette kan skyldes bedre diagnostisering, økt åpenhet, faktisk økning i uhelse, eller en reell forbedring i psykisk helse. Fraværet av detaljerte data og variasjoner i fastlegers diagnostiseringspraksis gjør det vanskelig å vurdere utviklingen med presisjon.



DEL 3: MÅL, STRATEGIER OG TILTAK

Prinsipper for folkehelsearbeid og helsetjenester innen psykisk helsearbeid

Helsefremming handler om å styrke psykisk robusthet, sosial mestring og livskvalitet i befolkningen ved å fremme mening, tilhørighet og gode livsbetingelser – ikke bare å forhindre uhelse (Holte, 2017).

Forebygging retter seg mot å redusere risiko for psykisk uhelse før alvorlige problemer utvikles, gjennom universelle, selektive og indikerte tiltak (Holte, 2012, 2018; Compton & Shim, 2020). Selv om universelle tiltak har liten effekt for enkeltpersoner, kan de ha stor samlet effekt på befolkningsnivå, særlig når de kombineres med proporsjonale strategier som fremmer sosial rettferdighet og reduserer ulikhet (Holte, 2012, 2018, 2019, 2024; Mackenbach et al., 2013; Helsedirektoratet, 2023; Kirkbride et al., 2024).

Det er hensiktsmessig å prioritere helsefremmende tiltak da de øker det som er godt for oss, i tillegg til at de forebygger uhelsen. Det er også viktig å prioritere forebygging, da behandling reparerer lidelse som allerede har oppstått, mens forebygging forhindrer at det oppstår i utgangspunktet. Slike tiltak må forankres i et bredt folkehelseperspektiv, der psykisk helse forstås som et resultat av samspillet mellom individ, miljø og samfunn – og innsatsen må starte tidlig og være rettet høyt opp i årsakskjeden (“oppstrøms”-strategi) (Holte, 2019; Alegria et al., 2018; Dopp & Lantz, 2019; Dahl & Elstad, 2022; McMahon, 2021; Giæver, 2006).

Psykisk helsearbeid bygger på kunnskapsbasert praksis, individuell nytte og relasjonell kvalitet, med mål om å støtte personlig utvikling og tilpasning i samspill med kontekst og personlige verdier (Karterud, 2023; Høstmælingen, 2017; Øhlckers et al., 2023). Effekten av behandling handler ikke bare om metoder, men også om hvordan og i hvilken sammenheng den gis. Relasjonell kompetanse, tillit, tilbakemeldingskultur og evne til å møte hele mennesket er derfor avgjørende (Wampold & Imel, 2015; Høstmælingen, 2023).

Prinsippet om kvalitet i helsetjenestene bygger på en helhetlig forståelse, der hjelpen skal preges av; *virkningsfullhet* (at hjelpen virker etter hensikten), *trygghet* (at hjelpen minimerer risiko og skade), *brukersentrering* (at hjelpen er nyttig/relevant for den det gjelder), *tilgjengelighet* (at hjelpen gis når behovet oppstår), *rettferdighet* (at hjelpen er likeverdig fordelt uavhengig av bakgrunn og identitet), *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).

Selv om tilgang til evidensbasert behandling har økt, reduserer dette ikke nødvendigvis forekomsten av psykiske lidelser – og understreker behovet for en helhetlig tilnærming der behandling inngår som én del av et bredt folkehelsearbeid, hvor man prioriterer helsefremming og forebygging (Holte, 2012, 2018, 2019; Ormel et al., 2022).



Satsningsområdene

Satsningsområdet 1: Helsefremming og forebygging

Satsningsområdet 2: Hjelp og behandling

Satsningsområdet 3: Kompetanse, organisering og samhandling

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.	• Integrere kunnskap om psykisk helse i samfunnsplanlegging og arealutnyttelse, med vekt på «De syv psykiske helserettighetene», «Fem veier til hverdagsglede» og sosial bærekraft. • Innføre helsefremmende og styrkebaserte satsinger for sosial og emosjonell læring forankret i «De syv psykiske helserettighetene» i barnehager og skoler, der det stilles krav til både strukturkvalitet, prosesskvalitet og resultatkvalitet. • Etablere kommunen som en helsefremmende arbeidsplass, med vekt på «De syv psykiske helserettighetene» og «Fem veier til hverdagsglede». • Fremme aktiv samskaping, sikre «empowerment» og styrke ressurser i lokalsamfunnet for å skape meningsfulle aktiviteter og mobilisere for lokale fellesskap – blant annet for personer med psykiske helse- og/eller rusutfordringer.
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 lokalsamfunn	• Redusere sosioøkonomiske forskjeller og forebygge utenforskap gjennom å inkludere levekårsperspektivet i alle tiltak for å motvirke sosiale helseforskjeller. • 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. • Ha helhetlige og kunnskapsbaserte tiltak rettet mot psykososiale risikofaktorer på tvers av områder, med fokus på alle former for vold og overgrep, mobbing, ekskludering, rasisme og trakassering. • Sikre likeverdig tilgang til tjenester uavhengig av bakgrunn og/eller gruppetilhørighet. • Kvalitetssikre screening for psykisk uhelse og risikofaktorer i svangerskap og spedbarnsalder, med tilhørende tilgang til lavterskel psykiske helsetjenester.
Mennesker dør i selvmord	Ingen skal ta livet sitt	Ha en lokal nullvisjon for selvmord	• Utdanne instruktører i VIVAT (Førstehjelpskurs ved selvmordsfare) for å tilby kurs til ansatte i skoler, barnehager og kommunale tjenester. • Implementere undervisningsprogrammer i ungdoms- og videregående skoler for å redusere psykisk uhelse og selvmordsrisiko. • Kvalitetssikre førstehjelpsopplæring for ansatte i tjenester som gjeldsrådgivning og sosiale hjelpetiltak. • Styrke psykososial vurderingskompetanse i akuttberedskap og helsetjenester for å sikre rask igangsetting av tiltak. • Promotere og forbedre tilgangen til psykososial oppfølging og hjelp ved selvmordsproblematikk, psykiske helseutfordringer og rusrelaterte vansker.
Mennesker dør av rusrelaterte årsaker	Ingen skal dø av rusrelaterte årsaker	Ha en lokal nullvisjon for rusrelaterte dødsfall	• Promotere og forbedre tilgangen til psykososial oppfølging og hjelp for personer med rusutfordringer. • Tilby kurs om risiko ved rusbruk, inkludert opioider, farlige blandinger, toleranseendringer, risiko ved alenebruk og helseutfordringer. • Gjennomføre informasjonskampanjer som «SWITCH» og etablere stasjoner som deler ut rent brukerutstyr gratis. Heve kompetansen blant helsepersonell og brukere om tegn på overdose. • Tilby kurs i hjerte- og lungeredning samt opplæring og utdeling av Nalokson-spray for å motvirke overdoser.

Evaluering

Resultatmål

Livskvalitet

- For eksempel “Fornøydhet 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 et 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 for psykisk helsehjelp, med rask tilgang, individuelt tilpassede tilbud, høy fagkompetanse, og reell medvirkning på både individ- og systemnivå.	• Etablere en psykisk helsetjeneste med lav terskel for kontakt for alle aldersgrupper, med rask responstid og korte ventetider, i varierte formater som grupper, kurs, aktiviteter, samtaler og digitale løsninger. • Utvide og styrke tilbudet for barn og unge under 18 år, med selvstendige behandlingstilbud. • Bygge kompetanse innen mangfold, interkulturell ydmykhet, minoritetsstress og relevante kartleggingsmetoder. • Sikre at alle som yter psykisk helsehjelp har kunnskapsbasert kompetanse tilpasset sitt arbeidssted. • Etablere miljøterapeutiske samhandlingsteam for koordinert og helhetlig behandling for personer med sammensatte behov. • Implementere tilbakemeldingsverktøy som Feedback Informed Therapy (FIT). • Tilrettelegge for reell medvirkning gjennom modeller som «ROM». • Innføre jevnlig etisk refleksjon i praksis, forankret i menneskerettigheter og konvensjoner som FNs barnekonvensjon og CRPD.
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	• Sørge for tilgjengelige boliger i leiemarkedet, for eierskap og tilpassede boliger med eller uten bemanning. Inkludere fag- og erfaringskompetanse i planleggingen. • Planlegge utforming, plassering og tildeling av boliger med hensyn til helsefremmende nærmiljø og lokale tilbud. • Tildele boliger som forebygger tilbakefall etter utskrivelse fra behandling. • Innføre minstekrav til kunnskapsbasert og recovery-orientert praksis for personell i boliger og oppsøkende team. • Etablere 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 førstehjelps kompetanse, forebyggende og helsefremmende kompetanse, og behandlings kompetanse	<i>Minstekrav til kompetanse for risikofaktorer:</i> <i>Sikre grunnleggende kompetanse innen kartlegging, varsling og førstehjelp for å identifisere og håndtere risikofaktorer som:</i> <i>Vold, overgrep og omsorgssvikt</i> <i>Barn som pårørende</i> <i>Mobbing, ekskludering, diskriminering, trakassering og rasisme</i> <i>Selvmondsfare</i> <i>Rusbruk og foster-/egen livsrisiko</i> <i>Tidlig tegn på psykose og akutte psykiske helseutfordringer</i> <i>Gruppebaserte tiltak i tjenester som helsestasjon, skolehelsetjenesten og pedagogiske/sosiale tjenester:</i> <i>Universell og selektiv foreldreveiledning</i> <i>Sosioøkonomiske hjelpetiltak for familier og foreldre</i> <i>Forebyggende undervisning gjennom barnehage- og skole</i> <i>Kunnskapsbasert behandlingskompetanse i førstelinjetjenesten. Innføre krav til minst én transdiagnostisk, kunnskapsbasert tilnærming for tilstander som:</i> <i>Nedstemthet, depresjon og angstlidelser</i> <i>Traumelidelser og psykososiale stressorer i de sosiale omgivelsene, inkl kompetanse på minoritetsstress</i> <i>Sørvansker, utmattelse og energitap</i> <i>Begynnende spiseproblematikk</i> <i>Rusproblematikk og avhengighet</i> <i>Psykoeproblematikk og selvforstyrrelser</i> <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> <i>Recovery-perspektiv</i> <i>Familie- og levekårsperspektiv</i> <i>Mangfolds- og interkulturelt perspektiv</i>
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	<i>Tverrsektorielt folkehelsesteam: Ha et rådgivende organ med prinsippet "psykisk helse i alt vi gjør" for å integrere psykisk helseperspektiver i kommunal planlegging.</i> <i>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.</i> <i>Fleksible behandlingstilbud: Tilrettelegge for døgkontinuerlige og kompetente behandlingstilbud for tilbakefallsbehandling og miljøterapeutiske tiltak for personer med psykiske helse- og/eller rusutfordringer.</i> <i>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.</i> <i>Utvikling av samhandlingsteam: Videreføre FACT-modellen og opprette samhandlingsteam for barn, unge og familier i samarbeid med lokale helseforetak, eksempelvis gjennom "FACT-Ung"-modellen.</i> <i>Interkommunalt samarbeid: Fremme samarbeid mellom kommuner og helseforetak gjennom interkommunale satsninger, faste samarbeidsmøter og delte ressurser innen psykisk helse og rusfeltet.</i>

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 hjelp og dialog på mest hensiktsmessige og effektive måte	Ha oppdaterte digitale verktøy som gjør at ressursene går til å møte innbyggerens behov	• <i>Utvide digitale selvhjelpsprogrammer som «Assistert selvhjelp» og utforske VR-teknologi.</i> • <i>Bruke velferdsteknologi i opplæring og ferdighetstrening.</i> • <i>Forbedre digital kontakt med tjenester gjennom video, meldinger og brukervennlige bookingløsninger.</i> • <i>Etablere koordinatorsystemer, journalsystemer og timebookingsystemer spesifikt for 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 innbyggers 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 tilleggsprotokoller). 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, I., 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.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>

Giæver, 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_giaever.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. (2025). 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.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). Behandlingsmetoders 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.



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 Noreg. 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/norskpsykiatri/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., Kjelby, 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., & Øverland, 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. Geneve.

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>

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



Vestvågøy

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

