

Forvaltningsrevisjonsrapport 9-2026

Helhetlig oppfølging av ungdom med psykiske helseplager og rusutfordringer

Utarbeidet for kontrollutvalget i
Skjåk kommune

11. juni 2026
2026-639/MHR/GSL



Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet Helhetlig oppfølging-psykisk helse og rus, ungdom, som er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalget i Skjåk kommune.

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave som innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak (kommuneloven § 23-3).

Prosjektarbeidet er utført i perioden desember 2025 til mai 2026 av prosjektansvarlig forvaltningsrevisor Marie H. Rønshaugen. Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor har vært Guro Selfors Lund. Fagansvarlig leder for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll Ole I. Gjerald har kvalitetssikret rapporten.

Utkast til rapport er sendt kommunedirektøren til uttalelse. Svaret fra kommunedirektøren er vedlagt rapporten.

Vi ønsker å takke kommunen for et godt samarbeid!

Lillehammer, 11. juni 2026.

Marie H. Rønshaugen
Prosjektansvarlig revisor

Guro Selfors Lund
Oppdragsansvarlig revisor

Innholdsfortegnelse

Forord

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1. Innledning	1
1.1 Kontrollutvalgets bestilling	1
1.2 Formål og problemstillinger	1
1.3 Avgrensninger	1
1.4 Metode	2
1.5 Innledning til temaet	2
1.6 Kommunens organisering	6
2. Revisjonskriterier	8
2.1 Kilder for revisjonskriterier	8
2.2 Konkrete revisjonskriterier	9
3. Problemstilling 1 – data og vurderinger	11
3.1 Presentasjon av innhentede data	11
3.1.1 Fastlegens tjenester til ungdom	12
3.1.2 Psykisk helsetjeneste Skjåk og Lom	13
3.1.3 Helsestasjonstjenesten Skjåk og Lom	16
3.1.4 Kommunepsykologens rolle	28
3.1.5 Informasjon om helhetlig tjenestetilbud	29
3.2 Revisjonens vurderinger	33
3.2.1 Vurdering - kriterie 1	33
3.2.2 Vurdering - kriterie 2	35
3.2.3 Vurdering - kriterie 3	36
3.2.4 Vurdering - kriterie 4	36
4. Problemstilling 2 – data og vurderinger	38
4.1 Presentasjon av innhentede data	38
4.1.1 BTI-modell og ressursgrupper	38
4.1.2 Samarbeidsmøter- og strukturer på systemnivå og individnivå	41
4.1.3 Ansvar- og rolleavklaring	50

4.1.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	53
4.2 Revisjonens vurderinger	56
4.2.1 Vurdering - kriterie 5	56
4.2.2 Vurdering - kriterie 6	58
4.2.3 Vurderinger – kriterie 7	59
4.2.4 Vurderinger – kriterie 8	60
5. Konklusjoner og anbefalinger.....	63
5.1 Konklusjon	63
5.1.1 Problemstilling 1	63
5.1.2 Problemstilling 2.....	65
5.2 Anbefalinger.....	66
6. Litteraturliste	67
Vedlegg 1. Metode	69
Vedlegg 2. Utledning av revisjonskriterier	74
Vedlegg 3. Kommunedirektørens uttalelse.....	82

Sammendrag

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke i hvilken grad Skjåk kommune tilrettelegger for at ungdom med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus får nødvendig og samordnet hjelp. Revisjonen er avgrenset til ungdom i alderen 13–16 år, og omhandler «lette til moderate» psykiske helseplager og/eller rusutfordringer, som defineres som kommunens ansvar.

Den overordnede problemstillingen for revisjonen har vært:

I hvilken grad har Skjåk kommune lagt til rette for helhetlig oppfølging av ungdom som har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus?

For å belyse problemstillingen har revisjonen undersøkt følgende delproblemstillinger:

1. Har kommunen tilgjengelige tjenester og tiltak for ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer, i tråd med lovkrav og nasjonale anbefalinger?
2. I hvilken grad har kommunen etablert hensiktsmessige strukturer, rutiner og arenaer for samhandling mellom tjenester for ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer?

For å belyse problemstillingene har revisjonen innhentet informasjon fra flere kommunale tjenester som på ulike måter er involvert i oppfølgingen av ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, dybdeintervjuer og skriftlige intervjuer (spørrebrev). I tillegg er det gjennomført systematisk observasjon av tilgjengelig informasjon på kommunens nettsider og Skjåk kommunes nettside knyttet til samhandlingsmodellen «bedre tverrfaglig innsats» (BTI). Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden januar til april 2026.

Revisjonen har gjennomført dybdeintervjuer med informanter fra helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten, PPT, fastlegekontoret, psykisk helsetjenesten, og kommunepsykolog. Det er gjennomført skriftlige intervjuer (spørrebrev) med informanter fra Nav, barnevernstjenesten og skole. Revisjonen har gjennomgått styrende dokumenter, rutiner, samarbeidsavtaler og annen relevant dokumentasjon knyttet til kommunens arbeid med målgruppen.

Revisjonen har ikke undersøkt oppfølgingen av ungdom på individnivå, det vil si hvordan tjenestene fungerer for den enkelte ungdom. Det er derfor ikke innhentet erfaringer fra ungdommene selv eller deres familier, eller gjort undersøkelser av oppfølgingen i

enkeltsaker. Datamaterialet er vurdert opp mot revisjonskriterier utledet fra lovverk, forskrifter, nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og øvrige statlige føringer på området.

Alle intervjureferater er verifisert av informantene. Faktadelen av rapporten er gjennomgått av kommunalsjef for helse og meistring for kontroll av faktagrunnlaget.

Revisjonens funn, vurderinger og konklusjoner

Revisjonen konkluderer samlet sett med at Skjåk kommune har lagt til rette for helhetlig oppfølging av ungdom med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus. Undersøkelsen viser at kommunen i hovedsak har etablert tilgjengelige tjenester og tiltak for ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer i tråd med lovkrav og nasjonale anbefalinger. Revisjonen vurderer at ungdom i Skjåk har tilgang til et tjenestetilbud som samlet sett sikrer kartlegging/utredning, diagnostisering og behandling. Fastlegekontoret, helsestasjonstjenesten og psykisk helsetjeneste utgjør sentrale deler av dette tilbudet. Kommunen oppfyller også lovkravet om psykologkompetanse gjennom interkommunalt samarbeid om kommunepsykolog.

Funnene viser at helsestasjonstjenesten, og særlig skolehelsetjenesten, er særlig viktig for denne målgruppen. Tjenesten er lett tilgjengelig for ungdom gjennom høy tilstedeværelse ved barne- og ungdomsskolen i Skjåk. Ungdommene har her tilgang til drop-in- og oppfølgingsamtaler ved behov. Skolehelsetjenesten arbeider samtidig aktivt med forebygging og tidlig identifisering av psykiske helseplager gjennom ulike aktiviteter i skolen, og tett samarbeid med rektor og lærere. I tillegg er det etablert ordninger som gjør det enkelt for ungdom å ta kontakt når ansatte ikke er til stede på skolehelsekontoret.

Samtidig viser undersøkelsen at helsestasjonstjenesten opplever økt arbeidsmengde, større krav til kartlegging og dokumentasjon, samt perioder med kapasitetsutfordringer, som påvirker oppfølgingen de kan gi ungdommene. Revisjonen viser til at nasjonale fagmiljøer og offentlige undersøkelser har pekt på at omfattende individuell oppfølging av ungdom med psykiske helseplager er ressurskrevende og kan utfordre helsestasjonstjenestens kapasitet til å ivareta øvrige helsefremmende og forebyggende oppgaver.

Når det gjelder samhandling, viser undersøkelsen at det er etablert et nært samarbeid mellom tjenestene som følger ungdommene tettest, særlig mellom helsestasjonstjenesten og fastlegekontoret. Det er også etablert et tett samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen. Disse tjenestene har lav terskel for kontakt og samarbeider tett om oppfølgingen av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.

Samtidig viser undersøkelsen at det er behov for å videreutvikle de mer systematiske strukturene for samarbeid mellom alle relevante tjenester rundt målgruppen. Funnene viser at ressursgruppene, som tidligere var en arena for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid rundt barn og unge, har utgått. Samtidig viser undersøkelsen at BTI-modellen, som erstatter ressursgruppene, fortsatt er under implementering. Etter revisjonens vurdering understreker

dette betydningen av å videreføre implementeringen og forankre BTI-arbeidet, slik at kommunen har en tydelig og felles struktur for tverrfaglig samarbeid rundt målgruppen. Revisjonen vurderer det som viktig at alle relevante tjenester og aktører involveres i det videre arbeidet.

Funnene viser videre at det eksisterer systemmøter mellom relevante tjenester, men at disse i mindre grad benyttes til å drøfte problemstillinger knyttet til ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Etter revisjonens vurdering kan det være et potensial for å bruke disse arenaene mer aktivt til drøftinger, erfaringsdeling og utvikling av det helhetlige tjenestetilbudet til denne målgruppen. Undersøkelsen viser videre at informasjonsdeling knyttet til enkeltsaker er et sentralt tema i samarbeidet mellom tjenestene, og det pekes på utfordringer knyttet til taushetsplikt. Revisjonen vurderer at en felles forståelse av hvilken informasjon som kan deles innenfor gjeldende regelverk, er viktig for å sikre helhetlig oppfølging av målgruppen.

Funnene viser samtidig at det er enkelte forhold knyttet til rolle- og ansvarsforståelse overfor denne spesifikke målgruppen, som kan tydeliggjøres. Undersøkelsen viser blant annet at det er ulik forståelse mellom tjenestene av psykisk helsetjenestes rolle i oppfølgingen av ungdom under 18 år. Videre etterlyses tydeligere avklaringer av kommunepsykologens rolle og bidrag i arbeidet med barn og unge, særlig knyttet til veiledning overfor øvrige tjenester og deres arbeid. Funnene viser også at det er ønske fra enkelte tjenester om at både kommunepsykolog og psykisk helsetjeneste i større grad involveres i oppfølging av barn og unge og deres familier.

Undersøkelsen viser også at tjenestene står overfor krevende vurderinger knyttet til når ungdommenes psykiske helseplager går fra å være lette til moderate til å bli mer alvorlige og behandlingskrevende. Dette understreker betydningen av tydelige samarbeidsrutiner mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Funnene viser at helsestasjonstjenesten har etablerte samarbeidsrutiner og tilgang til veiledning fra spesialisthelsetjenesten (BUP), men at tilsvarende veiledningsmuligheter etterspørres av andre kommunale tjenester som arbeider med målgruppen og som står overfor slike vurderinger. Revisjonen vurderer det derfor som viktig at relevante tjenester har kjennskap til etablerte samarbeidsrutiner og tilgjengelige veiledningsmuligheter.

Nasjonale anbefalinger legger til grunn at kommunene bør ha en samlet og lett tilgjengelig oversikt over tjenester og tilbud til barn og unge og deres familier, inkludert informasjon om hvilke tjenester som finnes, hvordan de kan kontaktes, og hvor det kan søkes hjelp ved behov eller i akutte situasjoner. Funnene viser at kommunens informasjon om tjenestetilbudet er tilgjengelig på deres nettsider, men spredt på flere undersider og ikke samlet i én helhetlig oversikt. Samtidig er kommunen gjennom arbeidet med BTI-modellen i gang med å utvikle en slik digital oversikt.

Med bakgrunn i revisjonens vurderinger og konklusjoner anbefaler revisjonen at Skjåk kommune:

- i det videre arbeidet har oppmerksomhet på sårbarhet knyttet til helsestasjonstjenestens omfattende ansvar og sentrale rolle i oppfølgingen av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.
- viderefører arbeidet med å utvikle en helhetlig og lett tilgjengelig oversikt over tjenestetilbudet til ungdom med psykiske helse- og/eller rusutfordringer og deres familier
- viderefører arbeidet med implementering av BTI-modellen for å styrke systematikk i samarbeidet rundt ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer
- har oppmerksomhet på behovet for tydelige roller og ansvarsområder mellom relevante tjenester i oppfølgingen av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer
- arbeider for å skape felles forståelse knyttet til informasjonsdeling mellom tjenester i oppfølgingen av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer
- arbeider for at relevante tjenester har kjennskap til etablerte samarbeidsrutiner og veiledningsmuligheter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i oppfølgingen av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.



1. INNLEDNING

1.1 Kontrollutvalgets bestilling

I denne forvaltningsrevisjonen ser vi nærmere på Skjåk kommunes tjenester rettet mot ungdom med lette til moderate psykiske plager og/eller rusutfordringer. Innlandet Revisjon IKS har på bestilling fra kontrollutvalget utarbeidet en foranalyse og prosjektplan om temaet og hvordan en forvaltningsrevisjon kan innrettes. Kontrollutvalget behandlet foranalyse og prosjektplan i møte 12. mars 2025 og vedtok å bestille forvaltningsrevisjon på temaet. Revidert prosjektplan ble lagt fram for kontrollutvalget 1. oktober 2025, med ytterligere beskrivelser av prosjektets innretning.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad Skjåk kommune tilrettelegger for at ungdom som har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus får nødvendig og samordnet hjelp. Revisjonen har vurdert om kommunen har etablert hensiktsmessige strukturer, rutiner og samarbeidsarenaer for å kunne tilby helhetlig oppfølging.

Den overordnede problemstillingen for revisjonen er:

I hvilken grad har Skjåk kommune lagt til rette for helhetlig oppfølging av ungdom som har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus?

Problemstillingen utforskes ved bruk av to underproblemstillinger:

- 1) Har kommunen tilgjengelige tjenester og tiltak for unge med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusvansker, i tråd med lovkrav og nasjonale anbefalinger?
- 2) I hvilken grad har kommunen etablert hensiktsmessige strukturer, rutiner og arenaer for samhandling mellom tjenester for barn og unge med psykiske vansker og/eller rusvansker?

1.3 Avgrensninger

Revisjonen er avgrenset til ungdom i ungdomsskolealder, det vil si alderen 13-16 år. Når det gjelder psykiske helseplager og/eller rusutfordringer, er revisjonen avgrenset til lette til moderate utfordringer. Det er tjenester rettet mot lette til moderate plager som defineres som kommunens ansvar, imens moderate til alvorlige plager er spesialisthelsetjenestens ansvar (Helsedirektoratet, 2023). Denne avgrensningen innebærer at revisjonen ikke går i dybden på tjenester, samarbeid eller samhandling knyttet til ungdom med mer omfattende og

sammensatte tjenestebehov. Undersøkelsen er videre avgrenset til tjeneste- og systemnivå og omfatter ikke individrettet oppfølging. Det er derfor ikke innhentet informasjon fra ungdom eller deres familier.

1.4 Metode

For å belyse problemstillingene har revisjonen innhentet informasjon fra flere kommunale tjenester som på ulike måter er involvert i oppfølgingen av ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer i Skjåk kommune. Det er innhentet informasjon gjennom bruk av:

- dokumentanalyse
- intervjuer
- spørrebrev (skriftlige intervjuer)
- systematisk observasjon av tilgjengelig informasjon på kommunens nettsider.

Dokumentanalysen omfatter en gjennomgang av interne rutiner, prosedyrer og styringsdokumenter fra kommunale tjenester som kommunen har oversendt revisjonen. Det er gjennomført intervjuer med åtte personer (ledere og ansatte) fra ulike tjenester, samt innhentet skriftlige svar fra informanter i tre ytterligere tjenester gjennom spørrebrev. To av intervjuene ble gjennomført som gruppeintervjuer. I tillegg er det gjennomført en systematisk observasjon av informasjon som fremkommer på kommunens nettsider, samt en avgrenset analyse av én tjenestes bruk av sosiale medier.

En nærmere redegjørelse for metodebruk, utvalg av informanter, vurderinger knyttet til utvalget og analyseprosessen er vedlagt rapporten (vedlegg 1).

1.5 Innledning til temaet

Nasjonale kartlegginger og studier

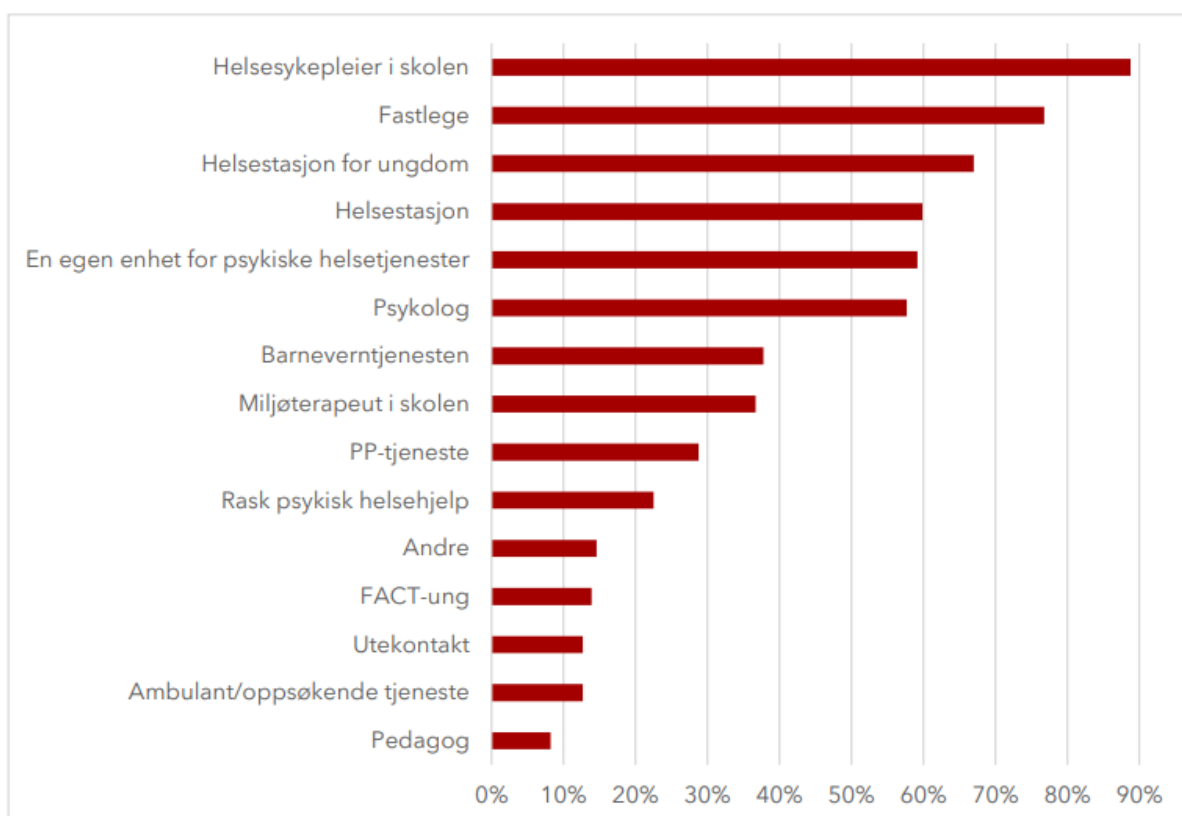
Ungdommers psykiske helse, samt utfordringer knyttet til rus i ungdomsårene, har de siste årene vært mye omtalt, og er et område som mange norske kommuner jobber aktivt med å finne gode løsninger på. Den økende interessen for dette temaet har blant annet bakgrunn i at forekomsten av psykiske plager og rusutfordringer hos ungdom ser ut til å ha økt jevnlig de siste 10–15 årene (Bakken, 2020; Eriksen, 2020). Norske befolkningsbaserte studier basert på kliniske intervjuer med barn, viser en økning i forekomsten av både angstlidelser og depressive lidelser fra 4 til 14 år (Morken et al., 2021; Steinsbekk et al., 2022).

Det fremkommer imidlertid av undersøkelser at psykisk helse- og rustjenester for barn og unge i norske kommuner er lite tilgjengelige og hvem som har ansvaret for denne gruppen er ofte uavklart. En rapport gjennomført av SINTEF (Ose & Kaspersen, 2023) viser at under halvparten av kommunene har tydeliggjort hvem som har ansvar for oppfølging og

behandling av barn og unge med psykiske plager og/eller lidelser. Riksrevisjonen gjennomførte i 2025-2026 en undersøkelse som blant annet konkluderer med at:

- 1) Det er for store forskjeller i tilbudet barn og unge med psykiske plager og lidelser får i kommunene
- 2) kommunene legger et stort ansvar på helsesykepleierne, selv om disse verken har mandat eller kapasitet til å behandle barn og unge med psykiske plager og lidelser
- 3) Tilbudet til mange barn og unge er ikke tilstrekkelig koordinert og helhetlig
- 4) Svakheterne i de psykiske helsetjenestene kan ha store konsekvenser

Ifølge Riksrevisjonens undersøkelse oppgir over 90 prosent av kommunene at det er helsesykepleierne som behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser i kommunen. Deretter rangeres fastlege og helsestasjon for ungdom (se figur 1).

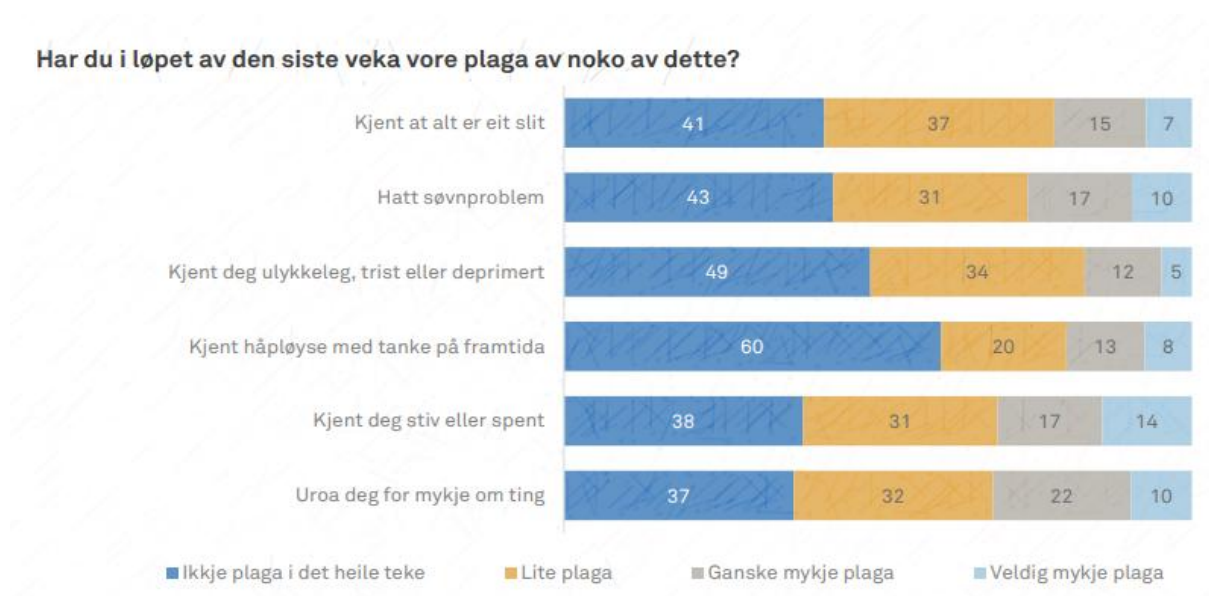


Figur 1. Hvem i kommunen behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser? (Riksrevisjonen, 2026, s. 20)

Videre viser flere tilsyn og undersøkelser, blant annet *Svikt og svik* (NOU 2017:12), at mangelfullt samarbeid mellom tjenester kan få alvorlige konsekvenser for barn, unge og deres familier. I flere saker har det kommet frem at viktig informasjon ikke ble delt mellom sentrale tjenester som barnevern, skole, barnehage, helsevesen, politi og pedagogisk-psykologisk tjeneste. Dette førte til at nødvendige tiltak ikke ble iverksatt tidlig nok.

Ungdommenes utfordringer i Skjåk

Det ble gjennomført ungdata undersøkelser i Skjåk i mars/april 2024 på 8. til og med 10. trinn. Det var 45 elever som svarte på undersøkelsen. Fra denne undersøkelsen fremkommer det at 40 prosent av respondentene har vært i kontakt med helsesykepleier på skolen i løpet av det siste året, imens 15 prosent av respondentene har vært i kontakt med helsestasjon for ungdom. 19 prosent av guttene og 15 prosent av jentene oppgir å ha hatt psykiske plager de siste syv dagene. Figur 2 under viser andel respondenter som opplevde ulike former for plager i løpet av den siste uken. Figuren viser prosentandel som opplevde plager i fire graderinger: «Ikke plaga i det heile teke», «Lite plaga», «Ganske mykje plaga» og «Veldig mykje plaga».



Figur 2. Ungdommenes opplevelser knyttet til psykisk helse (Ungdata Skjåk 2024).

Alkohol er fortsatt det vanligste rusmiddelet blant ungdom, og i Skjåk ser man en økning i andelen som oppgir å ha vært ruset på alkohol det siste året – fra 24 % i 2015 til 37 % i 2024. Dette er vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet på 13 %. Bruken av cannabis (5 %) ligger noe over den nasjonale andelen (4 %), men tallene er små og bør tolkes med forsiktighet (Ungdata, 2024).

Det var kjent for alle tjenestene som ble kontaktet i forbindelse med revisjonen at Ungdataundersøkelsen viser høyere alkoholbruk blant ungdom i Skjåk enn landsgjennomsnittet. Dette beskrives som en utfordring som har vært kjent over tid. Tidlig rusdebut beskrives også som bekymringsfullt, blant annet fordi det ofte settes i sammenheng med psykiske vansker senere i livet.

Det beskrives som krevende å få en sikker oversikt over bruk av illegale rusmidler. Politiet rapporterer i liten grad om lokale funn eller beslag. Eventuelle tegn på mer alvorlig bruk,

som sosial isolasjon og funksjonssvikt, vurderes ikke som fremtredende i Skjåk. Ungdata viser noe høyere rapportert cannabisbruk, men dette samsvarer i begrenset grad med praksiserfaringene.

I intervjuene fremkommer det at rusmiddelbruk i liten grad er et tema ungdommene søker hjelp for, og at slike utfordringer i begrenset grad kommer til uttrykk i kontakten mellom ungdom og tjenester.

Når det gjelder psykisk helse, påpekes det at datagrunnlaget for å kunne si noe sikkert om situasjonen i Skjåk er begrenset. Dette knyttes blant annet til små befolkningstall, metodeutfordringer og anonymitetskrav som gjør at enkelte svarkategorier faller bort. Det beskrives som vanskelig å identifisere klare endringer over tid gjennom praksiserfaring. Samlet sett pekes det på at det derfor er krevende å få en presis oversikt over både omfang og type psykiske helseutfordringer blant ungdom i Skjåk, og at situasjonen i hovedsak antas å være sammenlignbar med nabokommuner, regionen for øvrig og nasjonale forhold.

Ønsket retning i Skjåk

Strategisk plan for helse- og omsorgstjenestene i Skjåk kommune 2023–2030¹ viser ønsket retning fram mot 2030. Planen er forankret i kommuneplanens samfunnsdel, nasjonale føringer og lokale behov, og legger opp til at kommunen skal møte fremtidige helse- og omsorgsutfordringer med tydelig fokus på forebygging, tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid. Planen viser hvordan Skjåk kommune ønsker å sikre gode, helhetlige psykiske helse-tjenester gjennom styrket satsing på forebygging, samarbeid og lokal kompetanse, uavhengig av om innbyggerne står i en akutsituasjon, har et langvarig behandlingsbehov eller kun trenger råd og oppfølging i en kortere periode. Planen peker blant annet på at kommunen ønsker å:

- tidlig identifisere psykiske plager hos barn og unge gjennom tett kontakt mellom helsestasjon, skolehelsetjeneste, barneverntjeneste og andre oppveksttjenester.
- etablere gode rutiner for samarbeid mellom tjenestene og tydelige ansvarsfordelinger mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.
- satse på kompetanseutvikling blant ansatte i psykisk helsetjeneste, slik at brukere kan utredes, følges opp og behandles for lette til moderate psykiske lidelser lokalt.
- vurdere både utvikling av egne bofellesskap og samarbeid med nabokommuner for å dekke behov for døgnbemannede tilbud til de som trenger det.

Skjåk kommune har også vedtatt en forebyggende oppvekstplan², vedtatt i kommunestyret i oktober 2023, som skal sikre at alle barn og unge får trygge og inkluderende

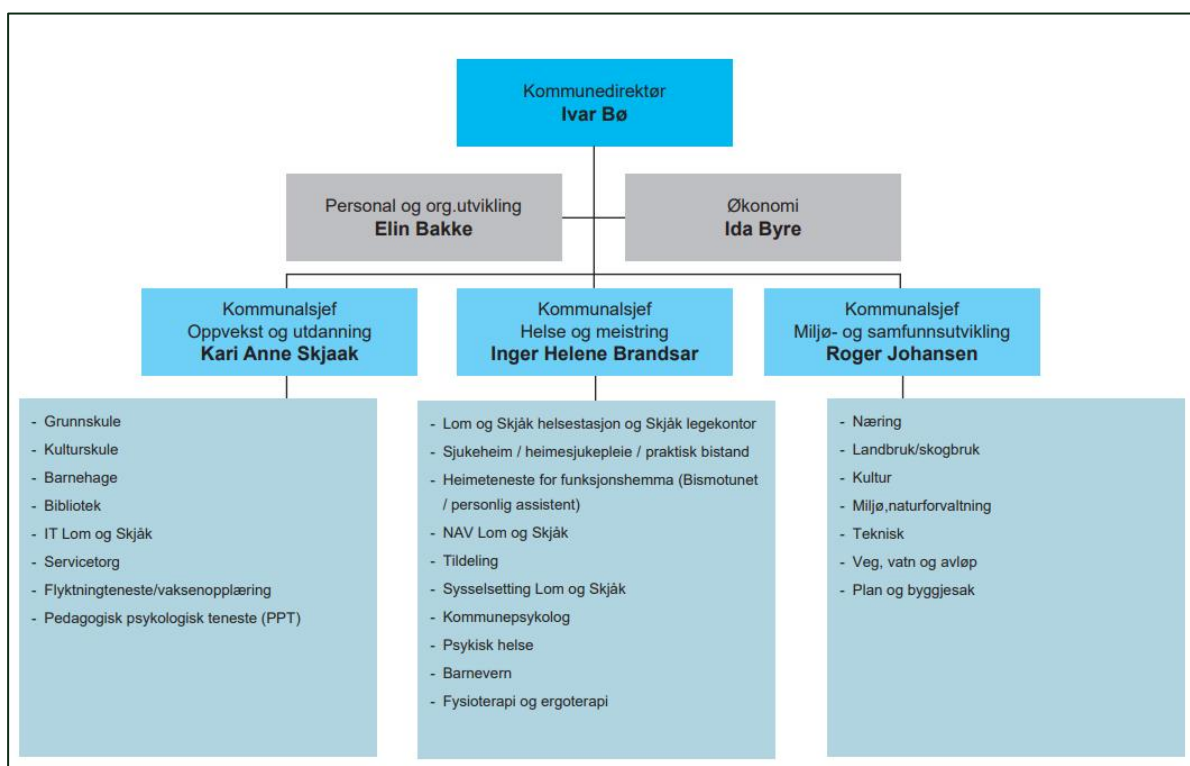
¹ <https://www.skjaak.kommune.no/tenester/helse-og-meistring/helse-og-omsorgsplan-2023-2030/>

² <https://www.skjaak.kommune.no/tenester/skule-og-barnehage/forebyggande-oppvekstplan-for-skjak-kommune/>

oppvekstvilkår, og at familiene deres får riktig støtte til riktig tid. Planen er politisk forankret og bygger på oppvekstreformen og annet gjeldende lovverk. Planen vektlegger at Skjåk kommune blant annet skal ha enkle, forutsigbare rutiner for samarbeid på tvers av tjenester (barnehage, skole, helsestasjon, barnevern, PPT osv.), digitale løsninger som skal legge til rette for effektiv deling av relevant informasjon. I tillegg vektlegges det at alle ansatte i kjernetjenestene skal ha kunnskap om hvordan man bygger trygge relasjoner og oppdager psykiske helseplager tidlig.

1.6 Kommunens organisering

Figur 3 under viser hvordan kommunen er organisert. Tjenestene som inngår i denne forvaltningsrevisjonen, er fordelt på de to tjenesteområdene «Helse og meistring» og «Oppvekst og utdanning» (se informasjon om informanter i kapittel 2 om metode).



Figur 3. Organisasjonskart, Skjåk kommune (hentet 07.04.26 fra Skjåk kommunes nettsider).

I Nord-Gudbrandsdalen er det utstrakt bruk av vertskommunesamarbeid. Det innebærer at én kommune (vertskommunen) har administrativt og faglig ansvar for en tjeneste på vegne av flere kommuner. Deltakerkommunene skal like fullt følge med på hvordan vertskommunen utøver ansvaret, for det er deltakerkommunen selv som må forsikre seg om at kommunens innbyggere får de tjenestene de har krav på.

Vertskommunesamarbeid gjelder for flere av tjenestene som er involverte i denne revisjonsrapporten. For psykisk helsetjeneste Lom og Skjåk er Lom vertskommune, for helsestasjons-tjenesten Lom og Skjåk, er Skjåk vertskommune. Kommunepsykolog er ansatt for Vågå,

Lom og Skjåk gjennom et interkommunalt samarbeid, med Lom som vertskommune. PPT Nord-Gudbrandsdalen (pedagogisk psykologisk tjeneste) er en felles regional tjeneste for de seks Norddalskommunene, med Sel som vertskommune, og hovedkontor på Otta. For Nav Lom-Skjåk er Skjåk vertskommune. Barnevernstjenesten er en interkommunal tjeneste for kommunene Sel, Lom, Skjåk og Vågå, der Sel er vertskommune. Fastlegekontoret er ikke organisert gjennom vertskommunesamarbeid.

2. REVISJONSKRITERIER

I en forvaltningsrevisjon skal revisjonen utlede revisjonskriterier. Revisjonskriterier kan utledes fra lover, forskrifter, retningslinjer, kommunale vedtak og faglige standarder som sier noe om hvordan virksomheten skal drives. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisjonens vurderinger.

Revisjonskriteriene skal være autoritative, det vil si at de er basert på anerkjente og etterprøvbare kilder, relevante for revisjonens problemstillinger og gyldige på det tidspunktet revisjonen gjennomføres. Kravet om autoritative kilder følger NKRFs standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001), som presiserer at revisjonskriterier skal ha klar forankring i formelt vedtatte eller allment anerkjente normer.

Forvaltningsprosjektet skal undersøke *i hvilken grad Skjåk kommune legger til rette for helhetlig oppfølging av ungdom som har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus.*

For å undersøke dette benytter vi lover, nasjonale veiledere og faglige retningslinjer som er aktuelle for tematikken som grunnlag for våre revisjonskriterier. For utdyping av forskjellene mellom disse dokumenttypene viser vi til Helsedirektoratets beskrivelser av deres normerende produkter.³ I tillegg har vi benyttet en rapport og noe faglitteratur for å forstå krav om behandling og diagnostisering, og for utdypelse av samordning og samhandling knyttet til temaet. Vi viser her en oversikt over dokumentene som ligger til grunn for våre revisjonskriterier, samt de konkrete revisjonskriteriene som vi vurderer kommunens praksis opp mot.

2.1 Kilder for revisjonskriterier

Lover og forskrifter

- Helse- og omsorgstjenesteloven (kapittel 6, §§ 3-1 og 3-2)⁴ med forarbeider.
- Barnevernsloven (§ 15-8)⁵
- Opplæringsloven⁶ (kapittel 16 m. forarbeider, § 24-1.)
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten⁷ (§§§ 4, 5 og 6.)
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene, § 10

³ <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-krav-og-anbefalinger/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#nasjonalefagligeraad>

⁴ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

⁵ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>

⁶ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2023-06-09-30>

⁷ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

Sentrale nasjonale føringer

- Rundskriv om barnevern og helse- og omsorgstjenester – samarbeid til barnets beste, utgitt av Helsedirektoratet i 2015, og faglig oppdatert i 2025⁸
- Nasjonal faglig retningslinje om tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge (2019)⁹
- Nasjonal veileder: Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier (2022)¹⁰.
- Nasjonal faglig retningslinje om helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom¹¹
- Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge¹²

Faglitteratur og rapporter

- Norsk psykologforenings utdypelser av diagnostisering i helsepersonelloven.
- Fagartikkelen med tittel «Helsesykepleiere driver utstrakt psykisk helsearbeid» skrevet av Lisbeth Gallefoss og Kirsten Gudbjørg Øen og publisert i tidsskriftet Sykepleien i 2023.
- Forskningsrapporten «Trøbbel i grenseflatene» utgitt av Fafo i 2020, som undersøker kommuners helhetlige innsats overfor utsatte barn og unge.

2.2 Konkrete revisjonskriterier

Med bakgrunn i kildene som er beskrevet over har vi utarbeidet følgende revisjonskriterier:

Kriterier problemstilling 1:

1. Kommunen skal gjennom organisering og styring sikre at ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer får nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder
 - a) sikre tilbud om utredning, diagnostisering, og behandling
 - b) sikre tilgjengelig helsestasjonstilbud til ungdom, herunder skolehelsetjeneste
 - c) sikre psykologkompetanse

⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/barnevern-og-helse-og-omsorgstjenester--samarbeid-til-barnets-beste>

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier>

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

¹² <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>

2. Helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten, skal drive kartlegging av risiko for psykiske vansker og rusutfordringer hos ungdom, sørge for tilbud om nødvendig oppfølging og hjelp, samt gi råd og veiledning om psykisk helse tilpasset ungdommens behov
3. Helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten, bør ha et drop-in tilbud, og tilby oppfølgende samtaler til ungdom ved behov
4. Informasjon om kommunens helhetlige tjenestetilbud bør gjøres lett tilgjengelig for ungdom og deres familie.

Kriterier problemstilling 2:

5. Kommunale tjenester som jobber med ungdom skal ha etablerte samarbeidsstrukturer på systemnivå og i enkeltsaker
6. Kommunale tjenester som jobber med ungdom bør ha avklart hverandres roller og ansvarsområder overfor målgruppen
7. Samarbeid mellom kommune og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) bør skje gjennom faste samarbeidsmøter og utarbeiding av samarbeidsrutiner
8. Kommunen bør ikke ha glippsoner i helsetjenestetilbudet som kan føre til at ungdom med psykiske helse- og/eller rusutfordringer ikke mottar hjelpen de har behov for.

Den fulle utledningen av revisjonskriteriene er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

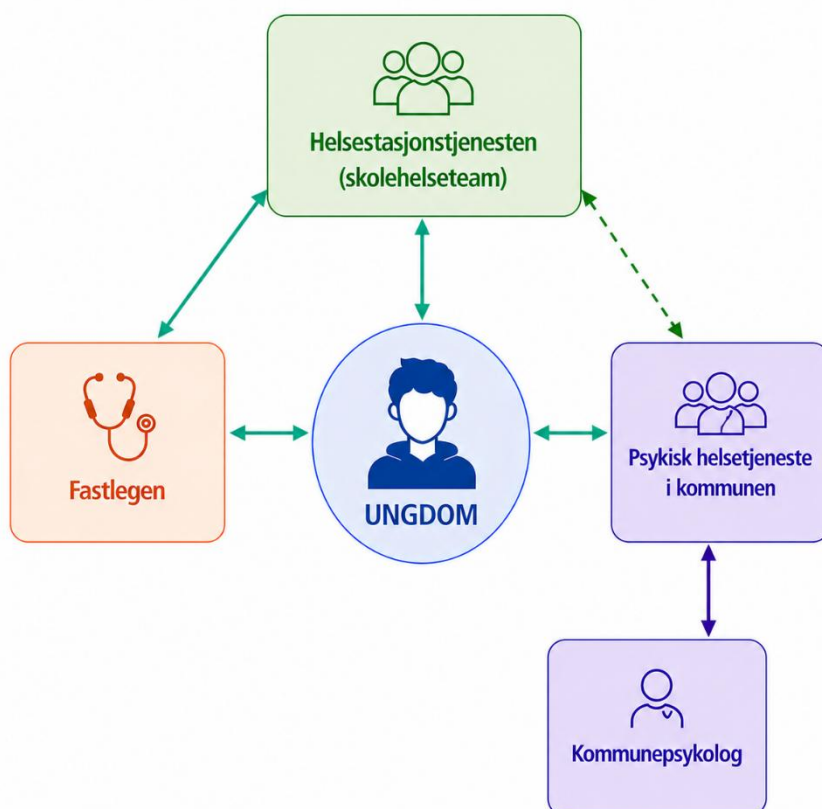
3. PROBLEMSTILLING 1 – DATA OG VURDERINGER

3.1 Presentasjon av innhentede data

I dette kapitlet presenteres revisjonens funn knyttet til problemstilling 1, som omhandler om kommunen tilbyr tilgjengelige tjenester og tiltak til ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusvaner, i tråd med lovkrav og nasjonale anbefalinger.

Tjenester som gir direkte oppfølging

I presentasjonen av funn knyttet til problemstilling 1 redegjøres det for tjenester som gir direkte helsefaglig oppfølging av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Disse tjenestene er illustrert i figur 4.



Figur 4. Tjenester som gir direkte helsefaglig oppfølging til ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Figuren er basert på informasjon som framkommer av det innhentede datamaterialet.

3.1.1 Fastlegens tjenester til ungdom

Organisering og informasjon om tjenesten

Ifølge kommunens nettsider har Skjåk kommune legekontor lokalisert på kommunehuset i Bismo og det er oppgitt adresse. På nettsiden er det oppgitt kontaktinformasjon, og det fremgår at pasienter kan bli vurdert for time samme dag ved telefonhenvendelse. Det står også oppgitt telefonnummer og adresse til legevakt ved behov for legehjelp i helg eller helligdager.

På nettsiden står det beskrevet at legekantoret er bemannet med fire leger, samt en LIS1-lege (turnuslege) fra 1. september 2025. Gjennom intervju får revisjonen opplyst at kontoret per i dag består av 3,2 årsverk fordelt på fire leger i 80 prosent stilling.

Revisjonen har ikke mottatt, eller gjennom søk i Compilo funnet, interndokumentasjon som beskriver fastlegenes tjenester overfor ungdom med lette til moderate helseplager eller rusutfordringer. Gjennom intervju er det stilt spørsmål om dokumentasjon som beskriver tilbud og praksis overfor denne gruppen, og det bekreftes her at slik dokumentasjon ikke foreligger.

Utredning, diagnostisering og behandling

Fastlegene beskriver i intervju at de tilbyr *behandling* av lette til moderate psykiske helseplager hos ungdom. Behandlingen blir gitt gjennom kognitiv samtaleterapi, og de utdyper at dette er en del av deres kompetanse som fastleger. De utdyper at lettere psykiske helseplager inngår i ungdommenes følelsesregister, og at det blir deres oppgave å *kartlegge* ungdommenes plager. De må bidra til å skille normale menneskelige følelser fra patologiske symptomer som trenger ytterligere oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder medisinerings av psykiske lidelser hos unge, henviser de alltid til spesialisthelsetjeneste. Hyppighet av samtaler hos fastlege avhenger av problemstilling og alder, men de opplyser at kontoret har fleksibilitet til å tilby samtaler ukentlig ved behov, eller for eksempel annenhver gang i samarbeid med helsestasjonen.

Informantene mener imidlertid at hovedtyngden av ungdommene med lette til moderate psykisk helseplager går i samtaler hos helsestasjonen, men at de også har en del ungdom som kommer til dem for samtaler. Fastlegene beskriver at kapasiteten er begrenset, men oppfølging av ungdom med psykiske helseplager prioriteres høyt hos dem. De utdyper imidlertid at det er ingen som går ukentlig i samtaler hos fastlegen over veldig lange perioder, men behovet vurderes individuelt.

Fastlegene har på bakgrunn av sin profesjon både ansvar for og kompetanse til å stille diagnoser. Det utdypes imidlertid i intervju at de har lav terskel for å henvise barn og unge til spesialisthelsetjenesten for videre oppfølging, spesielt dersom det foreligger underliggende diagnoser, som ADHD, eller hvis ungdommene har opplevd manglende omsorg

eller neglekt. De forklarer at disse kan ha milde plager, men behov for medisiner, og at målet er å få dem diagnostisert hos spesialisthelsetjenesten så raskt som mulig.

«Lavterskel» legekontor

Det fremkommer i intervju med helsestasjonstjenesten (tre ansatte) at fastlegekontoret betraktes som en lavterskeltjeneste, fordi den oppleves som såpass *lett tilgjengelig*. Ungdom kan selv ta kontakt og få time raskt, eller foreldre kan gjøre det på deres vegne. De utdyper at mange ungdommer også får hjelp av dem til å bestille time hos fastlegen, og opplever at fastlegene prioriterer disse ungdommene.



«jeg tenker absolutt at fastlegen er en lavterskeltjeneste hen» (helsesykepleier).

De ansatte i helsestasjonstjenesten har erfart at ungdommer får time hos fastlegen samme dag når situasjonen vurderes som alvorlig.

Det fremkommer i intervju med fastlegene at helsetjenestene i Skjåk generelt har et godt rykte, og at dette er viktig for at ungdommer, og andre, skal ta kontakt når de trenger hjelp. De beskriver at det er flinke folk i tjenestene, som er gode på relasjon og på å få folk til å føle seg ivaretatt.

3.1.2 Psykisk helsetjeneste Skjåk og Lom

Organisering og informasjon om tjenesten

På kommunens nettsider står det beskrevet at Skjåk kommune har kommunal psykisk helsetjeneste, som er organisert gjennom vertskommunesamarbeid med Lom kommune. Det står beskrevet at tjenesten holder til i kommunehuset i Bismo i Skjåk, men det oppgis imidlertid ikke adresse. Tjenesten beskrives på nettsiden som et *lavterskeltilbud*. Tjenesten er gratis, og du kan selv ta kontakt eller få henvisning fra fastlege eller andre. Arbeidstiden er på hverdager mellom 08.00 og 15.30. Det fremgår at brukere selv kan ta kontakt med tjenesten via telefon eller e-post til tjenesteleder, med direktelenker til begge. Det fremkommer at fastlege også kan henvise, eller brukeren kan få hjelp fra andre til å ta kontakt.

Gjennom intervju med leder av tjenesten utdypes det at tjenesten har vært organisert gjennom vertskommunesamarbeid siden 2004. Lom kommune er arbeidsgiver for tjenesten, men de har kontorplass både i Lom og i Skjåk. Videre beskrives det at tjenesten reiser ut ved behov, enten på hjemmebesøk eller for å møte brukerne der de er. Informanten beskriver at tjenesten er fleksibel på dette.

Tjenesten består av tre hele stillinger. To ansatte har videreutdanning i psykisk helsearbeid, og den tredje er i ferd med å fullføre denne utdanningen. Lederstillingen brukes i hovedsak til pasientoppfølging.

Informanten beskriver at tjenesten er et lavterskeltilbud.

Tjenestens tilgjengelighet for ungdom

På Skjåk kommunes nettsider er målgruppen for tjenesten beskrevet slik:

- «Målgruppe er alle fra ungdomsskulealder og oppover som bur eller oppheld seg i Lom eller Skjåk.
- Dei vanlegaste problemstillingane er angst, depresjon, stress, rus eller samansette helsevanskar som gjer at du har vanskar med å fungere godt i det daglege, både på arbeid og heime.
- Livskriser, akutte hendingar/sjukdom kan gjere at du treng nokon å snakke med ang din situasjon, hjelp til å sortere, nyorientering.
- Vi kan også yte teneste til ungdom, frå ungdomsskulealder og oppover til ungdom på stress, forventningspress, mistilpassing, konflikter eller anna som grip om seg i kvardagen.»

I gjennomgått «Prosedyre for psykisk helse Lom og Skjåk» står det også at tjenesten gjelder «alle fra ungdomsskulealder og oppover som bur eller oppheld seg i Lom eller Skjåk og som tek kontakt eller vert henvist». Tjenesten er dermed også her beskrevet å være rettet mot ungdom, og det står presisert at tjenesten skal fungere som et *lavterskeltilbud* der den enkelte selv kan ta kontakt uten henvisning. Prosedyren utdyper at lavterskel innebærer direkte hjelp uten ventetid eller lang saksbehandling, med høy grad av brukerinvolvering og tilpasning til brukernes ønsker og behov, samt at den skal være gratis.

Revisjonen har intervjuet leder av psykisk helsetjeneste for utdypende beskrivelser av tjenestens tilbud overfor ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og /eller rusutfordringer. Informanten utdyper at de for en god del år siden åpnet opp også for ungdom i ungdomsskulealder, selv om ansvaret i utgangspunktet ligger hos de over 18 år. Informanten beskriver at ansvaret for oppfølging av barn og unge tradisjonelt ligger hos helsestasjonstjenesten, og at dette fortsatt er gjeldende praksis. Videre beskrives det at psykisk helsetjeneste i Lom og Skjåk, så vidt informanten kjenner til, er den eneste tjenesten i Nord-Gudbrandsdalen som har åpnet opp for ungdom fra ungdomsskulealder. Beslutningen om å åpne opp ble tatt fordi noen ungdommer ikke nødvendigvis ønsket å prate med helse-sykepleier ved skolehelsetjenesten, og at det derfor var behov for et tilbud utenfor helsestasjonstjenesten. Videre beskrives det at noen foreldre også ønsket et slikt tilbud. Det utdypes at behovet opprinnelig ble observert i Lom, der tilgjengeligheten på skolehelsetjenesten har vært lavere enn i Skjåk. Informanten beskriver også at tjenesten alltid har hatt en mannlig ansatt, og at dette kan være formålstjenlig for enkelte ungdommer.

Det utdypes at tjenesten opplever det som hensiktsmessig å tilby tjenester også til ungdom, og at tjenesten fungerer som et *supplement* til eksisterende tilbud.

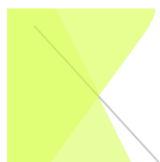
Diagnostisering, utredning og behandling

På nettsiden til Skjåk kommune står det beskrevet, under «psykisk helsetjeneste», at «forebygging, kartlegging og behandling skal ta utgangspunkt i brukerens kunnskap, ønsker og mål». Videre beskrives det at «hos oss får du en helhetlig kartlegging med fokus på psykisk helse».

Revisjonen har gjennomgått dokumentet «Prosedyre for psykisk helse Lom og Skjåk».

Dokumentet beskriver interne arbeidsprosedyrer og retningslinjer for henvisning og inntak av pasienter, kartleggingsamtale, behandlingsplan/avslutning, individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator, oppfølging av pårørende og ivaretagelse av barn som pårørende, journalføring og dokumentasjon, samt rutiner når pasienten ikke møter til avtale, utdypelse av lavterskel-prinsippet, kartlegging og identifikasjon av selvmordsrisiko, og sikkerhetsprosedyrer for ansatte. Den interne arbeidsprosedyren inneholder dermed rutiner både for kartlegging ved innkomst og for utarbeidelse og oppfølging av behandlingsplan.

Gjennom intervjuet utdypes tjenestens praksis. Det beskrives at når en ungdom kommer til de, starter de med en bred kartlegging, på samme måte som for alle andre brukere, og med et mestringsfokus. Videre beskrives det at kartleggingen omfatter alt fra grunnleggende behov, aktivitet og nettverk, til symptomtrykk og hva som gjør at ungdommene har det tungt. Det utdypes at for ungdommene kan det være nok å få lov til å åpne seg opp litt og dele det som er vanskelig for at situasjonen skal bedre seg, og at de ungdommene som kommer innom som regel ikke har veldig alvorlige problemer.



«for ungdommene så kan det stå litt om det der og da, men bare de får lettet seg litt så er det veldig mye som kommer seg.» (psykisk helsetjeneste)

De kartlegger symptomtrykk og får en formening om hva plagene skyldes, om det kan være for eksempel angst, depresjon eller om utfordringene handler mer om at livet går opp og ned, at de er i en motbakke og har behov for å dele med noen. Videre beskrives det at det kan være viktig å dele med noen nøytrale. Ofte handler det om å bli sett og få lov til å si noe om hva som er tungt, og at erfaringsgrunnlaget til ungdommene ikke er like utviklet som hos voksne med mer erfaring. Videre beskrives det at for ungdommer så kan ting noen ganger bli overdimensjonert, men at det ofte ikke skal mye til for at situasjonen bedres når de får pratet om det som er vanskelig.

Når det gjelder hvor lenge ungdommene går til tjenesten, beskrives det at det ikke finnes noen fasit på dette, og at oppfølgingen tilpasses individuelt etter hva ungdommen trenger.

Når det gjelder rusoppfølging, forteller informanten at dette er en del av tjenestens ansvar. Det har vært særlig fokus på illegale rusmidler, men per nå er det ikke noen ungdommer

som oppsøker tjenesten med dette som problem, og dette temaet er heller ikke en del av samtalerne med ungdommene.

Diagnostisering

Når det gjelder diagnostisering, beskrives det at dette ikke er tjenestens oppgave.

Ressurser

Informanten beskriver at de siden 2004 aldri har hatt venteliste. Videre beskrives det at det kan være perioder med større eller mindre pågang, men at ungdommene utgjør en prioritert gruppe dersom det skulle komme mange på en gang. Informanten uttrykker at det ikke finnes noe som tilsier at en slik «bølge» vil oppstå, og at det ikke har vært noen stor økning tidligere.

Informanten opplever at grunnen til at ikke så mange ungdommer blir henvist til, eller tar kontakt med psykisk helsetjeneste, er fordi de blir fulgt opp via helsestasjonstjenesten eller fastlege. Det påpekes imidlertid at det alltid vil finnes mørketall som man ikke har oversikt over, også blant voksne, men informanten opplever at det finnes lavterskeltilbud for ungdom med lette til moderate psykiske helseplager som trenger det i kommunen.

Videre beskrives det at alle ungdommer som oppsøker psykisk helsetjenesten går på skolen. Informanten opplever at dersom ungdommer har såpass store utfordringer at de ikke fungerer på skolen, blir disse plukket opp av andre systemer.

Henvisningspraksis

Informanten beskriver at dersom de opplever at den enkelte trenger ytterligere oppfølging, henviser de videre til spesialisthelsetjenesten i dialog med fastlegen, forutsatt samtykke fra ungdommen eller foresatte. Tjenesten har ikke selv anledning til å henvise til spesialisthelsetjenesten, og benytter derfor fastlegen i slike tilfeller.

3.1.3 Helsestasjonstjenesten Skjåk og Lom

Organisering og informasjon om tjenesten

På Skjåk kommunes nettsider står det beskrevet at helsestasjonstjenesten er et gratis lavterskeltilbud for alle opp til 20 år. Tjenesten skal ivareta kommunens helhetlige *forebyggende og helsefremmende arbeid* rettet mot barn og unge. Det fremgår at Lom og Skjåk helsestasjon fra 1. januar 2023 er organisert som en interkommunal tjeneste, med Skjåk som vertskommune. Det fremgår videre at tjenesten tilbyr likeverdige helsestasjons- og skolehelsetjenester i begge kommuner, og har kontorlokaler både i Lom og Skjåk. Brukerne kan selv velge hvilken kommune de ønsker å motta oppfølging i. Disse opplysningene fremgår også av internkontroll-dokumentasjon, og i intervju med ansatte i tjenesten.

Revisjonen finner imidlertid ikke oppgitt adresse til helsestasjonen i Skjåk kommune. Telefonnummeret til helsestasjonen er derimot lett tilgjengelig på nettsiden.

Det fremkommer av intervju at skolehelsetjenesten har kontor på 1.-10. skolen i Skjåk og at helsestasjonen i Skjåk ligger på kommunehuset, i samme bygg som legekantoret. Fra høsten av skal helsestasjonen flytte inn i nye lokaler i andre etasje på en ny barnehage i Bismo. De vil da få helt nye både møterom og kontorer, noe de ser frem imot.

Revisjonen observerer imidlertid at Lom og Skjåk helsestasjon har en egen Facebook-side, hvor det jevnlig publiseres oppdateringer om aktiviteter ved helsestasjonen og informasjon til innbyggerne. Den siste oppdateringen var fra mars og gjaldt midlertidig flytting av lokaler. Facebook-siden har per nå 659 følgere. Det er lagt inn en lenke til kommunens nettside på Facebook-siden, men revisjonen lyktes ikke i å få denne til å fungere. Helsestasjonens adresse er oppgitt på siden. Ungdom kan nå helsestasjonstjenesten gjennom messenger-funksjon på facebook, men det opplyses fra ansatte i tjenesten at denne funksjonen er lite brukt. De har også en instagram-konto som heter «ungvaksen» der ungdom kan nå tjenesten. Det opplyses at de ikke prioritert disse kanalene nå fordi de skal gå over til å bruke digi-helsestasjon, og det vil bli kanalen som ungdom kan nå de på. Det er også utvikla en egen kontaktflate for ungdom som heter digi-ung som det opplyses at de håper å få tatt i bruk når de har fått innført digi-helsestasjon.

Skoleteam og familieteam

Revisjonen har gjennomgått dokumentet «internkontroll helsestasjon», som beskriver helsestasjonens organisering, ansvarsområder, målsettinger, ansvarsfordeling og bemanningsplan for helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det fremkommer av interndokumentasjonen at helsestasjonstjenesten er organisert i to team: *familieteam* og *skoleteam*. Familieteamet består av jordmor, helsesykepleiere og familieveileder. Skoleteamet består av familieveileder, helsesykepleier og miljøterapeut.

I intervju med ansatte i tjenesten bekreftes denne organiseringen og det utdypes ytterligere at tjenesten per nå består av fire helsesykepleiere, én jordmor, én familieveileder og én miljøterapeut.

De beskriver at tjenestens organisering ble endret etter sammenslåingen, og at den nye organiseringen har ført til større tilgjengelighet både på skole og helsestasjon. Tidligere hadde helsesykepleierne arbeidsoppgaver knyttet til både de minste barna, skole, smittevern og flere andre oppgaver, men at dette nå er fordelt annerledes. Nå er det fordelt slik at én del av tjenesten arbeider med 0–5 år (familieteam) én del utgjør skoleteamet, og at familieveileder og miljøterapeut arbeider på tvers. Denne strukturen «flyten» mellom Lom og Skjåk.

På skolen i Skjåk er en helsesykepleier til stede fire dager i uken, og hun sitter da på skolehelsekontoret. Miljøterapeut sitter én dag i uka på helsesykepleiers kontor på skolen – den

dagen som helsesykepleier ikke er der. Denne organiseringen skal sikre at det alltid er en ansatt til stede på skolehelsekontoret gjennom skoleuka. Miljøterapeut har også to dager på sitt kontor som har en annen beliggenhet på skolen. Miljøterapeut har til sammen tre hele dager ved Skjåk skule.

Drop-in tjeneste, postkasse og tilbud om samtaler

Det fremkommer av tilsendt dokument «arbeidsdokument skolehelsetjenesta» at skolehelsetjenesten tilbyr både *drop-in samtaler* og *planlagte samtaler* til elever ved Skjåk barne- og ungdomsskole. Formålet med drop-in samtalene beskrives som «å vera tilgjengeleg for elevar og læraran». Arbeidsdokumentet beskriver videre at skolehelsetjenesten gjennomfører planlagte samtaler for elever i alle aldersgrupper. Formålet med de planlagte samtalene er

- å forebygge utvikling av psykiske plager
- å stimulere til refleksjon og egenutvikling
- helhetlig kartlegging
- å vurdere behov for tilvising/samarbeid med andre instanser
- å oppdage bakenforliggende årsaker til utfordringer

I intervju med de ansatte i helsestasjonstjenesten (tre ansatte) utdypes det at drop-in tilbudet gjelder alle elever på skolen, fra 1. til 10.klasse. Det vil si at elevene kan komme til kontoret når de trenger en samtale. Dersom ingen er til stede på kontoret når elevene kommer innom, noe de oppgir at kan forekomme, kan elevene legge en lapp med navnet sitt i en postkasse som henger utenfor kontoret. Eleven vil deretter bli innkalt til samtale.

Det informeres i intervju om at miljøterapeut og helsesykepleier sammen tar en runde tidlig på høsten når skolen starter hvert år, der de informerer elevene om hvor de sitter og at de er tilgjengelige for samtaler dersom elevene ønsker det. De informerer om postkassen utenfor kontoret til skolehelsetjenesten hvor elevene kan legge ned lapper dersom de har behov for samtale, eller de kan gi beskjed til kontaktlærer, slik at læreren tar kontakt med helsesykepleier eller miljøterapeut. Hun forteller at de ellers prøver å være tilgjengelige i friminuttene så langt det lar seg gjøre.

Ut ifra de ansattes beskrivelser er postkassen noe som benyttes jevnlig av elevene, og er et tilbud som elevene både kjenner til og benytter jevnlig.



«det er lapper, om ikke hver uke, så ikke langt ifra» (helsesykepleier)

De elevene som legger lapp i postkassen, blir kalt inn til samtale i løpet av samme uke. De opplever at elevene tør å legge lapper i kassen, og beskriver også at det er et venterom inn til kontoret. De utdyper at både helsestasjonskontoret og venterommet har en anonym

plassering på skolen. De ansatte beskriver at en stor del av lappene som legges i kassen handler om psykisk helse, og ofte gjelder trivsel eller bekymringer.

Miljøterapeut er, i tillegg til helsesykepleier, tilgjengelig for drop-in-samtaler også når hun ikke sitter på helsesykepleiers kontor, men på sitt andre kontor ved skolen. Selv om hun har 40 prosent avsatt til videreutdanning, utdyper hun at hun alltid prioriterer de elevene som kommer innom; «jeg avviser ingen hvis de kommer og trenger samtale». Når det gjelder postkassen, forklarer hun at det i hovedsak er helsesykepleier som sjekker den, og at de fordeler elevene mellom seg ut fra hva som er naturlig og hvem som har kapasitet til å ta samtalen.

Miljøterapeut beskriver at antall drop-in henvendelser og antall lapper går i bølger, og at det for øyeblikket er ganske rolig ved skolen i Skjåk. Hun opplever imidlertid at elever tar kontakt dersom de har behov.

Miljøterapeut beskriver at hun har elever som kommer innom med jevne mellomrom, noen ganger over mange år, fordi de trenger et sted å «lufte seg» eller få tømt seg litt. Hun sier at det i slike tilfeller bare er å komme for å få prate, og at det i seg selv oppleves som nyttig. Videre gjennomfører hun flere gruppesamtaler med elever. Gruppene settes sammen etter bestilling fra lærerne, dersom det er vanskeligheter i klassedynamikken eller i gruppedynamikk. Gruppene består gjerne av seks elever. Informanten opplyser at hun har flere gruppesamtaler gjennom året enn enkeltsamtaler i Skjåk.

Når det gjelder enkeltsamtaler og lappene som kommer i postkassen, opplever en informant at ungdommene ikke tar opp alkohol eller rus som tema. Hun ser at tidlig tilgang på alkohol er et problem, men hun opplever ikke at psykisk helse og rus henger sammen for ungdommene ved ungdomsskolen i Skjåk. Hun påpeker at selv om det sikkert forekommer bruk av andre rusmidler enn alkohol, er det ikke noe som viser seg i skolesammenheng eller for helsestasjonstjenesten.

Om helsestasjon for ungdom (HFU)

Det fremgår både av interkontrolldokumentet, og gjennom intervju med de ansatte i tjenesten at det i Skjåk kommune ikke er fast tidspunkt for helsestasjon for ungdom (HFU). I interndokumentasjon står det beskrevet at ungdom kan ta kontakt ved behov. I forbindelse med dette beskrives det at elevene kommer sent hjem fra skolen. Det står beskrevet at helsestasjonen likevel tilpasser tidspunkt for samtaler etter ungdommens behov eller at ungdomsskoleelever kan ta kontakt med skolehelsetjenesten på skolen, via SMS eller Teams.

I intervju med de ansatte i tjenesten utdypes tilbudet til ungdom ved helsestasjonen. Informantene beskriver at det i Lom er fast oppmøtetid for helsestasjon for ungdom, mens det ikke er tilsvarende faste tider på helsestasjonen i Skjåk. De utdyper at ungdom med rus- eller psykiske utfordringer kan få time på helsestasjonen i Skjåk, etter deres behov, selv

om det ikke er fast oppmøtetid. De beskriver at ordningen har vært både diskutert og vurdert, og at de synes ordningen slik som den er i dag fungerer godt begge steder. De utdyper at ungdom gjerne har behov for kontakt på andre tider enn de faste, og at de ofte har behov som oppstår umiddelbart. Dette gjør at den faste oppmøtetiden uansett ikke alltid treffer ungdommenes behov. De utdyper at de opplever at de fanger opp ungdommene som trenger oppfølging hos dem utenom slike faste tidspunkt, og at de opplever at de ikke mister noe ved å ikke ha fast oppmøtetid for helsestasjon for ungdom i Skjåk.



«vi er tilgjengelige både vi og doktor, og vi er fleksible med at vi kan tilby samtaler på helsestasjonen, eller vi kan tilby samtaler på skolen, så hvis det er noen som ikke vil at noen skal se at de er hos helsesykepleier, så tar vi det etter skoletid på helsestasjonen. og da er det jo ut ifra behov.» (helsesykepleier)

Kompetanse, erfaring og bruken av samtaleverktøy

Det fremgår av intervju at helsesykepleier ved barne- og ungdomsskolen i Skjåk har mange års erfaring fra arbeid i helsestasjonstjenesten i Lom og Skjåk. Hun er utdannet sykepleier med videreutdanning i helsesykepleie. Hun ble uteksaminert i 2008 og har siden det arbeidet med oppgaver innen helsestasjon for barn i alderen 0–5 år, skolehelsetjenesten, smittevern, oppfølging av flyktninger, helsestasjon for ungdom (HFU) samt videregående skole. Hun har flere videreutdanninger og har tatt en rekke kurs, blant annet veilederutdanning i flere foreldreveiledningsprogrammer (COS-P, ICDP, TIBIR og PMTO (kartleggingsmodulen)). Hun har også erfaring som deltaker og koordinator i kriseteam over flere år. Hun har deltatt på mange kursrekker, blant annet «Tidlig inn» (motiverende intervju) og «Hjelp som nytten» (RVTS) som beskrives som arbeid med familier med krysskulturelle og migrasjonsrelaterte erfaringer, samt vold i nære relasjoner). Hun har også grunnkurs i psykososial beredskap, samt ulike samlinger relatert til krisearbeid. Det fremgår av intervju at miljøterapeut i helsestasjonstjenesten, og som er til stede ved Skjåk barne- og ungdomsskole tre dager i uka, har vært i stillingen siden høsten 2024. Hun har imidlertid arbeidet ved skolen i Skjåk i om lag 20 år, først ved ungdomsskolen og senere ved den sammenslåtte 1.–10.-skolen. Hun har utdanning som spesialpedagog, samt etterutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge fra 2013. Tidligere har hun hatt stilling som sosiallærer ved ungdomsskolen og kjenner dermed ungdomsmiljøet godt. Hun ble utdannet MOT-coach i 2009 og har siden arbeidet med dette, og kombinerer i dag stillingen som miljøterapeut med MOT-arbeid.

Det utdypes at de ansatte i tjenesten har et svært bredt fagfelt som krever at de holder seg oppdaterte til enhver tid. Det opplyses at de derfor trenger å være med på fagdager, kurs og kongresser for å få med seg den nyeste forskningen og dele erfaringer med andre kommuner. Det fremkommer av både intern dokumentasjon og intervjuer at ansatte i helsestasjonstjenesten, herunder helsesykepleier og miljøterapeut i skoleteamet ved Skjåk skole, har gjennomført flere kompetansehevende tiltak innen psykisk helse. I møte med

ungdom benytter de ansatte ulike faglige metoder og samtaleverktøy basert på prinsipper fra kognitiv samtaleterapi. Bruken av verktøy som «Psykologisk førstehjelp», «MI», «Mestringskatten», «Helsesirkel», «Hei-Spel» og «KORT» fremgår både av internt arbeidsdokument og av intervjuer. Det utdypes i intervju at de ansatte i tjenesten har opparbeidet seg mye erfaring. De beskriver at med denne erfaringen, sammen med bruken av verktøyene de har lært, så føler de at de har god kompetanse når det gjelder ungdom med lette til moderate psykiske plager.

I figur 4 nedenfor gis en utdypende beskrivelse av noen av metodene og verktøyene som de ansatte i helsestasjonstjenesten opplyser at de benytter i samtaler med ungdom. Informasjonen om verktøyene som beskrives i figuren er imidlertid hentet fra ulike fagkilder, og er ikke basert på revisjonens egen datainnhenting. Informantene i helsestasjonstjenesten opplyser imidlertid at de benytter disse verktøyene. I figuren vises det til oppgitte kilder for nærmere informasjon om hvert enkelt verktøy.

Psykologisk førstehjelp tar sikte på å redusere den første angsten som traumatiske hendelser har skapt, og legge til rette for fungering og mestring på kort sikt. Psykologisk førstehjelp legger ikke til grunn at alle overlevende vil utvikle alvorlige psykiske helseproblemer eller få langvarige problemer med å komme tilbake til et normalt liv. Tilnærmingen er derimot basert på en forståelse av at overlevende etter kriser, ulykker og katastrofer og andre som er rammet av slike hendelser, vil oppleve et bredt spekter av umiddelbare reaksjoner, for eksempel fysiske, psykologiske, atferdsmessige og åndelige.» (Helsedirektoratet, 2016).

Motiverende intervju (MI), også kalt motiverende samtale, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er konstruktive samtaler hvor personen får mulighet til «å overtale seg selv» til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til. MI er en klinisk ferdighet som ser ut til å fungere godt i møte med personer med ulike utfordringer. MI kan brukes overfor risikofylt og helserelatert atferd, for eksempel som en del av behandling av spiseforstyrrelser og angstlidelser, rusbehandling, spillavhengighet og røykeslutt, endring av kosthold og fysisk aktivitet og håndtering av kroniske lidelser.» (Helsedirektoratet, 2017).

Hei-spillet er et brettspill som «er utviklet av Guro Winsnes og Kristin Sommerseth Olsen, og er et verktøy for samtaler med barn og unge. Spillet kan gjøre det lettere å sette ord på følelser, tanker og situasjoner, både for fagfolk eller privatpersoner som skal snakke med barn, og for barna selv». (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid)

KORT-modellen: KORT er et samtaleverktøy mellom helsesykepleier og ungdom på ungdoms- og videregående skole. Den er utviklet for og med ungdom og helsesykepleiere, med målgruppe ungdom som opplever milde til moderate utfordringer med følelser og/eller stress i aldersgruppen 12–20 år (Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør, 2026).

Mestringskatten er et strukturert behandlingsprogram for barn og ungdom med angst (7–12 og 13–17 år). Programmet er internasjonalt anerkjent og basert på kognitiv atferdsterapi, for behandling av sosial angst, separasjonsangst og generalisert angstlidelse hos barn og ungdom (Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør, 2026).

Figur 4. Utdypende beskrivelser av verktøyene som anvendes av ansatte i helsestasjonstjenesten i samtaler med ungdom. (kildene står oppnevnt bak hvert av de beskrevne verktøyene).

Det utdypes videre at mange av elevene sliter med selvfølelse og egenverd, og det tilbys også helsefremmende samtaler, utviklet av Mia Børjesson, for å arbeide med å skape fremtidstro og styrke elevenes selvfølelse. I intervju utdypes KORT-metodikken som beskrives som en *strukturert samtalemetodikk* bestående av fire samtaler, hvor det settes mål innledningsvis, følges opp underveis, og avslutningsvis vurderes måloppnåelse og behov for videre oppfølging. Metodikken er primært rettet mot psykisk helse og bygger på prinsipper fra kognitiv samtaleterapi, tilsvarende tilnærmingen som benyttes i BUP. I samtalene som gis ungdommer på barne- og ungdomsskolen i Skjåk benyttes enkeltelementer av KORT.

Om behandling av lette til moderate psykiske helseplager

Helsesykepleierne beskriver at de, gjennom samtalerne de har med ungdommene og de mange verktøyene de anvender i kognitiv samtaleterapi, i stor grad opplever at de driver behandling av lette til moderate psykiske plager hos ungdommer i kommunen. De beskriver samtidig at dette med behandling er nytt sammenlignet med tidligere. Før var skillet at helsestasjonen skulle drive forebygging, mens andre tjenester skulle drive behandling, men de beskriver at dette nå er endret.

De beskriver at når de arbeider med tiltak som fører til endring hos et menneske, så er dette behandling. De utdyper at svært mye av det de har drevet med over lang tid, kan forstås som behandling, selv om det ikke tidligere har stått eksplisitt skrevet noe sted at de driver eller skal drive behandling.

Ressurser til å følge opp samtalerne

Informantene beskriver at de opplever at saksmengden nå er stor, noe som blant annet skyldes at de er betydelig mer til stede på skolene enn tidligere. Det beskrives i intervju at det varierer fra uke til uke hvorvidt helsestasjonstjenesten har nok ressurser. Det utdypes at en del av jobben ikke alltid kan planlegges, for eksempel når de får anmodning om opplysninger fra barneverntjenesten med tidsfrist eller andre saker som krever ekstra innsats. Vanligvis fordeles arbeidet mellom de ansatte i tjenesten, slik at de får gjort det de skal. Per nå er det flere sykemeldinger og dette medfører mer ventetid og at de må prioritere bort enkelte oppgaver.

Kartleggingspraksis

Kartlegging i individuelle samtaler

Det fremgår av «Arbeidsdokument skulehelsestjenesta» at formålet med de individuelle samtalerne med elever er en «Heilskapleg kartlegging. Vurdere behov for tilvising/samarbeid med andre instansar.»

I intervju beskriver de ansatte i skoleteamet at en stor andel av henvendelsene som legges i postkassen utenfor skulehelsekontoret, eller som ungdommene henvender seg med på annen måte, gjelder psykisk helse, men er ofte knyttet til temaer som trivsel eller at ungdommene har bekymringer. De utdyper at henvendelser som ikke umiddelbart virker å være knyttet til psykisk helse – eller som elevene selv ikke oppfatter slik – likevel kan ha sin årsak i psykisk helse.



«For eksempel kan en elev si 'jeg har mye vondt i hodet' eller 'jeg har så vondt i magen – er det noe galt med meg?')» (helsesykepleier).

Informantene beskriver at de i slike tilfeller kartlegger mulige underliggende årsaker, og understreker at kompetansen som helsesykepleiere er fordelsaktiv i dette kartleggende arbeidet.

Det utdypes at når elever kommer til samtale, starter de med å bli kjent, blant annet gjennom «HEI-spillet», som inneholder spørsmål om følelser, hvordan man har det, og hvem man stoler på. Deretter snakker de om hva eleven ønsker hjelp til, og kartlegger hvilke verktøy som kan hjelpe eleven best mulig. Informantene i helsestasjonstjenesten beskriver at de opplever at de har god oversikt over ungdommene som har det vanskelig i Skjåk. De beskriver at det er viktig å ha jobbet over tid, fordi kontakten som etableres i barneskolen gjør det lettere å følge elevene inn i ungdomsårene. De utdype at det likevel alltid vil være noen som sliter som de ikke får tak i, og at noen alltid vil falle under radaren. Det er en fordel å kjenne familiene og barna over tid, og at samarbeidet med skolen bidrar til denne oversikten.

Utdypelser fra fastlegekontoret

I intervju med fastlegene beskrives at helsestasjonen i stor grad gjennomfører en god og bred kartlegging av ungdommens plager, før de henviser de til fastlegekontoret. Fastlegekontoret tar over dersom helsestasjonstjenesten ikke kommer i mål med sine samtaler, eller dersom de observerer noe bekymringsfullt over tid. Informantene utdype også at ungdommer med lette psykiske plager ikke kommer til fastlegekontoret i det hele tatt, fordi de blir ivare tatt av helsestasjonstjenesten.



«Det er veldig mange av de som går i samtaler hos helsestasjonen som vi aldri ser, ikke sant. De med milde plager, de er aldri inne hos oss.» (fastlege).

Fastlegene utdype videre at helsestasjonstjenesten har et bredt observasjonsgrunnlag gjennom kontinuerlig oppfølging av ungdommene. Dette fører ofte til at fastlegen ofte henviser videre til spesialisthelsetjenesten basert på det kartleggingsarbeidet som allerede er gjort i helsestasjonstjenesten. De beskriver at de som fastleger ikke kan få det samme brede observasjonsgrunnlaget som helsestasjonstjenesten, og at de derfor ikke heller kan avvise bekymringen som ligger til grunn for henvisningene av ungdommene.

Kartlegging gjennom helsesamtale i 8.klasse

Det fremkommer av dokumentet «arbeidsdokument skolehelsetjenesta» at det gjennomføres helsesamtale med alle elever én gang i året på 8. trinn. Det er vedlagt lenke til Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, for utdypende informasjon om formål og struktur på samtalen.

Det bekreftes i intervju at helsesamtalen gjennomføres hvert år. Det beskrives at det i samtalen benyttes et strukturert spørreskjema for systematisk å kartlegge elevens helse og trivsel, tobakk/rusbruk, vold/overgrep, søvn, kosthold med mer.

Samarbeid med skolen i kartleggingsarbeidet

Informantene i skolehelsetjenesten beskriver at lærere tar kontakt med dem når de ser behov for det. Dette kan være når de har spørsmål knyttet til noe de har observert, eller når de har bekymringer for en elev eller en situasjon som de ønsker å drøfte. Samarbeidet med skolen omtales som tett, og kontakten mellom lærere og skolehelsetjenesten beskrives som lavterskel. Det innebærer blant annet at lærere kan komme innom og be om en samtale når som helst.

Økte krav om kartlegging i forbindelse med BTI og tverrfaglige henvisninger

Informantene beskriver at når de opplever at en ungdom går over i mer alvorlige plager, så skal henvisninger til BUP nå være tverrfaglige. Dette innebærer at det må gjennomføres en større prosess for å gjøre henvisningen nettopp tverrfaglig. Når de skal sende en henvisning, så skal det nå være en samlet henvisning der alle involverte tjenester skal skrive en uttalelse. Både fastlegen og helsestasjonstjenesten har en stor rolle i dette. Det er nå besluttet nasjonalt at helsesykepleiere skal få henvisningsrett til BUP, men det pågår foreløpig et prøveprosjekt på dette, så det er ikke satt i verk enda.

Informantene i helsestasjonstjenesten beskriver at det nå er generelt mye mer som skal vurderes før et tiltak settes inn overfor en elev. Vurderingene handler ikke bare om den enkelte eleven, men også om klassemiljøet og hva dette har å si for atferden til den enkelte. Man skal blant annet sette i gang tiltak i klassemiljøet før man begynner å endre noe hos eleven.

Det påpekes at helsesykepleiere skal få henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten, men at denne foreløpig ikke er aktivert. De tror ikke at de kommer til å henvise oftere selv om de får henvisningsrett. Det kommer til å bli svært strenge retningslinjer for hva som skal være gjort før henvisning, og flere kartlegginger som skal gjennomføres før noen henvises til BUP. Gjennom økt bruk av tiltak og kartlegginger før henvisning, blir en del saker også i større grad løst lokalt før de går til BUP. Det har også kommet nye krav inn i skolen om at de skal drive pedagogisk analyse før noe sendes videre til PPT. De beskriver at det dermed blir mye mer analysering, kartlegging og tiltak som skal prøves ut før henvisning.

Informantene beskriver at de også har kommet i gang med BTI-modellen som sikrer en bred kartlegging og utprøving av tiltak i tidlig fase.

Informantene beskriver at en utfordring med disse endringene er at det blir mye mer å gjøre, både mer saksbehandling og dokumentasjon. De beskriver at de kan oppleve mye stress selv om det ikke er noen som kommer inn på kontoret i løpet av dagen. Det blir mer dokumentasjonsarbeid, men de beskriver også at det blir flere tiltak som prøves ut lokalt før man går videre, og at dette kan være til hjelp for brukerne.

God oversikt

Informantene i helsestasjonstjenesten beskriver at de opplever at de har god oversikt over ungdommene som har det vanskelig i Skjåk. De beskriver at det er viktig å ha jobbet over tid, fordi kontakten som etableres i barneskolen gjør det lettere å følge elevene inn i ungdomsårene. De utdyper at det likevel alltid vil være noen som sliter som de ikke får tak i, og at noen alltid vil falle under radaren. Det er en fordel å kjenne familiene og barna over tid, og at samarbeidet med skolen bidrar til denne oversikten.

Diagnostisering

Helsesykepleier kan ikke stille medisinske eller psykiatriske diagnoser, da diagnostisering forutsetter kompetanse som lege eller psykolog (se utledning av kriterier i vedlegg 2).

Henvisningspraksis

Det fremkommer i intervju at når de ansatte i helsestasjonstjenesten mener at ungdommene har moderate og mer alvorlige plager, og at den enkelte ungdom trenger ytterligere oppfølging, så er det lav terskel for samarbeid internt, med lege og med andre tjenester. De beskriver at en fordel med sammenslåingen av tjenesten er at de kan dele utfordringer med hverandre og i større grad få intern veiledning av hverandre når sakene begynner å bli krevende og de er usikre på videre tilnærming.



«nå har vi jo jobbet lenge, og har lang erfaring. Med både erfaring og bruken av verktøy, så føler jeg at vi har nokså mye på disse lette til moderate plagene, og kommer vi inn på moderate og alvorlige plager, så henter vi inn andre. og det er jo så fint med å være sammenslått nå, at begynner sakene å bli omfattende og kompliserte ... da deler vi, da har vi intern veiledning med hverandre» (Helsesykepleier).

Ved spørsmål om eksempler på hvilke tilfeller de henviser til fastlege beskrives det at det kan være barn med psykiske helseplager, alt fra ofte vondt i hode/mage, til selvmordstanker og selvskading. Når det avdekkes at en ungdom driver med selvskading eller har selvmordstanker, anbefaler de alltid at enten foreldrene eller ungdommen selv tar rask kontakt med fastlegen. Fastlege kontaktes ved behov for henvisning videre til BUP og habiliteringstjeneste, eventuelt andre instanser. Det påpekes at enkelte elever også opplever angst, og at det noen ganger kan være vanskelig å skille mellom vanlige bekymringer og angst. I tilfeller der man er usikker på hvordan situasjonen bør håndteres, drøftes saken internt, og drøftes om vurdering av eventuell henvisning videre er nødvendig. Det påpekes at lette til moderate psykiske helseplager kan håndteres med de verktøyene og den kompetansen i helsestasjonstjenesten, men at det av og til er nødvendig å henvise videre.

Helsesykepleierne beskriver at psykisk helsetjeneste i kommunen også nå kan ta imot ungdom i skolealder, selv om de i utgangspunktet arbeider med personer over 18 år. De

beskriver at de derfor noen ganger henviser elever til psykisk helsetjeneste, dersom eleven selv ønsker det. Dersom noen ungdommer ønsker kontakt med psykisk helsetjeneste, så tar de bare en telefon, og eleven får komme dit.

Andre tiltak og aktiviteter i skolen

«UTSETT»

Det fremkommer av det interne «arbeidsdokument skulehelsetenesta», og gjennom intervjuer, at det gjennomføres et undervisningsopplegg, «UTSETT», som er rettet mot utfordringer knyttet til bruk av rusmidler blant ungdom i Skjåk. Formålet med «UTSETT» er å bidra til utsatt alkoholdebut, forebygge omfattende alkoholbruk og bruk av illegale rusmidler blant ungdom, samt å styrke foreldrerollen og foreldresamarbeidet i det rusforebyggende arbeidet. Opplegget gjennomføres i 9. og 10. klasse, samt i 7. klasse, og består av at helsestasjonstjenesten gir rådgivende informasjon på foreldremøter og har opplegg som inngår i undervisningen for elevene. Det benyttes PowerPoint-presentasjoner, og det gjennomføres gruppeoppgaver og samtaler i plenum. Det opplyses i intervju at det også i enkelte tilfeller har blitt invitert inn foredragsholdere i undervisningen om temaet.

Psykisk helsedager

På 9. trinn gjennomføres det «psykisk helsedagen» over to dager. Dette fremkommer av dokumentene «arbeidsdokument skulehelsetenesta», «årshjul skulehelsetenesta», samt gjennom intervjuer med ansatte i helsestasjonstjenesten. I arbeidsdokumentet beskrives formålet med undervisningsopplegget som å fremme elevenes trivsel, læring og utvikling, samt å forebygge psykiske helseutfordringer og styrke elevenes livsmestringskompetanse. Opplegget består av undervisning og gruppearbeid. Det benyttes blant annet PowerPoint-presentasjoner og videoklipp i undervisningen.

Det utdypes i intervju at ungdommene i dette opplegget arbeider med ulike verktøy og aktiviteter som blant annet tar utgangspunkt i psykologisk førstehjelp og «røde og grønne tanken». Dette munner til slutt ut i at elevene lager et undervisningsopplegg som de presenterer for barneskolen. De underviser her om ulike psykiske lidelser, men legger mest vekt på normalitet og at det er vanlig å ha opp- og nedturer i ungdomstiden. Det vektlegges at det ikke er unormalt å ha det vanskelig i perioder, samtidig som det gis informasjon om hvordan man kan få hjelp dersom problemene vedvarer, slik at elevene får kjennskap til hjelpeapparatet. I tillegg har det vært eksterne innslag hvor personer forteller om egne erfaringer med psykisk helse, for å vise at det finnes håp og at det ofte går bra dersom man får hjelp. Gjennomføringen skjer på skolen i samarbeid med lærerne på trinnet.

MOT-arbeid i skolen

Miljøterapeut i helsestasjonstjenesten ble utdannet MOT-coach i 2009, og har siden gjennomført MOT-aktiviteter og undervisning ved skolen i Skjåk, nå ved Skjåk barne- og ungdomsskole, og tidligere ved ungdomsskolen i Skjåk. MOT beskrives som et undervisningsopplegg rettet mot elever på 8., 9. og 10. trinn, som inkluderer tema som klassemiljø, det å

ta egne valg, alkohol- og rusforebygging, og det å skape fremtidstro. Miljøterapeut benytter egne MOT-klær i undervisningen for å synliggjøre sin rolle.

Det opplyses også at Skjåk kommune har startet med MOT-super, en barneversjon for 1.–4. trinn, som bygger på MOT-arbeidet som elevene senere møter på ungdomstrinnet.

3.1.4 Kommunepsykologens rolle

Organisering og informasjon om tjenesten

På Skjåk kommunes nettsider fremgår det at kommunepsykolog er organisert under tjenestområdet «helse og meistring». Det opplyses at kommunene Skjåk, Lom og Vågå fra høsten 2019 har ansatt kommunepsykolog i fast stilling gjennom et interkommunalt samarbeid².

Videre opplyses det at ansettelsen skal oppfylle Stortingets vedtak om endrede kompetansekrav i helse- og omsorgslovgivningen. De nye kravene innebærer at kommunene skal ha psykologkompetanse i sitt tjenesteapparat, og lovendringen trådte i kraft 1. januar 2020. Lom kommune fungerer som vertskommune for stillingen, og samarbeidsavtalen mellom kommunene regulerer kommunepsykologens arbeidsinnsats, fordelt mellom de tre kommunene i forhold til folketall.

På nettsiden beskrives det at kommunepsykologen skal bidra til styrking og utvikling av kommunenes helse- og omsorgstjenester, samt delta i det systematiske arbeidet med å fremme folkehelsen. Videre fremgår det at kommunepsykologen skal bidra til fag- og tjenesteutvikling gjennom rådgivning og konsultasjon overfor kommunale tjenesteytere, både i enkeltsaker og i faglige spørsmål. Stillingen omfatter også undervisning, planlegging av kurs og faglige innspill til kommunalt planarbeid innen folkehelse, oppvekstvilkår, skole, barnehage og helse- og omsorgstjenester.

Det fremkommer av nettsiden at kommunepsykologen «etter individuell vurdering av hensiktsmessighet og behov kan yte kliniske tjenester». Det beskrives videre at forespørsler om slike tjenester kan eksempelvis formidles via fastlege, psykisk helsetjeneste eller helsestasjon/helsesykepleier, som kan drøfte saken med kommunepsykologen. Revisjonen har ikke mottatt dokumentasjon som viser kommunepsykologens ansvarsområder eller interne rutiner, og finner heller ingen slik dokumentasjon i Compilo.

Utdypelser om rolle og funksjon

Revisjonen har gjennomført intervju med kommunepsykologen for å få innsikt i rolle, ansvarsområder og arbeidsoppgaver overfor ungdom med utfordringer knyttet til psykisk helse og/eller rus i Skjåk kommune.

Ansettelsen av kommunepsykolog hadde grunnlag i kommunenes målsetting om å utvikle et robust og samordnet tjenestetilbud i tråd med forpliktelsene innen psykisk helsearbeid. Kommunepsykologen forteller at stillingen han er ansatt i, omfatter system- og

samfunnsrettet arbeid (20 %), veiledning og fagstøtte til personell og tjenester i kommunen (30 %), helsefremmende og forebyggende arbeid (20 %), samt lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud (30 %). Da han ble rekruttert, la de vekt på at individuell erfaring og kompetanse skulle kunne bidra vesentlig til utformingen av rollen. Samtidig ble det understreket at funksjonsprofilen må være dynamisk, og at denne kunne utvikles og endres i tråd med erfaringer og evalueringer underveis.

Kommunepsykologen beskriver at han er ansatt gjennom et interkommunalt samarbeid mellom tre kommuner, Skjåk, Lom og Vågå, noe som i stor grad påvirker hans rolle fordi arbeidsoppgavene må deles mellom de tre kommunene. Kommunepsykologen forteller at han jobber på tvers av tjenesteområder i de tre kommunene. Han fungerer ikke som en tjenesteyter for psykisk helsetjeneste, men arbeidet er rettet mot flere sektorer, særlig innen helse, omsorg og oppvekst. Kommunepsykologen skal bidra til folkehelsearbeid og støtte kommunene i arbeidet med å sikre likeverdige tjenester til innbyggerne.

Rollen overfor barn og unge beskrives i hovedsak å være konsulterende og veiledende overfor tjenestene, både i praktiske og kliniske vurderinger som gjøres i deres hverdag. Dette omfatter også vurderinger av hvilke tjenester eller tiltak som er aktuelle, samt vurdering av klinisk bilde og hvorvidt saken bør håndteres i kommunen eller henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

Det presiseres at kommunepsykologen i liten grad driver klinisk arbeid, og han har i svært liten grad hatt barn og unge inne til klinisk behandling. Kommunepsykologen utdyper at kommunene i forkant av ansettelsen gjennomførte kartlegginger i tjenestene på tvers av tjenesteområder for å avklare hvordan de best kunne nyttiggjøre seg denne. Denne kartleggingen viste at det de ønsket seg var trygghet på kompetanse, mulighet for internundervisning og veiledning, samt bidrag inn i systemarbeid. Klinisk arbeid skulle vurderes ut fra hensiktsmessighet og behov, noe som i praksis har medført begrenset klinisk arbeid.

Leder av psykisk helsetjeneste forteller at kommunepsykolog har en aktiv rolle overfor arbeidet som gjøres i tjenesten, og at han har kontorplass i psykisk helsetjenestes lokaler. Når det kommer henvisninger fra fastlege eller DPS, går leder av psykisk helsetjeneste, sammen med kommunepsykologen gjennom disse og planlegger oppfølgingen av den enkelte pasient. Kommunepsykologen deltar på ukentlige samarbeidsmøter, og gir veiledning på sak. Kommunepsykologen bidrar med råd og veiledning og anses som en viktig ressurs for å kvalitetssikre arbeidet som gjøres i tjenesten.

3.1.5 Informasjon om helhetlig tjenestetilbud

Revisjonskriteriene forutsetter at kommunen har en samlet og lett tilgjengelig oversikt over tjenester til barn og unge, slik at både befolkningen og tjenestene vet hvor de kan henvende seg ved bekymring. Revisjonen har gjennomgått kommunens nettsider for å kartlegge om det foreligger en samlet oversikt over tjenester til barn og unge.

Gjennomgangen viser at det ikke finnes én samlet oversikt. Under fanen «helse og meistring» er det imidlertid tilgjengelig kontaktinformasjon til flere av kommunens tjenester, herunder legekontor, helsestasjonstjenesten, psykisk helsetjeneste og kommunepsykolog.

Under fanen «Lom og Skjåk helsestasjon» er det en egen fane for «Helsestasjon for ungdom». Det opplyses her at time avtales ved å ta kontakt på telefon, og at møtetidspunkt tilpasses den enkelte. På siden finnes det informasjon om ulike hjelpetelefoner, chattetjenester og støttetilbud for personer som har behov for noen å snakke med. Det vises blant annet til Mental Helse og Kirkens SOS. For barn og unge fremgår det særskilt informasjon om Alarmtelefonen for barn og unge, Kors på halsen (drevet av Røde Kors) og SnakkOmPsyken.no, som er et chattetilbud drevet av Blå Kors.

Denne informasjonen er imidlertid ikke samlet under en fane der ungdom eller deres familie kan finne en samlet oversikt over tjenestetilbudet, eller informasjon om hva de enkelte tjenestene tilbyr, hvem det kan tas kontakt med, i hvilke situasjoner og på hvilken måte. På informasjonssiden til helsestasjonstjenesten er det synlig telefonnumre til ulike hjelpetelefoner som ungdommene kan kontakte selv, også ved nødsituasjoner. Denne informasjonen er tilgjengelig etter at en har valgt fanen «helse og meistring», deretter «Lom og Skjåk helsestasjon», og videre «helsestasjon for ungdom».

Helhetlig informasjon på nettside om BTI-modellen «betre innsats»

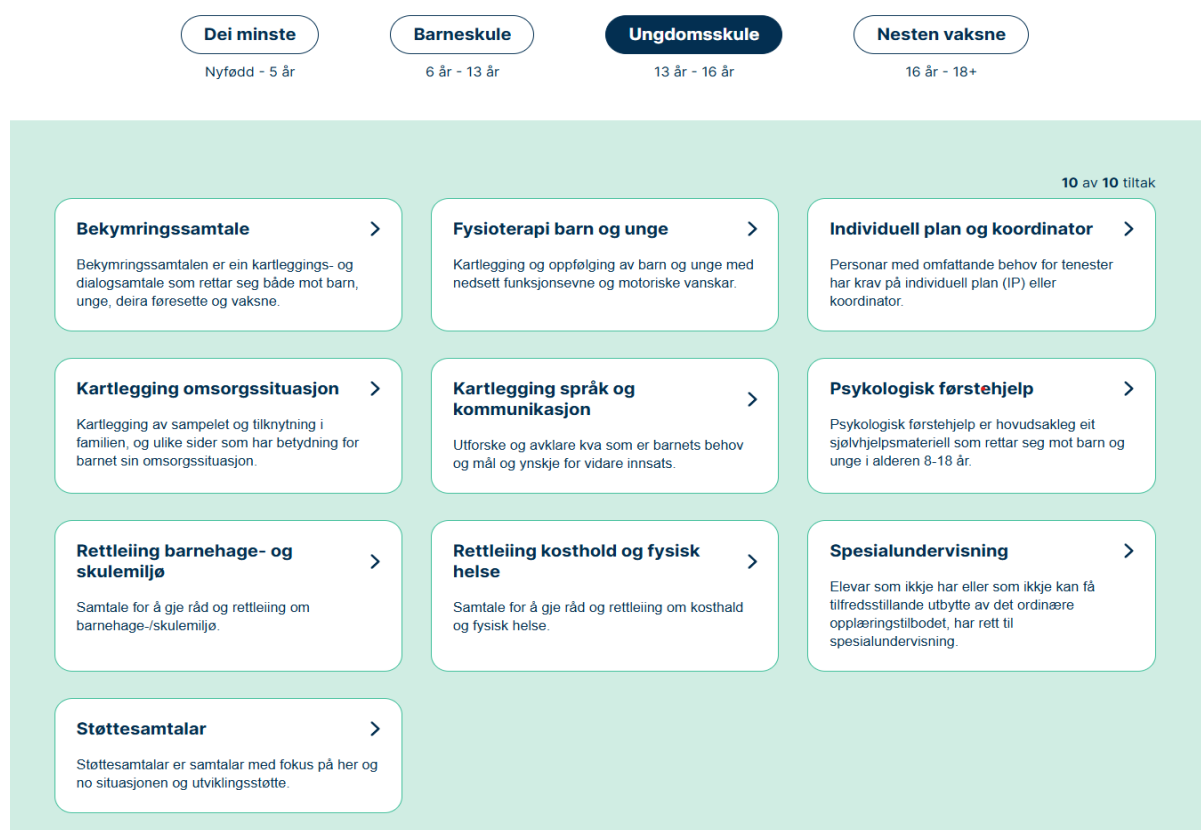
I arbeidet med å etablere samhandlingsmodellen BTI, eller «Betre innsats», er det igangsatt arbeid med å utvikle en egen nettside for modellen. Informantene i helsestasjonstjenesten opplyser at siden fortsatt er under utvikling. Nettsiden er ikke integrert i eller tilgjengelig via kommunens ordinære nettsider. Per i dag er nettsiden, slik revisjonen forstår det, kun tilgjengelig gjennom et direkte søk på «Betre innsats Skjåk».

Nettsiden heter [https://betreinnsats.no/nb/sjak](https://betreinnsats.no/nb/skjak). Denne nettsiden gir informasjon om det *helhetlige* tilbudet i kommunen rettet mot barn og ungdom med psykiske helse- og/eller rusplager. Den viser blant annet kontaktinformasjon og åpningstider for de ulike kommunale tjenestene, samlet på ett sted. Nettsiden gir informasjon om både hvor og hvordan man kan ta kontakt ved bekymring for et barn, en ungdom eller en familie, samt ved akutte situasjoner, for eksempel når det foreligger fare for liv og helse, eller når avvergeplikten og meldeplikten trer i kraft. I tillegg inneholder siden informasjon om hvor barn og unge selv kan henvende seg dersom de trenger hjelp og støtte, eller i akutte situasjoner, for eksempel ved omsorgssvikt, vold eller overgrep.

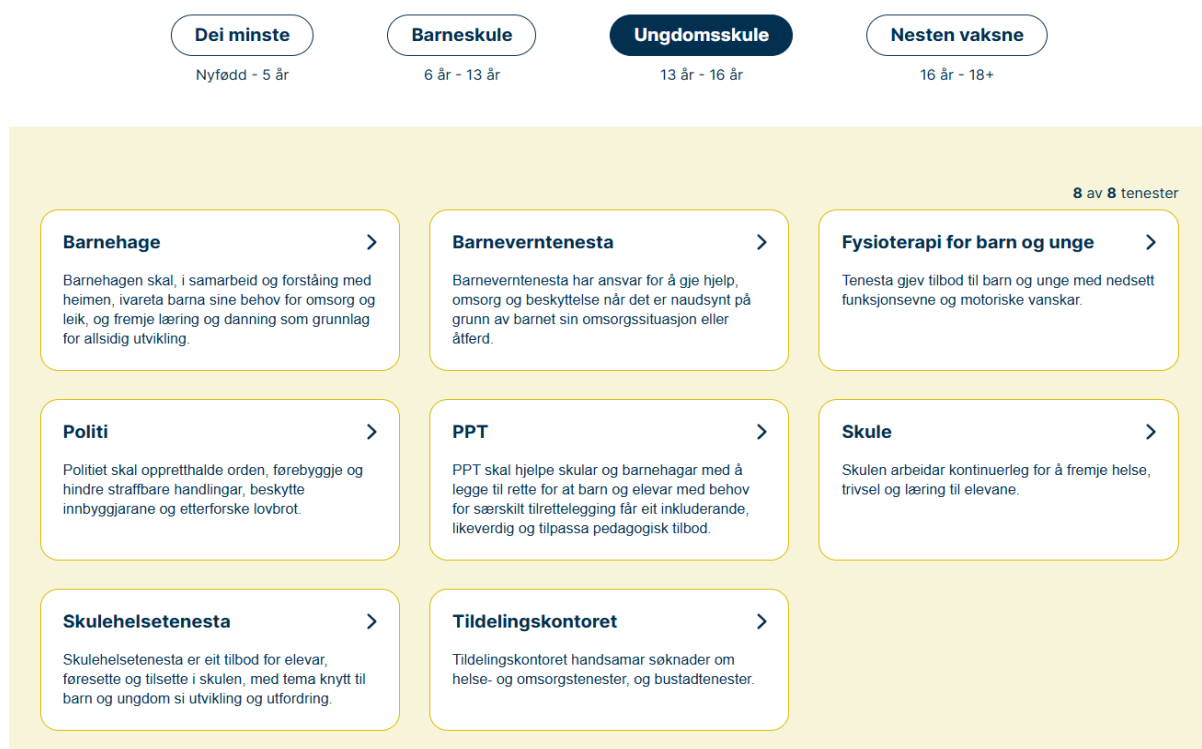
Dersom man trykker på feltet «BTI-rettledning» vises det midt på siden en stor tekst med tittelen «Når barn og unge trenger hjelp». På denne siden vises tre klikkbare felt med ulike alternativer avhengig av om man er voksen, barn/ungdom eller ansatt. Ved å velge alternativet «Barn og ungdom» får man opp teksten «Du skal aldri stå alene» og «Her får du hjelp», med en oversikt over hvem man kan kontakte på dag- og kveldstid. Siden har direkte lenker til

nettsiden «Si det med ord», telefonnummer og chat til Alarmtelefonen for barn og unge, samt telefonnummer til barnevernsvakta, helsestasjon og PPT.

Dersom man trykker på tiltaksoversikt vises en oversikt over «Tiltak og tenester for barn og unge i Lom og Skjåk». Det fremkommer blant annet av denne oversikten at både støtte-samtaler og psykologisk førstehjelp er tiltak som ungdom kan få. Ved å trykke på disse feltene fremgår det hvem som gir tiltaket, som i dette tilfellet er skolehelsetjenesten. Figur 5 nedenfor viser ulike tiltak som tilbys når man velger feltet «ungdomsskule». Figur 6 viser hvilke tjenester som er aktuelle og gir tilbud til ungdom i ungdomsskolealder.



Figur 5. Utklipp fra nettsiden betreinnsats.no/nb/skjak. Utklippet viser tiltak som tilbys ungdommer 13-16 år.



Figur 6. utklipp fra nettsiden «Betreinnsats.no/nb/skjak». Utklippet viser hvilke tjenester som er aktuelle og gir tilbud til ungdommer 13- 16 år.

Psykisk helsetjeneste og helsestasjon for ungdom ikke inkludert på nettsiden

Det fremkommer gjennom interne arbeidsprosedyrer i psykisk helsetjeneste, kommunens nettsider, samt intervjuer med tjenesten og øvrige helsetjenester i kommunen at psykisk helsetjeneste er et tilbud til ungdom. Dette fremkommer imidlertid ikke på nettsiden «Betre innsats», som ellers beskriver kommunens tjenester og tiltak rettet mot ungdom. Det fremkommer også av kommunens nettsider og gjennom intervju med ansatte i helsestasjons-tjenesten at ungdom kan få tilbud om samtaler på helsestasjonen. Dette fremkommer heller ikke av denne digitale oversikten.

Nettsiden er fortsatt under utvikling

Det er tydelig markert på nettsiden at «Innhaldet på denne sida er under utvikling». Dette bekreftes også i intervju med helsestasjonstjenesten.

3.2 Revisjonens vurderinger

3.2.1 Vurdering - kriterie 1

Kommunen skal gjennom organisering og styring sikre at ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer får nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder

- sikre tilbud om utredning, diagnostisering og behandling
- sikre tilgjengelig helsestasjonstilbud til ungdom, herunder skolehelsetjeneste
- sikre psykologkompetanse

Etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 skal kommunen sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer med psykiske helseplager og rusutfordringer. Ansvaret omfatter blant annet utredning, diagnostisering og behandling. Fastlegeforskriften § 10 presiserer videre at fastlegen skal tilby allmennlegetjenester innen både somatikk, psykisk helse og rus. Kommunen skal også etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd ha knyttet til seg psykologkompetanse.

Revisjonen vurderer at Skjåk kommune samlet sett har organisert sitt tjenestetilbud på en måte som ivaretar kommunens sørge-for-ansvar overfor ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Funnene viser at fastlegekontoret, helsestasjonstjenesten/skolehelsetjenesten og psykisk helsetjeneste utgjør sentrale tjenester i kommunens direkte oppfølgingstilbud til målgruppen, og at tjenestene samlet sett ivaretar tilbud om utredning/kartlegging, diagnostisering, og behandling til denne gruppen.

Basert på våre funn har kommunen organisert tilbudet slik at det er helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten, som fungerer som den primære lavterskeltjenesten for ungdom med lette til moderate psykiske helseplager/rusutfordringer. Funnene viser høy tilgjengelighet ved skolen, tett kontakt med elevene og et bredt arbeid knyttet til samtaletilbud, oppfølging og henvisningspraksis, samt tiltak for forebygging og tidlig identifisering av psykiske helseplager/rusutfordringer hos ungdommene.

Revisjonen vurderer at kommunen har etablert tjenestetilbud som ivaretar utredning/kartlegging av ungdom med lette til moderate psykiske helseplager, samt rusutfordringer. Fastlegene beskriver at de gjennomfører kartlegging av ungdommenes utfordringer når de oppsøker tjenesten, i tillegg til å bygge på kartlegging gjort av andre tjenester, og i stor grad helsestasjonstjenesten. Psykisk helsetjeneste opplyser at de gjennomfører kartlegging/utredning når ungdom søker hjelp hos dem. Funnene viser også at helsestasjonstjenesten gjennomfører bred utredning/ kartlegging av ungdommenes utfordringer i individuelle samtaler, og at det benyttes faglige verktøy i dette arbeidet.

Når det gjelder diagnostisering, viser funnene at dette i praksis ivaretas av fastlegen i kommunen, samt i spesialisthelsetjenesten ved henvisning videre. Revisjonen vurderer at dette er i tråd med kravene til faglig forsvarlighet og gjeldende profesjonsansvar.

Revisjonen vurderer at kommunen har etablert tilbud om behandling til ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Funnene viser at ungdom kan få *behandling* for sine plager både hos fastlege og psykisk helsetjeneste, og gjennom helsestasjonstjenesten. Det er viktig å presisere at det ikke foreligger lovkrav eller nasjonale føringer om at helsestasjonstjenesten skal drive *behandling* av psykiske helseplager hos ungdom, og det fremkommer av faglige kilder at skillet mellom oppfølging og behandling i praksis kan være svært uklart (FHI, 2025; Gallefoss & Øen, 2023; Riksrevisjonen, 2026).

Funnene viser imidlertid at ansatte i helsestasjonstjenesten i Skjåk selv opplever at samtaleoppfølgingen de gir ungdom med lette til moderate psykiske helseplager, bør forstås som behandling. Dette begrunnes blant annet med bruk av strukturerte samtalemetoder og verktøy basert på prinsipper fra kognitiv samtaleterapi, samt arbeid som har som mål å bidra til endring i ungdommenes tanke- og handlingsmønstre. Denne opplevelsen samsvarer med erfaringer til helsesykepleiere i over 90 prosent av kommunene (Riksrevisjonen, 2026).

Revisjonens funn viser også at tjenesten har ansatte med erfaring og kompetanse innen samtaleoppfølging av ungdom med psykiske helseplager, og basert på disse funnene fremstår helsestasjonstjenesten som en viktig del av kommunens behandlingstilbud til ungdom med lette til moderate psykiske helseplager.

Revisjonen vurderer det som positivt at ungdommene i Skjåk har tilgang til tilgjengelig samtaletilbud i helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten. Samtidig vil vi påpeke at nasjonale fagmiljøer og offentlige utredninger peker på at omfattende individuell oppfølging av ungdom med psykiske helseplager kan være svært ressurskrevende og utfordre helsestasjonstjenestens kapasitet til å ivareta andre sentrale helsefremmende og forebyggende oppgaver (FHI, 2025; Riksrevisjonen, 2026). Våre funn viser også at tjenesten selv opplever økt arbeidsmengde, større krav til kartlegging og dokumentasjon, samt perioder med kapasitetsutfordringer.

Kommunen oppfyller etter revisjonens vurdering lovkravet om psykologkompetanse gjennom interkommunalt samarbeid om kommunepsykolog. Funnene viser at kommunepsykologen i hovedsak har en systemrettet og veiledende rolle, og i liten grad gir direkte klinisk oppfølging til ungdom. Samtidig viser funnene at kommunepsykologen kan være tilgjengelig som en faglig ressurs for tjenester som følger opp ungdom direkte. Revisjonen viser videre til at lovgivningen ikke stiller nærmere krav til hvordan psykologkompetansen skal benyttes i arbeidet med målgruppen.

3.2.2 Vurdering - kriterie 2

Helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten, skal drive kartlegging av risiko for psykiske vansker og rusutfordringer hos ungdom, sørge for tilbud om nødvendig oppfølging og hjelp, samt gi råd og veiledning om psykisk helse tilpasset ungdommens behov.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten §§ 5 og 6 fastslår at helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten skal drive kartlegging for å avdekke risiko for psykiske vansker og rusutfordringer hos ungdom, sørge for nødvendig oppfølging og hjelp, samt gi råd og veiledning om psykisk helse tilpasset ungdommens behov. Revisjonen vurderer samlet at helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten, oppfyller forskriftens krav på disse områdene.

Funnene viser at skolehelsetjenesten gjennomfører kartlegging både gjennom faste helse-samtaler på 8. trinn og gjennom individuelle samtaler med ungdom som oppsøker tjenesten. Kartleggingen omfatter blant annet psykisk helse, trivsel, søvn, tobakk- og rusbruk, vold og overgrep, samt andre forhold knyttet til ungdommenes livssituasjon. Det fremkommer videre at ansatte benytter ulike faglige verktøy og metoder i dette kartleggingsarbeidet, for å identifisere og forstå bakenforliggende årsaker til ungdommenes utfordringer.

Funnene viser videre at helsestasjonstjenesten henviser ungdom videre ved behov for ytterligere oppfølging. Det fremkommer av intervjuene at fastlege kontaktes ved behov for videre henvisning til spesialisthelsetjenesten, og at helsestasjonstjenesten også kan formidle kontakt med psykisk helsetjeneste dersom den enkelte ungdom ønsker dette. Revisjonen vurderer at dette bidrar til å sikre ungdom nødvendig oppfølging og hjelp når utfordringene går utover det skolehelsetjenesten selv kan håndtere.

Videre viser funnene at skolehelsetjenesten gir råd og veiledning om psykisk helse og rus gjennom både individuelle samtaler og ulike undervisnings- og gruppeopplegg ved skolen. Dette gjelder blant annet undervisningsoppleggene «UTSETT», «Psykisk helsedagen» og MOT-undervisning, som omhandler tema som psykisk helse, rus, livsmestring, normalisering av følelser og informasjon om hjelpeapparatet.

Funnene viser at ungdom som ikke går på skole kan få samtaleoppfølging ved helsestasjonen, og at det gjennomføres kartlegging og rådgivning som en del av disse samtalene, på samme måte som i samtaler som holdes ved skolen. Dette er fordi de samme ansatte forflytter seg mellom helsestasjonen og skolen. Når det gjelder kartleggings- og rådgivningsarbeidet som gjøres utover de individuelle samtalene med ungdommene, er dette i hovedsak aktiviteter knyttet til skolearenaen. Revisjonen vil påpeke at det foreligger et begrenset datagrunnlag for å vurdere i hvilken grad helsestasjonstjenesten, utover de nevnte aktivitetene ved skolen, driver andre kartleggings- eller rådgivningsaktiviteter utenfor skolearenaen.

3.2.3 Vurdering - kriterie 3

Helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten, bør ha et drop-in-tilbud, og tilby oppfølgende samtaler til ungdom ved behov.

Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom anbefaler at skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er lett tilgjengelige for ungdom, blant annet gjennom drop-in-tilbud, åpningstider tilpasset ungdommens behov og mulighet for oppfølgende samtaler ved behov. Retningslinjen fremhever at ungdom ofte oppsøker hjelp spontant, og at tjenestene derfor bør være tilgjengelige på ungdommens arenaer. Retningslinjen understreker også betydningen av at tilbudet er tilgjengelig for ungdom som av ulike grunner ikke går på skole, og åpner for at helsestasjon for ungdom kan organiseres gjennom interkommunalt samarbeid.

Revisjonens funn viser at skolehelsetjenesten i Skjåk tilbyr drop-in-samtaler og oppfølgende samtaler ved behov, og at tjenesten har høy tilstedeværelse ved skolen. Det er også etablert ordninger som bidrar til at ungdom kan ta kontakt når ansatte ikke er til stede, blant annet gjennom postkasseordningen ved skolehelsekontoret. Funnene viser at elever som legger lapp i postkassen blir fulgt opp innen kort tid. Revisjonen vurderer at dette bidrar til å gjøre skolehelsetjenesten lett tilgjengelig for ungdom.

Ungdom kan også kontakte helsestasjonen direkte og få oppfølging der ved behov. Dette tilbudet er tilgjengelig for ungdom som ikke går på skole, eller som ønsker oppfølging utenfor skolearenaen. Det er imidlertid ikke etablert et lokalt drop-in-tilbud i Skjåk utenfor skolearenaen. Funnene viser samtidig at det i Lom kommune er etablert faste åpningstider for helsestasjon for ungdom (HFU) hver uke, med mulighet for drop-in-konsultasjoner. Etter revisjonens vurdering har kommunen, gjennom det interkommunale samarbeidet med Lom, etablert et HFU-tilbud som er i tråd med lovkrav og retningslinjens anbefalinger.

Funnene viser samtidig at ansatte i helsestasjonstjenesten opplever stor saksmengde og perioder med kapasitetsutfordringer, blant annet som følge av sykefravær. Revisjonen merker seg at dette kan påvirke tjenestens tilgjengelighet og tilstedeværelse ved skolen. Etter revisjonens vurdering har kommunen etablert et helsestasjonstilbud med drop-in-tilbud, samt tilbud om oppfølgende samtaler i tråd med retningslinjens anbefalinger.

3.2.4 Vurdering - kriterie 4

Informasjon om kommunens helhetlige tjenestetilbud bør gjøres lett tilgjengelig for ungdom og deres familie.

Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge anbefaler at kommunen har en tilgjengelig og samlet oversikt over tjenester og tilbud til barn og unge, og deres familier. Oversikten bør være digitalt tilgjengelig og inneholde *helhetlig* informasjon om hvilke tjenester som finnes, hvordan ungdom og familier kan ta kontakt, og hvor de kan henvende seg ved behov for hjelp eller i akutte situasjoner.

Etter revisjonens vurdering er informasjon om kommunens tjenestetilbud tilgjengelig på kommunens nettsider, men oversikten fremstår per i dag som fragmentert og ikke fullt ut helhetlig slik det anbefales i Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Funnene viser at informasjon om flere av kommunens tjenester er tilgjengelig på Skjåk kommunes nettsider, herunder informasjon om fastlegekontor, helsestasjonstjeneste, psykisk helsetjeneste og kommunepsykolog. Informasjonen er imidlertid fordelt på ulike undersider, og det foreligger ikke én samlet oversikt over kommunens helhetlige tjenestetilbud til barn og unge med psykiske helse- og/eller rusutfordringer og deres familier.

Funnene viser samtidig at kommunen gjennom arbeidet med BTI-modellen «Betre innsats» er i prosess med å utvikle en mer samlet og tilgjengelig digital oversikt over tjenestetilbudet rettet mot barn og unge i Lom og Skjåk. Nettsiden inneholder helhetlig informasjon om aktuelle tjenester, kontaktinformasjon, åpningstider og hvor ungdom og familier kan henvende seg ved behov for hjelp eller i akutte situasjoner. Nettsiden inneholder også en tiltaksoversikt med beskrivelser av ulike tiltak og tilbud rettet mot barn og unge.

Per revisjonstidspunktet er nettsiden ikke integrert i kommunens ordinære nettsider, og den fremstår fortsatt som under utvikling, noe som også opplyses om på nettsiden. Funnene viser videre at enkelte tjenester og tilbud som fremkommer gjennom revisjonens øvrige datagrunnlag, i begrenset grad fremkommer på nettsiden («Betre innsats»). Dette gjelder blant annet psykisk helsetjenestes tilbud til ungdom og muligheten for samtaler og oppfølging gjennom helsestasjonstjenesten utenfor skolearenaen.

4. PROBLEMSTILLING 2 – DATA OG VURDERINGER

4.1 Presentasjon av innhentede data

I dette kapitlet presenteres revisjonens funn knyttet til problemstilling 2, som omhandler i hvilken grad kommunen har etablert hensiktsmessige strukturer, rutiner og arenaer for samhandling mellom tjenester for ungdom med psykiske vansker og/eller rusvansker.

Dette omfatter tjenester som gir direkte helsefaglig oppfølging, som redegjort for i forrige problemstilling, men også andre tjenester som har andre mandat, men som inngår i den helhetlige oppfølgingen av ungdommene. I dette kapitlet er det samhandlingen mellom tjenestene som står i fokus.

I kapittel 4.1.1 beskrives samhandlingsstrukturene «BTI» og tverrfaglige ressursgrupper. I kapittel 4.1.2 beskrives samhandling med utgangspunkt i den enkelte tjeneste, og hvilke aktører de samarbeider med. Først omtales samarbeid på systemnivå, og deretter samarbeid på individnivå (i enkeltsaker). I kapittel 4.1.3 redegjøres det for informantenes opplevelse av ansvars- og rollefordeling mellom tjenestene overfor ungdom med lette til moderate psykiske helseplager/rusutfordringer. I kapittel 4.1.4 omtales tjenestenes samhandling med spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern for barn og unge.

4.1.1 BTI-modell og ressursgrupper

«Bedre tverrfaglig innsats» (BTI)

Basert på vårt totale datamateriale fremstår det som at Skjåk kommune nå er i en implementeringsfase i arbeidet med å innføre BTI-modellen (Betre tverrfaglig innsats). Det fremkommer av internkontroll-dokumentasjonen til helsestasjonstjenestene at dette arbeidet har pågått siden 2023.

I intervju utdyper informanter fra helsestasjonstjenesten at det var de som fikk «BTI-koordinatorrollen», altså ansvaret for å etablere BTI-modellen i kommunen. De har arbeidet med å etablere modellen sammen med skole og barnehage, og arbeidet beskrives som et dugnadsarbeid. Det utdypes videre at den digitale nettsiden knyttet til BTI-arbeidet fortsatt er under utvikling, men at selve trinnene i modellen er tatt i bruk i skole, barnehage og helsestasjon. Det opplyses samtidig at modellen etter hvert skal rulles ut til alle tjenester.

Bedre Tverrfaglig Innsats – BTI

«BTI er en samhandlingsmodell for tjenester som møter gravide, barn, unge og foreldre det er knyttet undring eller bekymring til.

Hensikten med BTI-modellen er å kvalitetssikre helhetlig og koordinert innsats uten at det blir brudd i oppfølgingen.

BTI bidrar til tidlig innsats, samordning og medvirkning. Modellen gir en oversikt over handlingsforløp, og kan bidra til å rette opp svikt i samhandling mellom tjenester både på lokalt, regionalt og statlig nivå»

(forebygging.no/bti).

Figur 7. Informasjon om BTI. Informasjonen er ikke hentet fra vårt datamateriale, men er inkludert kun til informasjon for leseren.¹³

Helsestasjonstjenesten utdyper at BTI-modellen nå vil komme mer og mer inn i de kommunale tjenestenes arbeid og at denne modellen bidrar til å sortere hvem som har ansvar på det gitt tidspunktet.



«nå kommer BTI mer og mer inn, og jeg tenker at det er med på å hjelpe oss å sortere hvem som ansvaret og at det alltid er en som har stafettpinnen.»
(Helsesykepleier)

Informantene beskriver at steg null i modellen innebærer at man har en bekymring og foretar en intern vurdering i tjenesten av hvor alvorlig bekymringen er. I denne vurderingen benyttes ulike verktøy. Neste steg er å involvere foreldrene, og det beskrives at det er flere trinn der man prøver ut tiltak i samarbeid med dem. Dersom man ikke lykkes med disse tiltakene, kobles andre tjenester på. Dette kan være PPT eller fastlegen, eller begge deler. I noen tilfeller kan det også være nødvendig å gjennomføre møter der flere tjenester deltar. Det opplyses også om at BTI-modellen vil ha en digital nettside der man får informasjon og hjelp både som tjenesteyter og som innbygger.

Det fremkommer ikke erfaringer med bruk av BTI-modellen fra andre tjenester i datamaterialet, utover helsestasjonstjenesten. Fastleger, leder ved psykisk helsetjeneste, leder ved PPT, samt kommunepsykolog beskriver at de ikke benytter BTI-modellen per i dag. Det fremkommer heller ikke erfaringer med bruk av BTI gjennom spørrebrev (skriftlige intervju) med skole eller barnevern. Det er opplyst at BTI-modellen ikke er fullt implementert i alle

¹³ Teksten er hentet fra nettsiden forebygging.no, som er et nasjonalt tidsskrift for helsefremmende og rusforebyggende arbeid. Tidsskriftet publiserer fagressurser og verktøy knyttet til BTI-modellen.

tjenester. Manglende erfaringer med bruk av modellen i datamaterialet må ses i sammenheng med dette.

Tidligere faste ressursgruppemøter

Helsestasjonstjenesten beskriver i intervju at tverrfaglige ressursgrupper tidligere ble holdt annenhver torsdag, der alle tjenester kunne melde inn saker. Ressursgruppene er også beskrevet i tjenestens internkontrolldokumentasjon, med angitt tidspunkt og deltakere. Her beskrives ressursgruppene som et «rådgivande og koordinerande organ. Tverrfagleg gruppe som samarbeider og samordnar tiltak. Foreldre, skule, barnehage og andre kan melde opp saker til drøfting. Målet er å komme inn i saken på eit tidleg tidspunkt og sørge for rett oppfølging». Det opplyses i intervju at møtene ble avlyst dersom det ikke var innmeldte saker.

Det utdypes videre at ressursgruppene nå er endret som følge av BTI. Tidligere ble ressursgruppene gjennomført tidlig i saksløpet. Med bruk av BTI beskrives det at det nå skal gjøres mer arbeid i forkant av at tjenester møtes. Møtene gjennomføres først når tiltak i tidligere steg i BTI-modellen er prøvd ut, og tilsvarer dermed nivå 3 eller 4 i modellen.

Det fremkommer av flere av tjenestene vi har innhentet erfaringer fra, inkludert PPT, barnevern og kommunepsykolog, at ressursgruppene har utgått eller ikke har blitt gjennomført de siste to årene.

Opplevelser av utgåtte ressursgrupper

Kommunepsykologen viser til at de tverrfaglige ressursgruppene bidro til å sikre at fagperspektivet fra klinisk psykologi ble inkludert i sakene som var til drøfting. Det pekes på at de fleste problemstillinger innen barne- og ungdomspsykiatri krever et sammensatt og koordinert tjenestetilbud. Det utdypes også at slike problemstillinger i liten grad kan løses gjennom kliniske samtaler alene, for eksempel ved angst, da årsakene i stor grad er psykososiale. Videre beskriver kommunepsykolog at de tverrfaglige ressursgruppene ga mulighet til å benytte hans kompetanse mer innrettet mot å utvikle gode tverrfaglige tjenestesystemer, der ulike aktører jobber koordinert med ansvarsfordeling, evaluering og oppfølging. Det understrekes behov for systematiske og godt forankrede tverrfaglige møter som sikrer at flere relevante perspektiver inkluderes i vurderingene.

Informantene i helsestasjonstjenesten opplever den nye ordningen (BTI) som mer målrettet og ressurseffektiv, og gir uttrykk for at de ikke vil savne ressursgruppemøtene slik de var gjennomført tidligere.

Det fremkommer ikke andre erfaringer eller opplevelser knyttet til at ressursgruppene er utgått fra de andre tjenestene i undersøkelsen, utover opplysninger om at de ikke har blitt gjennomført.

4.1.2 Samarbeidsmøter- og strukturer på systemnivå og individnivå

Vi vil i det følgende beskrive samarbeidsstrukturer mellom ulike tjenester, med utgangspunkt i den enkelte tjeneste.

4.1.2.1 Samarbeid: Helsestasjonstjenesten

Samarbeid med fastlegekontoret

Systemnivå

Det fremgår av helsestasjonstjenestens internkontrolldokumentasjon at leder for helsestasjonen har systemmøter med legekontorene i Lom og Skjåk annenhver uke. Formålet med møtene er «Planlegging av tenester og drøfting av enkeltsaker med samtykke». I intervju opplyses det at disse møtene har utgått som følge av sykemelding og redusert kapasitet. I intervju med fastlegene beskrives ikke disse møtene, og de opplyser at de som fastleger ikke har systemmøter med andre tjenester.

Individnivå

I intervju med helsestasjonen og fastlegene fremkommer det at samarbeid mellom tjenestene skjer i enkeltsaker, og at det er lav terskel for kontakt ved behov. Helsestasjonstjenesten opplyser at fastlegekontoret i Skjåk fungerer som et lavterskeltilbud for ungdom, blant annet ved at ungdom henvises dit når det er aktuelt, og at de blir prioritert.

Det opplyses også i intervju med helsestasjonstjenesten at tjenesten benytter journalsystemet «InfoDoc», som også benyttes av legene. Helsestasjonstjenesten har e-dialog med alle leger i Lom og Skjåk, samt med Vågå for personer som har fastlege der.

Samarbeid med skolen

Systemnivå

Det fremgår av internkontrolldokumentasjonen til helsestasjonstjenesten at rektor og ansvarlig helsesykepleier ved skolen har faste møter på 30 minutter hver fredag. I intervju utdypes det at møtene omhandler forhold ved skolehverdagen og skolehelsetjenesten, herunder hvilke forhold det kan være behov for å være observant på. Det opplyses videre i intervju at helsesykepleier også deltar på personalmøter ved behov.

I forrige kapittel, knyttet til problemstilling 1, har vi også beskrevet flere aktiviteter som skoleteamet gjennomfører i skolen. Disse inngår som en del av skolens aktiviteter og er systematisert i skolehelsetjenestens årshjul.

Individnivå

På individnivå fremkommer det fra helsestasjonstjenesten at de samarbeider med skolen gjennom ansvarsgrupper, at de gjennomfører samarbeidsmøter ved behov, og at skolen tidligere deltok i ressursgrupper.

Videre beskrives kontakten mellom lærerne og helsestasjonstjenesten som lavterskel. De ansatte i skoleteamet spiser lunsj på lærerrommet, og lærerne tar kontakt og avtaler samtaler når de ser behov. Lærerne henvender seg med ulike spørsmål og problemstillinger, og det beskrives at helsestasjonstjenesten i mange tilfeller fungerer som en støttetjeneste for lærerne i krevende situasjoner. De ansatte opplever dette som en naturlig del av sin rolle, og at de har en viktig funksjon både overfor elever, foreldre og ansatte.

Samarbeid med psykisk helsetjeneste

Systemnivå

Det fremgår av internkontrolldokumentasjonen til helsestasjonstjenesten at det er etablert to faste samarbeidsmøter i året mellom helsestasjonstjenesten og psykisk helsetjeneste, ett per semester.

I intervju med informanter i helsestasjonstjenesten og leder i psykisk helsetjeneste utdypes det at møtene samler hele psykisk helsetjeneste, kommunepsykolog og alle ansatte ved helsestasjonen. Det opplyses videre i intervju at formålet med møtene er å ta status på samhandlingen, vurdere hva som har fungert, og avklare eventuelle behov for justeringer.

Leder av psykisk helsetjeneste beskriver at han opplever at samarbeidet nå er satt i system, og at møtene oppleves av alle involverte som formålstjenlige. De jobber kontinuerlig for å få til enda lavere terskel for å kontakte hverandre i saker der det er naturlig. Videre beskrives det at evaluering skjer i møtene kontinuerlig, fra gang til gang, for å vurdere om terskelen for kontakt er lav nok og hvordan samarbeidet fungerer. Informanten legger til at de har jobbet med sømløse pasientforløp i helsesektoren i over tretti år, og understreker at dette er noe man aldri kan slutte å jobbe med, fordi det alltid kan bli bedre. Når det gjelder om samarbeidet oppleves som sømløst i dag, beskrives det at det varierer fra sak til sak, avhengig av hvor kompleks saken er.

Individnivå

Det fremkommer av helsestasjonstjenestens internkontrolldokumentasjon at helsestasjonstjenesten og psykisk helsetjeneste har individsamarbeid «på indikasjon», altså ved behov. Leder av psykisk helsetjenesten utdyper i intervju at det er viktig å raskt koble seg på hverandre dersom samarbeid er nødvendig.

Det utdypes både i intervju med helsesykepleiere i helsestasjonstjenesten og leder av psykisk helsetjeneste at helsestasjonstjenesten kan ta kontakt og henvise en ungdom til psykisk helsetjeneste ved behov. En helsesykepleier beskriver at dersom noen ungdommer ønsker kontakt med psykisk helsetjeneste, så tar de bare en telefon, og eleven får komme dit. Det fremkommer imidlertid at det er noe variasjon i graden av individrettet samarbeid med psykisk helsetjeneste, blant annet som følge av usikkerhet knyttet til om tjenesten kan ta imot pasienter under 18 år.

Videre beskriver leder av psykisk helsetjeneste at når voksne er under oppfølging hos dem, så kartlegges det om den voksne har barn under 18 år som kan bli påvirket av den voksnes psykiske helseutfordringer. I slike tilfeller vurderes det som hensiktsmessig å koble på helsestasjonen. Enten tar den voksne selv kontakt med helsestasjonen, eller tjenesten hjelper med å videreformidle. Informanten understreker at utgangspunktet er at den voksne skal få nok støtte til å kunne gjøre dette selv. Det beskrives også at ungdommen kan tas inn hos dem for å snakke om hvordan det er å være i en familie med psykiske helseutfordringer, for eksempel hvordan det er når en forelder er deprimert. Det dokumenteres i journalen dersom barn er pårørende, og det beskrives at det vanligste er at helsestasjonen som tar inn ungdommen til samtale, og at dette kan være en viktig friplass hvor de kan prate om situasjonen hjemme.

Samarbeid med andre tjenester- på system og individnivå

Det fremkommer i internkontrolldokumentasjon at helsestasjonstjenesten har faste systemmøter med Nav, tannhelsetjenesten, ergo- og fysioterapitjenesten, flykningstjenesten og barnevernet, i tillegg til psykisk helsetjeneste som er beskrevet over. Disse systemmøtene inngår i helsestasjonstjenestens årshjul, som er lagt inn i dokumentasjonen. Det opplyses i intervju med helsestasjonstjenesten at møtene gjennomføres slik de er beskrevet i internkontrolldokumentasjonen og i årshjulet.

- Med **barnevernet** har de ett fast ledermøte i året og ett fast møte med alle ansatte i tjenestene i året. Ellers samarbeider de på individnivå «på indikasjon», og barnevernet var fast deltaker i tverrfaglig ressursgruppe.
- Når det gjelder **barnehager**, står det beskrevet at helsestasjonen er i barnehagene fast hver 5. uke i Lom og Skjåk, at helsesykepleier deltar på foreldremøter, samt at de har to faste systemmøter med barnehagene i året. Ellers er det samarbeid på indikasjon.
- Med **fysioterapeut/ergoterapitjenesten** gjennomføres to faste fellesmøter i året, ett høst og ett vår, der formålet er «systemarbeid og drøfting av enkeltsaker med samtykke». Videre beskrives i forbindelse med dette at leder for helsestasjon har faste samarbeidsmøter med leder for legekantoret i Lom, psykisk helse, kommunepsykolog og fysioterapi- og ergoterapitjenesten annenhver uke i Lom. Ellers samarbeider de på individnivå «på indikasjon», og fysio/ergoterapi var fast deltaker i tverrfaglig ressursgruppe.
- Når det gjelder samarbeid med **flykningstjenesten**, står det beskrevet at de driver «systemarbeid for å ivareta flykninger som kommer til kommunen», men det fremkommer ingen faste systemmøter i årshjulet. Det står beskrevet at de har faste møter én gang per måned, oftere ved behov. Det er ikke utdypet samarbeid på individnivå.
- Når det gjelder samarbeid med **PPT**, fremkommer det at helsestasjonstjenesten deltar i «6K-Norddalsmøte», der «PPT deltar én gang i året». Det står at de arbeider sammen med

PPT om «satsningsområdet i 6K». Ellers samarbeider de på individnivå «på indikasjon», og PPT var fast deltaker i tverrfaglig ressursgruppe.

- Med **Nav** beskrives det faste møtepunkt to ganger i året, vår og høst. Tema på møtene beskrives å være «økonomi, fattigdom, kompetanse på kontorene, hvordan gjøre hverandre gode».
- Det beskrives at det gjennomføres systemmøte med **tannhelsetjenesten** én gang i året med alle ansatte i begge tjenester.
- Det beskrives at **ungdomskontakt** i Lom og Vågå, **helsesykepleiere** fra skolene i Lom og Skjåk, **politi** og **kommunepsykolog** har systemarbeid med formål å arbeide forebyggende, men det fremkommer ikke når eller hvor ofte slike møter forekommer. Det inngår ikke slike møter i årshjulet.
- Det beskrives at tjenesteleder helse, kommunalsjef oppvekst, kommunalsjef helse og meistring, samt koordinerende enhet startet med systemmøter i 2023.

Det utdypes i intervju med helsestasjonstjenesten at disse systemmøtene i stor grad handler om hvem som gjør hva. De jobber systematisk for å forebygge problemer før de oppstår. De skriver møtereferat fra systemmøtene i OneNote. De beskriver at de dokumenterer når de har hatt andre tjenester inne, og at ansvaret for referatskriving går på omgang mellom de involverte tjenestene i møtene. De beskriver at dersom for eksempel flyktningstjenesten skriver referat, så sender de det på e-post, og helsestasjonen legger det inn i OneNote-systemet (Informantene viser oversikt over møtereferat i OneNote til revisor under intervjuet).

Det er imidlertid viktig å påpeke at informantene i helsestasjonstjenesten utdyper at temadet ungdom med lette til moderate psykiske plager og/eller rusutfordringer diskuteres i størst grad i system-møtene som de har med psykisk helsetjeneste.

Interne tverrfaglige diskusjonsmøter

Helsestasjonstjenesten har interne tverrfaglige samarbeidsmøter med fysisk oppmøte med alle som arbeider i tjenesten annenhver uke, med oppmøte annenhver gang i Lom og Skjåk. Her er ledende helsesykepleier møteleder. Møtene dokumenteres i Teams eller OneNote-dokument internt. Dette fremkommer av helsestasjonstjenestens internkontrolldokument og utdypes ytterligere i intervju.

4.1.2.2 Samarbeid: Fastlegekontoret

Systemnivå

Fastlegene beskriver at de ikke har systemmøter med andre tjenester, men det gjennomføres enkelte *uformelle treff*, som felles lunsj med helsestasjonstjenesten. Informantene utdyper at de opplever at samarbeidet med både psykisk helsetjeneste og

helsestasjonstjenesten fungerer godt i dag, men ser et forbedringspotensial i faste rulle-
rende møter som kunne gitt bedre innsyn i hverandres arbeid.



«Vi har ikke et fast årshjul med systemmøter. Ikke noen faste møtepunkter med noen tjenester ... faste avtaler med noen. Det kunne man vurdert for å få bedre innsikt i hverandres arbeid (fastlege).

Fastlegene beskriver at fastlegekontoret tidligere har hatt enkelte faste treffpunkt med lokal psykisk helsetjeneste, men da primært for å diskutere voksne pasienter.

Individnivå

Fastlegene opplever å ha et veldig godt samarbeid med helsestasjonen og at de blir veldig fort koplet inn dersom dette er nødvendig. Fastlegene henviser også ungdom til helsestasjonstjenesten ved behov.

Fastlegene beskriver at mange av ungdommene flytter ut av kommunen når de begynner på videregående. Noen går i Lom og bor hjemme, mens mange bor på hybel på Otta eller Vinstra. De beskriver at de da mister oversikten over disse ungdommene, og at samarbeid med helsestasjonen i andre kommuner fort blir vanskelig. De sier at det da ikke er mulig å ha pasientene inn til time like ofte, og at det derfor blir vanskeligere å følge dem opp. De sier at ungdommene vanligvis flytter rundt 15–16 år, og at tradisjonelt sett flytter minst halvparten.

4.1.2.3 Samarbeid: Skjåk barne- og ungdomsskole

Systemnivå

Skolen beskriver at de har et skoleteam, eller «helseteam», som består av helsesykepleier og miljøterapeut, som er utøvende i førstelinja i arbeidet med elever. Skoleteamet arbeider aktivt med denne elevgruppen og deres foreldre. Helseteamet kartlegger og gjennomfører samtaler med elever og foreldre, og fungerer også som en kobling til annen kompetanse, som BUP, fastleger og andre tjenester. Skolen opplever at skoleteamet har et godt samarbeid med kontaktlærere og andre ansatte som jobber med denne elevgruppen.

Det opplyses om at skolen, sammen med helseteamet, vurderer fortløpende behovene til elevgruppen, herunder behov for tilpasninger i skoledagen og hvordan skolehverdagen kan gjøres mest mulig meningsfull.

Det utdypes at utfordringer som oppstår midt i skoleåret kan være krevende, særlig når det gjelder å få på plass tilstrekkelig kompetanse og oppfølging i førstelinja. Støttesystemet er på plass, men elevgruppen har behov for tett oppfølging og støtte i skolehverdagen når slike situasjoner oppstår.

Skolen opplever at de får god oppfølging fra faginstanser når det gjelder kompetanseheving, noe som bidrar til at de kan tilrettelegge og fasilitere skolehverdagen på en god måte for enkeltelever. Dette gjelder særlig samarbeid med kommunalt helseteam, PPT Nord-Gudbrandsdalen, barnevern og HAB (habilitering og rehabilitering).

Skolen opplever samarbeidet som godt og beskriver at de har gode støttesystemer, som helseteamet. Helseteamet fremheves som skolens primære kompetanse i arbeidet med kompliserte elevsaker knyttet til psykisk helse og oppfølging.

Individnivå

Skolen mottar oppfølging fra PPT Nord- Gudbrandsdal, barnevern og HAB i enkeltsaker for å gjøre skolehverdagen for denne elevgruppen så god som mulig. Dette skjer ofte i instansmøter med ekstern kompetanse som HAB, PPT-NG, barnevern eller andre faginstanser.

Ekstern kompetanse gir råd og veiledning til skolen om hvordan det kan legges til rette for faglig og sosial læring. Skolen forsøker å følge disse rådene ut fra hva som er mulig. Enkeltelever som er i behandlingsløp hos andre instanser, følges opp av skolen med utgangspunkt i faglige råd og kjennskap til eleven. Dette skjer i dialog med faginstansene, og skolen får samtidig mulighet til å gi tilbakemeldinger om hva som fungerer godt i skolehverdagen.

Når det gjelder samarbeid med PPT, HAB, barnevern og det kommunale helseapparatet, opplever skolen at de får tidlige tilbakemeldinger og at tjenestene stiller opp for å støtte skolen i førstelinja. Det vises til gode instans- og dialogmøter, og at skolen får tilbakemeldinger om at arbeidet som gjøres er godt, sett i lys av forutsetninger og rammefaktorer.

4.1.2.4 Samarbeid: PPT

Systemnivå

PP-tjenesten beskriver at det er en fast definert dag i måneden der PPT er til stede på skolen i Skjåk. Da vet lærerne at PPT kommer den dagen, og kan melde inn saker de ønsker å drøfte eller få veiledning på. Det oppgis at de faste møtedagene én gang i måneden er positivt, fordi det gir forutsigbarhet for lærerne. Helsestasjonstjenesten har også fått disse datoene, og kan benytte dagene til å drøfte saker. Det opplyses at helsestasjonstjenesten benytter disse dagene i stor grad.

Individnivå

Informanten beskriver at etablerte samarbeidsstrukturer i Skjåk i dag i hovedsak er knyttet til enkeltsaker der PPT allerede er inne i saken. På individnivå gjennomføres ulike samarbeidsmøter, eksempelvis ansvarsgruppemøter og instansmøter. PPT er også på skolene mellom de faste dagene for å gjennomføre utredninger, observasjoner, tester og samtaler. Lærere melder inn saker til drøfting eller ber om veiledning, og det legges også til rette for

«undringssamtalen» i saker som ikke nødvendigvis er formelle PPT-saker, for å forsøke å løse utfordringer før de blir formelle saker.

Om taushetsplikt som barriere for samarbeid

Informanten beskriver at helsetjenestene har streng taushetsplikt, noe som gjør at PPT ofte får begrenset informasjon om det enkelte barn eller ungdoms faktiske situasjon og tilretteleggingsbehov. Det kan føre til at PPT iverksetter tiltak i skolen uten at de har full innsikt i årsaksbildet.

Videre beskriver informanten at det er mange barn og unge som har foreldre med psykiske helseplager og som mottar oppfølging i psykisk helsetjeneste i kommunen. Informanten beskriver at det imidlertid er generelt lite samarbeid mellom psykisk helsetjeneste, DPS og PPT. Informanten peker på at det er behov for bedre samarbeid og informasjonsflyt mellom tjenestene, slik at PPT får både tidligere og mer relevant informasjon. Det vises til at elever kan vise symptomer i skolen, og at det uten nok informasjon om elevens situasjon kan være vanskelig å forstå hva som ligger bak. Psykisk helsetjeneste eller helsestasjon kan sitte med informasjon om at for eksempel en forelder har et rusproblem, mens PPT i skolen arbeider med utfordringer knyttet til konsentrasjon og oppmerksomhet. Dersom eleven for eksempel er bekymret for situasjonen hjemme, kan dette påvirke hvordan eleven har det i skolehverdagen, og for hvilke tiltak som bør settes inn i skolen. Det påpekes at det for eksempel er mange henvisninger knyttet til ADHD-utredninger, men at utfordringene i noen tilfeller kan ha andre årsaker. Informanten uttrykker bekymring for at det i slike tilfeller kan settes inn tiltak i skolen som ikke treffer den egentlige årsaken til vanskene. Ønsket om å forbedre samarbeid må balanseres mot hensynet til taushetsplikt. Det vises til også til at manglende samtykke fra foreldre kan begrense informasjonsutveksling mellom tjenestene. Det påpekes at utfordringen ligger i hvordan tjenestene kan samarbeide bedre for barnets beste, innenfor disse rammene.

Ønske om mer systemarbeid og lederforankring

PPT uttrykker et ønske om mer systemrettet arbeid med lærerne, da mange av problemsstillingene som tas opp krever arbeid med hele klasser. Videre beskrives det et ønske om sterkere involvering fra skoleledelsen. Det utdypes at ledelsen i større grad bør være en del av samarbeidsstrukturene mellom skolen og PPT, og at det i dag i stor grad er PPT som legger til rette for samarbeidsdagene. Informanten peker på at det er krevende for lærere å få fristilt tid fra undervisningen til deltakelse i møtedagene, og at det derfor er behov for bedre ledelsesforankring for at samarbeidet kan fungere godt.

Det vises videre til behov for et mer forankret system som legger til rette for at PPT og lærerne kan ha samtaler kort tid etter observasjoner, slik at vesentlig informasjon ikke går tapt dersom det går for lang tid mellom kontaktpunktene.

Det pekes videre på et ønske om større samarbeid med fastlegen og et ønske om at fastlegen bør involveres i større grad, ettersom det er fastlegen som har henvisningsansvar.

Informanten beskriver at PPT ofte gjør mye av grunnarbeidet, mens fastlegen i praksis skriver henvisningen. Det er et ønske fra PPT om å få fastlegene mer involvert for å gjøre en somatisk vurdering, slik BUP også krever at er gjort.

4.1.2.5 Samarbeid: Barnevernet

Systemnivå

Barnevernet beskriver at det er ukjent for dem at det finnes etablerte samarbeidsstrukturer for denne gruppen, og det påpekes et ønske om mer systematisk samarbeid. Det oppleves å være lite system for samarbeid mellom de ulike tjenestene. Det påpekes at barnevernet etablerte samarbeidsavtale mellom helsestasjon og barnevern, som skal komme hele barnegruppen til gode. Videre har helsestasjonen og barnevern forsøkt å etablere en felles tiltaksbank på tvers av tjenestene og kommunene i 4K og senere 6K, men det oppleves at dette arbeidet ikke har fått tilstrekkelig prioritet i regionen.

Individnivå

Barnevernstjenesten beskriver at de opplever at helsestasjonen i Lom og Skjåk arbeider svært godt, og at de har et godt samarbeid med i enkeltsaker.

Det utdypes at dersom det er tiltak rundt barnet, betyr dette at en forsøker å systematisk arbeide med både barnet, familie, skole og ofte helsestasjon. Det opplyses at barnevernet kan også henvise ungdommen til BUP ved behov.

4.1.2.6 Samarbeid: Nav

Det beskrives i skriftlig spørrebrev at Nav har etablerte samarbeidsfora for de som arbeider med ungdom og ungdomsgarantien, men dette er knyttet til aldersgruppa 16-30 år. Nav er en del av ansvarsgrupper og innkalt til instansmøter, der det er naturlig at Nav er med. Nav har fast samarbeidsmøte på systemnivå med Distriktpsikiatrisk senter annenhver måned.

4.1.2.7 Samarbeid: Kommunepsykolog

Systemnivå

Kommunepsykolog deltar per i dag ikke i faste systemmøter knyttet til barn og unge med psykiske helseplager i Skjåk. Han forteller at han tidligere hadde faste konsultasjonstider med fastlegene.

Kommunepsykolog har faste møter med leder av psykisk helsetjeneste to ganger i uken, og kommunepsykologen deltar både på inntaksmøter og behandlingsmøter, som holdes ukentlig. Vanligvis deltar alle ansatte i tjenesten på disse møtene. Kommunepsykologen bidrar med råd og veiledning, og anses som en viktig ressurs for å kvalitetssikre arbeidet som gjøres i tjenesten. Kommunepsykologen utdype at han og psykisk helsetjeneste har et tverrfaglig samarbeid med systematiske samhandlingsformer, der de sammen vurderer

henvisninger, inntak og forløpsvurderinger, og konsulterer rundt enkeltsaker. Dette gjelder også arbeid med barn og unge, der saker meldes opp til drøfting, og henvisninger og problemstillinger diskuteres.

Kommunepsykologen opplever at når han konsulteres, fungerer samhandlingen godt. Han beskriver et godt samarbeidsklima, og at fagligheten ivaretas begge veier. Videre beskriver han dyktige fagfolk i tjenestene, og opplever at saker håndteres ansvarlig og at tiltak følges opp i praksis.

Videre viser han til at det finnes et systematisk samarbeidsforum i form av statusmøter med politi, ungdomsordinator, helsesykepleier og barnevern. Dette møtet avholdes annenhver måned, og kommunepsykologen deltar fast.

Individnivå

Når det gjelder samarbeid med fastlege og helsesykepleiere, arbeider kommunepsykologen per i dag konsulterende knyttet til enkeltsaker eller situasjoner, og beskriver at han har hatt mange konsultasjoner og veiledninger med blant annet helsesykepleierne i kommunen.

4.1.2.8 Andre samarbeidsstrukturer

Ansvarsgrupper og instansmøter på individnivå

Det fremkommer av datamaterialet at samtlige tjenester som er involvert i undersøkelsen samarbeider på individnivå gjennom ansvarsgruppemøter og instansmøter. Dette samarbeidet er knyttet til oppfølgingen av den enkelte ungdom, der tjenester som er involvert i saken møtes for å drøfte den.

«Visma samspill» som digitalt samhandlingsverktøy

Informantene i helsestasjonstjenesten beskriver at de har fått Visma Samspill som digitalt verktøy for samarbeid, og at alle tjenester er koblet på dette systemet unntatt spesialisthelsetjenesten og BUP. De beskriver at verktøyet er i drift, og at arbeidet nå blir mer målstyrt enn tidligere. Det er mulig å samle dokumenter og kommunisere internt. Man kan sende meldinger og styre hvem som skal se meldingene. De beskriver at dette er et godt system.

Rektor ved barne- og ungdomsskolen beskriver også at skolen i det daglige har etablert bruk av Visma Samspill. Dette benyttes i kommunikasjonen mellom skolens helseteam, kontaktlærere, foreldre og andre instanser.

Også PPT viser til at Skjåk benytter Visma-samspill, og beskriver at dette er positivt, ved at «laget rundt» kan kommunisere gjennom systemet, samtidig som foreldre kan se kommunikasjonen. Det beskrives som et godt verktøy.

«Saman for suksess»

Helsestasjonstjenesten beskriver at de har et pågående samarbeidsprosjekt som heter «Saman for suksess», som handler om å lage en rød tråd på tvers av tjenester helt fra fødsel og gjennom hele skoleløpet. De har samkjørt årshjulet mellom politi, helsestasjon, skole og barnehage, og felles ulike temaer fordeles jevnt gjennom året. De har også vært ute i FAU og hatt møter i barnehager som del av dette arbeidet. Prosjektet er inne i sitt andre år, og at det startet i 2024. Revisjonen har fått tilsendt årshjul knyttet til prosjektet som viser aktiviteter som gjennomføres i skolen fra 1. til 10. trinn, og hvilken tjeneste som er inne å gjør aktiviteten.

4.1.3 Ansvar- og rolleavklaring

4.1.3.1 Helsestasjonstjenesten har ansvaret

Det fremkommer av intervjuer både med fastleger, psykisk helsetjeneste, helsestasjonstjenesten og kommunepsykolog at det er bred enighet om at helsestasjonstjenesten har hovedansvaret for oppfølging av ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer i kommunen. Det fremkommer også i samtlige intervjuer og spørrebrev at det er bred enighet blant tjenestene om at helsestasjonstjenesten gjør en god oppfølgingsjobb for denne gruppen, og at tjenestene har tillit til oppfølgingen som gis. Det er også bred enighet om at helsestasjonstjenesten har kompetanse på å følge opp ungdommer med lette til moderate psykiske helseplager.

Fastlegene utdyper imidlertid at når en ungdom er pasient hos dem, har de ansvar for oppfølging av denne.

4.1.3.2 Psykisk helsetjeneste sin rolle overfor ungdom

Psykisk helsetjeneste beskriver sin rolle som et *supplement* til helsestasjonens oppfølging, og at den enkelte ungdom har valgfrihet i hvem de ønsker oppfølging fra. Når det gjelder henvisning av ungdommer til psykisk helsetjeneste opplyser fastlegene at de kan henvise ungdom i alderen 15–16 år til psykisk helsetjeneste dersom det er ønskelig med oppfølging der. I helsestasjonstjenesten er det noe ulik forståelse om hvorvidt det er muligheter for å henvise ungdom til psykisk helsetjeneste, og om tjenesten er til de over 18 år eller ikke.

4.1.3.3 Kognitiv terapi hos fastlegen

Det fremkommer ikke gjennom intervjuer eller dokumentasjon at det er kjent for andre tjenester at fastlegen tilbyr kognitiv samtaleterapi hos seg, selv om fastlegene beskriver i intervju at de tilbyr dette. Vi vil påpeke at dette ikke er stilt spørsmål direkte om til tjenestene. Det fremkommer at fastlegen i hovedsak benyttes for å henvise ungdom videre til behandling eller utredning hos spesialisthelsetjeneste.

4.1.3.4 Behov for å avklare roller

I intervju med PPT fremkommer det behov for å avklare roller mellom kommunale tjenester på et mer overordnet nivå, også kommunepsykologens rolle, i arbeid med barn og unge 0–16 år. Dette gjelder blant annet fordeling av ansvar knyttet til foreldreveiledning, elevoppfølging og systemarbeid rettet mot lærere.

Det utdypes at det kommunepsykologens rolle i arbeidet med barn og unge ikke er tydelig definert overfor PPT. Det vises til at det ikke har vært avklaringsmøter om dette der PPT har deltatt. Det utdypes at det eventuelt kan være gjennomført slike avklaringsmøter internt i kommunen, uten at dette er tydelig kommunisert til PPT. Det utdypes at kommunepsykolog deltar i noen samarbeidsmøter og kan være involvert i enkeltsaker, men at ansvarsfordelingen og kommunepsykologens bidrag ikke alltid oppleves som tydelig. PPT beskriver at det ønskes en tydeligere rolleavklaring, også når det gjelder om kommunepsykolog kan bidra i oppfølging av familier og elever. Det utdypes at dette ikke nødvendigvis handler om individuelle samtaler med elever, men om kommunepsykolog i større grad kan veilede for eksempel lærere i arbeidet med elever med psykiske helseplager, eller overfor helsestasjonstjenesten.

Det utdypes at skolen i stor grad søker kompetanse. Det opplyses at skolen i stor grad benytter helsestasjonen, men det utdypes at kommunepsykolog og psykisk helsetjeneste bør involveres mer aktivt i samarbeid og i oppfølging av barn under 16 år og deres foreldre.

4.1.3.5 Hva bidrar til god rolle- og ansvarsfordeling?

Formalisert samarbeid viktig for ansvarsfordeling

Informantene i helsestasjonstjenesten opplever at deres system-møter bidrar til å avklare roller og ansvarsområder. Disse samarbeidsmøtene beskrives som gode og bidrar til at de blir godt kjent med hverandre og bli trygge på hverandre. Det påpekes at kjennskap til hverandre gjør det lettere å ta kontakt ved behov. De beskriver at de opplever at tjenestene nå har nokså lik forståelse av målgruppa og hvordan de skal samarbeide rundt den. En informant i helsestasjonstjenesten beskriver: «det er et kontinuerlig arbeid, men de møtene er i hvert fall med på å avklare. Vi prøver alltid å forbedre det systemet vi har.»

Leder av psykisk helsetjeneste utdyper at det viktigste er å få formalisert samarbeidet, med faste samarbeidsmøter med alle aktuelle instanser og en klar ansvarsfordeling. Han utdyper at potensielle «glipper» generelt kan oppstå dersom noen ønsker å styre ting selv uten å samarbeide, men han har personlig ikke opplevd at dette har skjedd. Ved spørsmål om mulige punkter til forbedring av oppfølgingen av ungdom beskrives det at det generelt handler om å ha enda lavere terskel for samhandling, og at det viktigste er å få formalisert samarbeidet, med faste samarbeidsmøter med alle aktuelle instanser og en klar ansvarsfordeling.

Kommunepsykologen utdyper at intensjoner om å kontakte andre tjenester for å drøfte saker kan falle bort når hverdagen blir travel og preget av løpende oppgaver. Tverrfaglig samarbeid kan da bli tilfeldig eller utebli. Han understreker derfor behovet for systematiske og godt forankrede tverrfaglige møter som sikrer at flere relevante perspektiver inkluderes i vurderingene.

«Grow»-modellen viktig for struktur

Det påpekes i intervju med PPT at helsestasjonstjenesten var tidlig ute med å bruke «Grow-modellen» for å skape god struktur på møtene sine. Det fremkommer at «Grow-modellen», er lagt inn i strategiplan for 6K, og dermed noe alle kommunene skal jobbe med. Det påpekes at «Grow-modellen» bidrar til å skape en god møtestruktur. ved å bruke «Grow» skal det defineres hva som er målet for møtet, hva som er status nå, hva som er mulighetene, hva som er veien videre, og hvem som gjør hva. Informanten beskriver at tidligere kunne møter oppleves som lite strukturerte, der det i etterkant var uklart hva som kom ut av møtene, om det gagnet barnet, og hvem som skulle gjøre hva videre. Det blir med denne modellen tydeligere hvem som har ansvar for hva til neste gang de møtes. Tiltakene evalueres i hvert møte for å vurdere om de er på rett vei eller noe må justeres.

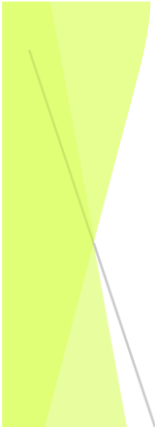
PPT opplever at roller og ansvarsfordeling i noen tilfeller oppleves som tydelige, særlig der det brukes strukturer som «Grow-modellen». Det utdypes at modellen bidrar til tydelig rolle- og ansvarsfordeling i møter. Samtidig beskrives det at dersom ansvarsfordelingen ikke er godt forankret i ledelsen, kan det føre til uklarhet knyttet til ansvar og roller mellom tjenestene. Det vises til at rollefordelingen kan bli uklar dersom ansvaret for samhandling i for stor grad legges til enkeltpersoner, for eksempel lærerne, uten tydelig forankring i ledelsen.

PPT beskriver at samarbeidsmøter er viktige fordi de ulike tjenestene sitter med ulike deler av bildet; skolen med elevens fungering i skolen, helsestasjonen med informasjon fra samtaler og oppfølging, og fastlegen med en medisinsk vurdering. Informanten mener at en mer samlet forståelse av ungdommens situasjon vil gjøre henvisningsprosessen til BUP mer treffsikker, og viser til at BUP legger vekt på at det skal være en omforent forståelse i kommunen om hvilke ungdommer som skal henvises. Informanten utdyper imidlertid at det er viktig med samarbeidsmøter, fordi det er et behov for å kunne drøfte om en sak er lette til moderate, eller om den er alvorlig, og om den da eventuelt skal til BUP. Informanten viser til at det i dag er stort fokus på utredninger og diagnoser, og at samarbeidsmøter, gjerne med BUP, kunne bidra til å avklare om en sak skal til BUP for utredning, eller om det er de kommunale tjenestene som skal håndtere den, og på hvilken måte.

Kontinuitet i ansattgruppen beskrives som kommunens «trumf-kort»

I flere av intervjuene påpekes det at det er stor grad av kontinuitet i ansattgruppen i tjenestene som arbeider rundt ungdommene i Skjåk, som bidrar til at de ansatte kjenner til hverandre og hva den enkelte har ansvar for og kan bidra med.

I intervju med fastleger ved fastlegekontoret utdyper de at fordi de har en fast ansattgruppe i tjenestene i Skjåk, så fungerer samarbeidet godt i dag. Fordelen med en liten kommune og stabilt personell beskrives som kommunens «trumpf-kort», da de ansatte kjenner hverandre godt og viser høy grad av ansvarsfølelse. Henvisninger blir alltid bekreftet av den som mottar den, og en kontinuitet i personalgruppen skaper trygghet.



«For oss som er fast her i Skjåk så fungerer dette godt. Det er greit for oss som er godt kjent her. (...) Vi har hatt en fast gruppe ansatte over lang tid her. Dersom mange skulle forsvinne og det skulle kommet inn mange vikarer her, er det mer sårbart. De ansatte i kommunen har vært der lenge og kjenner hverandre. Vi har vært heldige med å være en fast gruppe over tid. Det er «trumpf-kortet» vårt. Det er kjempenyttig å være en liten kommune, med folk som kjenner hverandre godt. Vi har svært samvittighetsfulle kollegaer i tjenestene her, vi vet at vi har ansatte som bryr seg. Sender vi en henvisning så får vi alltid en bekreftelse på at den er mottatt.»
(fastlege)

Leder av psykisk helsetjeneste utdyper at det er små tjenester og en liten kommune, i tillegg til at det er en ansattgruppe som har jobbet sammen over flere år, som gjør at de kjenner godt til hverandre og vet hva hver enkelt tjeneste kan bidra med i ulike situasjoner. Kommunepsykolog utdyper at det er positivt at det er kontinuitet i ansattgruppen i Skjåk.

4.1.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

4.1.4.1 Faste «BUP- dager»

Det fremkommer i internkontroll-dokumentasjonen til helsestasjonstjenesten, her vedlagt rutiner for samarbeid mellom kommunene i Nord-Gudbrandsdalen og BUP Lillehammer/Otta.

Det beskrives her, noe som også bekreftes i intervju, at det gjennomføres samarbeidsmøter mellom BUP og den enkelte kommune en gang per semester, såkalte «BUP-dager». To klinikere fra BUP deltar, og møtene kan ved behov gjennomføres via videokonferanse. Kommunen har ansvar for koordinering av møtet, inkludert innkalling, tidspunkt, møteplass og sakliste. Saker skal meldes inn senest én uke i forkant, og møtet avlyses dersom det ikke er meldt inn saker. Saker som tas opp skal være koordinert fra kommunen og forankret hos relevante samarbeidspartnere. Drøfting av saker skjer anonymt, eventuelt med samtykke fra foresatte. Barn og foresatte deltar ikke direkte i møtene. Samarbeidsmøter knyttet til aktive pasienter i BUP planlegges og gjennomføres mellom saksbehandler og aktuelle samarbeidspartnere i kommunen.

Fastlegene beskriver at de får invitasjon fra helsestasjonen om å delta på BUP-dagene som de har, men dette er ikke noe de pleier å delta på. De påpeker at de kan delta på disse møtene dersom de på det aktuelle tidspunktet har ungdommer som følges opp av BUP.

Leder av psykisk helsetjeneste beskriver også at de har oversikt over BUP-dager via helsestasjonen, og at de kan spille inn saker der det er relevant.

4.1.4.2 Behov for veiledning knyttet til «lette til moderate psykiske helseplager»

Gjennom intervjuer med fastleger, helsestasjonstjenesten, psykisk helsetjeneste, PPT og kommunepsykolog fremkommer det at disse tjenestene har god kjennskap til at kommunen har ansvar for personer med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Det fremgår også at plager som grenser mot det alvorlige, faller inn under spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, og at pasienter med slike plager skal henvises dit.

Det beskrives også i helsestasjonstjenestens interndokumentasjon at: «Det presiseres at det må være moderate til alvorlige vansker for å få rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Lette til moderate vansker forventes det at kommunene skal kunne behandle selv.»

Det fremgår av intervjuene at tjenestene aktivt arbeider med å vurdere hvorvidt den enkeltes plager faller inn under kategorien lette til moderate eller mer alvorlige plager, som krever oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

Vanskelig å vurdere «lette til moderate plagen»- behov for veiledning

I intervju med PPT utdypes det at begrepet «lette til moderate psykiske helseplagen» er vanskelig å definere, og at det fortsatt oppleves uklart akkurat hva som faktisk ligger innenfor dette. Det beskrives at BUP sier at kommunen skal jobbe med lette til moderate plager, mens BUP skal håndtere de alvorlige, men at det er uklart hva dette innebærer i praksis.

Også informantene i helsestasjonstjenesten beskriver at det noen ganger kan være krevende å vurdere hvor grensen går mellom lette, moderate og alvorlige plager. De fremhever imidlertid at dialogen de har med BUP derfor er svært viktig. Veiledningen fra BUP bidrar til å sikre at det som gjøres lokalt, er i tråd med det BUP ville ha gjort. Informantene opplyser at de kan bruke BUP som veileder i grensetilfeller, for å vurdere hvem som bør følge opp ungdommen og hvor alvorlige de psykiske helseplagene er. Dette gjøres for å sikre riktige vurderinger i helsestasjonstjenesten.

De beskriver at BUP tilbyr både telefonisk veiledning, i tillegg til de faste BUP-dagene to ganger i året.



«Vi kan bruke BUP som veileder hvis det er i grenseland, for å veilede oss på om vi er på rett spor, og det er jo telefonisk kontakt som vi kan ta.» (helsesykepleier)

De opplyser videre at BUP har fast telefontid hver mandag fra kl. 08.00–09.00, som gir mulighet for avklaringer når det er behov.

I helsestasjonstjenestens internkontroll-dokumentasjon står det beskrevet tydelig, under overskriften «Telefontid der teamleder ved BUP Otta tar imot henvendelsen» at «henvendelsene kan være spørsmål i saker kommunen arbeider med som ikke er henvist til BUP, det kan være spørsmål i saker som står på venteliste til et tilbud i BUP og der ansatte i kommunen trenger råd i saken, det kan være spørsmål i saker som allerede mottar et tilbud i BUP. De fleste spørsmål i slike saker bør avklares i samarbeidsmøter eller ved kontakt med aktuell behandler. Det vil bli ringt tilbake hvis det blir kø i telefontiden.» Telefontid og telefonnummer fremkommer også her.

Fastlegene utdyper samtidig at det for dem ikke finnes noen vakttelefon eller fast kontaktperson i spesialisthelsetjenesten som kan gi råd om pasienter som ikke allerede er i behandling der. Selv om legene har erfaring med oppfølging av pasienter med psykiske lidelser, varierer hvert enkelt tilfelle, og de kan noen ganger oppleve å stå fast og ha behov for eksterne innspill. Fastlegene understreker viktigheten av å ha mulighet til i større grad å drøfte enkeltsaker med spesialisthelsetjenesten. De fremhever at det kunne vært nyttig med en ordning der en representant fra spesialisthelsetjenesten kom på faste tidspunkt for å tilby veiledning og drøfte enkeltsaker med fastlegene. Dette ville gitt fastlegene mulighet til å få innspill og råd knyttet til oppfølgingen av den enkelte pasient, og dermed styrket førstelinjetjenesten i arbeidet med behandling av psykiske lidelser.

Fastlegene påpeker også at det er viktig å styrke førstelinjens arbeid i oppfølgingen av pasienter med psykiske helseplager. Det vises til at dette er tidkrevende arbeid, samtidig som det er stigma knyttet til henvisning til spesialisthelsetjenesten, og at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er begrenset.

Psykisk helsetjenesten har ikke faste samarbeidsmøter med BUP i dag. Samhandlingen skjer på enkeltsaker, der man innledningsvis legger en plan for oppfølging og avtaler hvem som gjør hva. Målet er at den enkelte kan ha en mest mulig normal hverdag hjemme mens oppfølgingen hos spesialisthelsetjenesten pågår. Dette gjelder imidlertid særlig de med mer alvorlige plager.

4.1.4.3 Regionalt nettverk om rusomsorg

Psykisk helsetjeneste deltar i et regionalt nettverk for tjenester som har rusomsorgen i kommunene. De har her samlinger der kommunene utveksler erfaringer, og drøfter sammen med spesialisthelsetjenesten. De diskuterer her hva som skjer i ungdomsmiljøene med særlig fokus på illegale rusmidler. Dette systemet bidrar til kompetanseheving, men informanten understreker at mye fortsatt er ukjent når det gjelder dette temaet.

Det fremkommer ikke av datagrunnlaget at de øvrige tjenestene har faste samarbeids-møter med spesialisthelsetjenesten/BUP. Samtidig fremkommer det at BUP deltar i ansvars-grupper på individnivå ved behov.

4.1.4.4 Behov for mer informasjon fra spesialisthelsetjenesten om pasientforløp

Fastlegene opplever at det kunne vært et bedre samarbeid og mer oppdateringer fra spesialisthelsetjenesten underveis i pasientenes behandlingsløp, og spesielt når behandlingen avsluttes hos spesialisthelsetjenesten. De forteller at de ikke får noen «mellom-evalueringssrapport», og det kan gå et halvt år eller et år før man får oppdatering på oppfølgingen av pasienten. Informantene sier at en slik kommunikasjonsbrist kan føre til glipper i oppfølgingen av pasienter. Dette gjelder også voksne. De kan for eksempel få en epikrise tre måneder etter henvisning til BUP som sier at saken er avsluttet fordi pasienten ikke møtte til time, uten at de har blitt informert om det. Hos barn og unge er dette imidlertid mindre aktuelt, siden de gjerne følges av voksne.

Fastlegene beskriver at når en ungdom har oppfølging i spesialisthelsetjenesten ender det ofte med at spesialisthelsetjenesten sender en epikrise etter endt behandling, hvor det står at pasienten er oppfordret til å bestille en time hos fastlege.

Også rektor ved barne- og ungdomsskolen reiser spørsmålet om det i enkelttilfeller kan være lurt at faginstanser, inkludert BUP, kan gi en statusoppdatering for hvordan tilstanden er for enkeltelever som er inne til behandling.

4.2 Revisjonens vurderinger

4.2.1 Vurdering - kriterie 5

Kommunale tjenester som jobber med ungdom skal ha etablerte samarbeidsstrukturer på systemnivå og i enkeltsaker.

Basert på lovkravene om samarbeid på systemnivå og i enkeltsaker legger revisjonen til grunn at samarbeidsstrukturer skal bidra til å sikre samhandling, helhetlig oppfølging og koordinering mellom tjenestene. Lovverket gir i begrenset grad føringer for hvordan kommunene skal organisere dette samarbeidet i praksis, og revisjonen legger derfor til grunn at kommunen selv må etablere hensiktsmessige samarbeidsstrukturer og rutiner mellom relevante tjenester. Samarbeidsstrukturer på systemnivå kan videre bidra til å gi tjenestene økt kunnskap om hverandres roller, ansvar og oppgaver overfor ungdom med psykiske helse- og/eller rusutfordringer. Videre kan samarbeidsstrukturer i enkeltsaker bidra til helhetlig og koordinert oppfølging av ungdom som har behov for hjelp fra flere tjenester.

Funnene viser at det er etablert flere samarbeidsstrukturer mellom tjenester som arbeider med ungdom i Skjåk kommune på systemnivå. Helsestasjonstjenesten har etablert faste systemmøter med flere tjenester, blant annet skole, psykisk helsetjeneste, barnevern, Nav, fysioterapi- og ergoterapitjenesten og tannhelsetjenesten. Det fremkommer også av internkontrolldokumentasjonen at leder for helsestasjonen har faste systemmøter med legekontorene i Lom og Skjåk annenhver uke. Disse møtene opplyses imidlertid å ha falt ut som følge av sykemeldinger og redusert kapasitet.

Det fremkommer videre at flere av tjenestene har etablerte interne tverrfaglige møtestrukturer, og at flere tjenester benytter digitale samhandlingsverktøy som «Visma Samspill». Flere tjenester beskriver «Visma Samspill» som et positivt verktøy for samhandling og informasjonsdeling mellom tjenestene. Det fremkommer også at kommunen har etablert samarbeidsprosjektet «Saman for suksess», hvor politi, helsestasjon, skole og barnehage samarbeider om å skape en felles og systematisert oppfølging gjennom hele skoleåret. Funnene viser også at det finnes et systematisk samarbeidsforum i form av statusmøter med politi, ungdomskoordinator, helsesykepleier og barnevern, der kommunepsykolog deltar fast.

Funnene viser videre at tjenestene samarbeider i enkeltsaker gjennom ansvarsgrupper, instansmøter og kontakt mellom tjenestene ved behov. Det fremkommer gjennom intervjuene at det oppleves å være lav terskel for å kontakte hverandre i enkeltsaker, særlig mellom helsestasjonstjenesten, skole og fastlege. Funnene viser samtidig at det i datamaterialet fremkommer gjennomgående positive erfaringer med samarbeidet på individnivå fra alle informanter.

Videre viser funnene at kommunen er i en implementeringsfase knyttet til BTI-modellen («Betre tverrfaglig innsats»). Det fremkommer at modellen er tatt i bruk i skole, barnehage og helsestasjonstjeneste, men at den ennå ikke er fullt implementert i alle tjenester. Funnene viser blant annet at psykisk helsetjeneste, fastlegekontor, kommunepsykolog, PPT og barnevern per i dag ikke benytter BTI-modellen. Funnene viser samtidig at tidligere tverrfaglige ressursgrupper har utgått som følge av innføringen av BTI-modellen. Revisjonen merker seg på denne bakgrunn at det i dagens praksis fremstår å være et gap mellom de tidligere ressursgruppene og den nye BTI-strukturen som er under etablering. Dette fordi ressursgruppene ikke lenger er i funksjon, samtidig som BTI-modellen ennå ikke er implementert i alle relevante tjenester.

Samlet vurderer revisjonen at kommunen i hovedsak har etablert samarbeidsstrukturer på systemnivå og i enkeltsaker mellom tjenester som arbeider med ungdom. Samtidig fremstår enkelte av strukturene som under utvikling, og det foreligger etter revisjonens vurdering et forbedringspotensial knyttet til å videreutvikle og tydeliggjøre samarbeidsstrukturene i arbeidet med ungdom med psykiske helse- og/eller rusutfordringer.

4.2.2 Vurdering - kriterie 6

Kommunale tjenester som jobber med ungdom bør ha avklart hverandres roller og ansvarsområder overfor målgruppen.

Helsedirektoratets veileder for samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier fremhever kunnskap om andre tjenesters roller, ansvar og oppgaver som en grunnleggende forutsetning for godt samarbeid. Veilederen understreker videre at slik kunnskap er viktig for å sikre helhetlig og koordinert oppfølging av barn og unge.

Basert på revisjonens funn fremstår det i hovedsak å være avklart hvem som har hovedansvaret for oppfølgingen av ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer i kommunen. Samtidig viser funnene at enkelte roller og ansvarsområder fremstår som mindre tydelig avklart på tvers av alle relevante tjenester.

Det fremkommer bred enighet blant informantene om at helsestasjonstjenesten har hovedansvaret for oppfølging av denne målgruppen, og flere tjenester beskriver helsestasjonstjenesten som en sentral samarbeidspartner i arbeidet rundt ungdommene. Kunnskapen om hverandres roller og ansvar fremstår tydeligst blant tjenestene som samarbeider tettest rundt målgruppen, særlig mellom skole, helsestasjonstjeneste, fastleger og psykisk helsetjeneste. Enkelte tjenester som er mindre involvert i det daglige oppfølgingsarbeidet fremstår samtidig å ha mindre tydelig kjennskap til hverandres roller og oppgaver knyttet til denne målgruppen.

Det fremkommer blant annet noe ulik forståelse knyttet til hvilke ungdommer som kan henvises til psykisk helsetjeneste, og hvilken rolle tjenesten skal ha i oppfølgingen av ungdom under 18 år og i veiledning av andre tjenester. Videre fremkommer det at kommunepsykologens rolle og bidrag i arbeidet med barn og unge ikke oppleves som fullt ut tydelig avklart for enkelte tjenester. Det fremkommer ikke av funnene at det er kjent blant tjenestene at fastlegene kan tilby kognitiv samtaleterapi.

Funnene viser videre at flere informanter peker på betydningen av faste samarbeidsmøter og systematisk samarbeid for å avklare roller og ansvarsområder mellom tjenestene i arbeidet med ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Samtidig fremstår flere av samarbeidsstrukturene som beskrevet i datamaterialet å ha et bredere formål enn arbeid med denne målgruppen spesifikt. Selv om strukturene kan benyttes i arbeid med målgruppen, fremkommer det av funnene at samarbeidsmøtene på systemnivå i mindre grad benyttes for å strukturere og koordinere oppfølgingen av ungdom med lette til moderate psykiske helse- og/eller rusutfordringer. Revisjonen merker seg også at enkelte tjenester, blant annet PPT og barnevern, etterlyser mer systematisk samarbeid og sterkere lederforankring av samarbeidet knyttet til denne målgruppen. Revisjonen viser i denne sammenheng til at Helsedirektoratets veileder for psykisk helsearbeid for barn

og unge understreker betydningen av lederforankring og godt etablerte strukturer for å sikre systematisk samarbeid, rolleavklaring og koordinert oppfølging mellom tjenestene.

Revisjonen merker seg samtidig at flere informanter trekker frem kontinuitet i ansattgruppen og god kjennskap mellom ansatte i tjenestene som en viktig styrke for å utvikle kunnskap om hverandres roller, ansvar og oppgaver. Selv om dette fremstår som en styrke, vurderer revisjonen samtidig at rolle- og ansvarsavklaringer som i stor grad bygger på personkjennskap og kontinuitet kan være sårbare dersom kontinuiteten i tjenestene endres. Funnene tyder samlet på at det foreligger behov for en tydeligere felles forståelse av hvilke oppgaver og bidrag de ulike tjenestene skal ha i det helhetlige arbeidet rundt ungdom med psykiske helse- og/eller rusutfordringer.

4.2.3 Vurderinger – kriterie 7

Samarbeid mellom kommune og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) bør skje gjennom faste samarbeidsmøter og utarbeiding av samarbeidsrutiner.

Revisjonen viser til at samarbeid mellom kommunen og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) bør organiseres gjennom faste samarbeidsmøter og tydelige samarbeidsrutiner (se utledning av kriterier i vedlegg 2). Revisjonen legger til grunn at slike samarbeidsformer er viktige for å sikre samordning, felles forståelse og gode vurderinger mellom tjenestenivåene i arbeidet med ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.

Det er etablert faste samarbeidsmøter og samarbeidsrutiner mellom kommunen og psykisk helsevern for barn og unge. Samtidig viser funnene at både samarbeidet og rutiner knyttet til veiledning fra spesialisthelsetjenesten ikke i like stor grad fremstår som etablert og tilgjengelig for alle relevante tjenester i kommunen.

Det fremkommer blant annet at kommunen og BUP gjennomfører faste samarbeidsmøter gjennom såkalte «BUP-dager» én gang per semester. Det fremkommer også at BUP deltar i ansvarsgrupper og samarbeidsmøter i enkeltsaker ved behov. BUP-dagene fremstår som et sentralt samarbeids- og drøftingsforum mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i saker som gjelder ungdom med psykiske helseplager. Flere tjenester, herunder fastleger og psykisk helsetjeneste, opplyser at de får invitasjon til disse møtene og har mulighet til å spille inn saker ved behov.

Det fremkommer av våre funn at helsestasjonstjenesten også har tilgang til fast telefontid med BUP, som kan benyttes til veiledning og avklaringer i arbeidet med ungdom med psykiske helseplager. Det foreligger også skriftlige rutiner for samarbeidet mellom kommunene i Nord-Gudbrandsdalen og BUP Lillehammer/Otta i helsestasjonstjenestens internkontrolldokumentasjon, herunder tidspunkt for telefonveiledning og BUP-dager. Det fremstår

imidlertid i hovedsak å være helsestasjonstjenesten som aktivt benytter disse etablerte samarbeidsrutinene med BUP, selv om slik veiledning etterspørres også av andre tjenester.

Funnene viser i hovedsak at det særlig er den løpende tilgangen til veiledning og faglige drøftinger i konkrete saker som oppleves som nyttig i tjenestenes arbeid med ungdom med psykiske helseplager. Flere tjenester etterlyser større tilgang til kontinuerlig faglig veiledning og løpende drøftinger med spesialisthelsetjenesten, særlig i vurderinger av hvorvidt ungdommens psykiske helseplager skal forstås som lette til moderate eller mer alvorlige. Revisjonen vurderer at dette kan indikere at periodiske samarbeidsmøter alene i mindre grad dekker tjenestenes behov for kontinuerlig faglig støtte og avklaringer i vurderingsarbeidet.

Videre viser funnene at flere informanter opplever mangelfull informasjonsflyt fra spesialisthelsetjenesten underveis i pasientforløpene, blant annet knyttet til statusoppdateringer, avslutning av behandling og løpende informasjon om ungdommenes oppfølging. Revisjonen vurderer at dette kan tyde på at rutinene for informasjonsutveksling og oppfølging mellom tjenestenivåene ikke i alle tilfeller fungerer tilstrekkelig systematisk. Dette kan være av betydning for kommunens mulighet til å sikre helhetlig og koordinert oppfølging av ungdommene.

4.2.4 Vurderinger – kriterie 8

Kommunen bør ikke ha glippsoner i helsetjenestetilbudet som kan føre til at ungdom med psykiske helse- og/eller rusutfordringer ikke mottar hjelpen de har behov for.

Revisjonen viser til at mangelfull samordning mellom tjenester kan føre til «glippsoner» i oppfølgingen av barn og unge, særlig i grenseflater mellom tjenester og i overganger mellom tjenestenivåer og livsfaser (se utledning av revisjonskriterier i vedlegg 2).

Samlet vurderer revisjonen at kommunen har flere samarbeidsformer og strukturer som kan bidra til å forebygge glippsoner i oppfølgingen av ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Samtidig viser funnene enkelte forhold som kan innebære risiko for glippsoner i den helhetlige oppfølgingen av ungdommene.

Det fremkommer blant annet at tjenestene samarbeider i enkeltsaker gjennom ansvarsgrupper, instansmøter og direkte kontakt ved behov. Samtlige informanter beskriver samarbeidet på individnivå som godt, og flere tjenester beskriver lav terskel for kontakt mellom tjenestene. Helsestasjonstjenestens rolle og ansvar i oppfølgingen av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer fremstår videre som godt etablert mellom tjenestene. Dette kan bidra til at ungdommenes behov fanges opp tidlig og at ansvaret for oppfølging plasseres tydelig mellom tjenestene. Funnene viser også at helsestasjonstjenestens samarbeid med skole og fastlege, herunder etablerte henvisningsrutiner, fremstår som forhold som kan bidra til å forebygge glippsoner i oppfølgingen av ungdommene.

Sammenslåingen av barne- og ungdomsskolen, samt lokaliseringen av skolehelsetjenesten ved skolen, fremstår også som forhold som kan bidra til kontinuitet i oppfølgingen og redusere risikoen for glippsoner i overgangen mellom barne- og ungdomsårene. Dette ved at helsestasjonstjenesten følger ungdommene og deres familier over tid og fanger opp behov for oppfølging tidlig.

Samtidig viser funnene enkelte forhold som etter revisjonens vurdering kan innebære risiko for glippsoner i den helhetlige oppfølgingen av ungdommene. Revisjonen viser blant annet til tidligere vurderinger knyttet til at enkelte roller og ansvarsområder fremstår som mindre tydelig avklart mellom tjenestene. Dette gjelder blant annet muligheten for oppfølging av ungdom under 18 år i psykisk helsetjeneste, samt kommunepsykologens rolle i arbeidet med barn og unge. Etter revisjonens vurdering kan slike uklårheter innebære at tilgjengelig fagkompetanse i kommunen ikke benyttes fullt ut i oppfølgingen av ungdommene.

Funnene viser også at enkelte informanter beskriver utfordringer knyttet til informasjonsdeling mellom tjenestene. PPT peker blant annet på at streng taushetsplikt og manglende samtykke i noen tilfeller kan føre til at de ikke har tilstrekkelig innsikt i ungdommens samlede situasjon og hjelpebehov. Det pekes på at dette øker risikoen for at tiltak og oppfølging i skolen ikke i tilstrekkelig grad treffer ungdommens faktiske behov. Etter revisjonens vurdering fremstår dette som en mulig glippsoner i den helhetlige oppfølgingen av ungdommen, herunder i tilretteleggingen av skolehverdagen.

Revisjonen viser videre til at BTI-modellen ennå ikke er fullt implementert i alle relevante tjenester, samtidig som tidligere ressursgrupper i stor grad har falt bort. Etter revisjonens vurdering kan dette innebære en risiko for at enkelte tjenester i mindre grad inngår i systematiske samarbeidsarenaer rundt denne ungdomsgruppen i perioden hvor BTI implementeres.

Videre viser funnene at flere tjenester etterlyser mer veiledning, informasjonsutveksling og løpende samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Etter revisjonens vurdering kan begrenset kontinuitet i samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten øke risikoen for glippsoner i oppfølgingen av ungdommene. Basert på funnene vurderer revisjonen at slike glippsoner kan innebære risiko for at ungdom ikke får tilstrekkelig oppfølging eller tilrettelegging fra kommunale tjenester, at behov for videre henvisning ikke fanges opp tidlig nok, eller at ungdom henvises til spesialisthelsetjenesten uten at kommunale tiltak er tilstrekkelig utprøvd.

Funnene viser også at enkelte informanter beskriver utfordringer knyttet til oppfølging når ungdom flytter ut av kommunen i forbindelse med videregående opplæring. Det fremkommer blant annet at fastlegene opplever å miste oversikt over enkelte ungdommer når de flytter på hybel utenfor kommunen, og at samarbeid med helsestasjonstjenester i andre

kommuner kan være krevende. Etter revisjonens vurdering kan slike overganger innebære risiko for glippsoner dersom samarbeid og informasjonsflyt mellom tjenestene ikke fungerer tilstrekkelig godt.

5. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

Formålet med revisjonen har vært å undersøke i hvilken grad Skjåk kommune tilrettelegger for at ungdom som har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus får nødvendig og samordnet hjelp. I det følgende presenteres revisjonens konklusjon på den overordnede problemstillingen for prosjektet, før det redegjøres nærmere for konklusjonene knyttet til delproblemstilling 1 og 2, som belyser ulike sider ved den overordnede problemstillingen.

5.1 Konklusjon

Den overordnede problemstillingen for prosjektet er:

I hvilken grad har Skjåk kommune lagt til rette for helhetlig oppfølging av ungdom som har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus?

Revisjonen konkluderer samlet sett med at Skjåk kommune har lagt til rette for helhetlig oppfølging av ungdom som har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus. Undersøkelsen viser at kommunen har sørget for tilgjengelige tjenester for ungdom som opplever slike utfordringer, og at det er tett samarbeid og lav terskel for kontakt mellom sentrale tjenester.

Samtidig viser undersøkelsen at oppfølgingen av målgruppen i større grad sikres gjennom praksis, relasjoner og fleksibelt samarbeid mellom tjenestene som følger ungdommene tett, enn gjennom fullt ut systematiserte strukturer på tvers av alle relevante tjenester. Samarbeidet rundt målgruppen fremstår mindre systematisk for tjenester som i mindre grad er involvert i den daglige oppfølgingen av ungdommene, men som likevel har en sentral rolle i det helhetlige arbeidet rundt denne gruppen.

Etter revisjonens vurdering innebærer dette et forbedringspotensial knyttet til tydeligere roller og ansvar, samt økt systematikk i samarbeidet rundt ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.

I det følgende redegjøres det nærmere for revisjonens konklusjoner knyttet til de to delproblemstillingene.

5.1.1 Problemstilling 1

Har kommunen tilgjengelige tjenester og tiltak for unge med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusvansker, i tråd med lovkrav og nasjonale anbefalinger?

Revisjonen konkluderer samlet sett med at Skjåk kommune i hovedsak har etablert tilgjengelige tjenester og tiltak for ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer i tråd med lovkrav og nasjonale anbefalinger.

Funnene viser at særlig skolehelsetjenesten fremstår som lett tilgjengelig for ungdom gjennom høy tilstedeværelse ved skolen, mulighet for individuelle samtaler og oppfølging ved behov. Helsestasjonstjenesten fremstår som kommunens primære tjeneste i oppfølgingen av ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Revisjonen viser blant annet til helsestasjonstjenestens sentrale rolle i både forebygging, kartlegging og oppfølging av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer, herunder gjennomføring av individuelle samtaler.

Videre viser undersøkelsen at det fremstår å være lav terskel for å få time hos fastlege for ungdom, og at psykisk helsetjeneste, som også er en lavterskeltjeneste, kan ta imot ungdom ved behov.

Vi vil påpeke at det foreligger forventninger i nasjonale faglige retningslinjer om at helsestasjonstjenesten skal tilby individuelle samtaler til ungdom ved behov, samtidig som det ikke foreligger lovkrav om *behandlingstilbud* i helsestasjonstjenesten (Riksrevisjonen, 2026). Basert på revisjonens funn fremstår det i stor grad som at helsestasjonstjenesten er en sentral aktør i behandlingstilbudet til ungdom med lette til moderate psykiske helseplager i Skjåk, gjennom sitt tilbud om oppfølgende samtaler. Funnene viser at det tidvis kan være stor pågang på slik samtaleoppfølging, og at det ved redusert kapasitet og sykefravær kan være utfordrende å gjennomføre denne oppfølgingen.

Det at helsestasjonstjenesten har en så stor del av oppfølgingsansvaret kan gjøre tilbudet til ungdom med psykiske helseplager sårbart, særlig ved kapasitetsutfordringer eller redusert bemanning i helsestasjonstjenesten. Revisjonen vurderer det derfor som positivt at psykisk helsetjeneste har åpnet opp for oppfølging av ungdom under 18 år, og at fastlegene kan tilby samtaleoppfølging ved behov. Etter revisjonens vurdering er dette viktig for å bidra til å styrke kommunens samlede tilbud og redusere sårbarheten i oppfølgingen av målgruppen. Undersøkelsen viser videre at kommunen per i dag ikke har etablert en fullt ut helhetlig og samlet oversikt over tjenestetilbudet til ungdom med psykiske helse- og/eller rusutfordringer og deres familier. En slik oversikt er viktig for tilgjengeligheten til tjenestene, ved at ungdom og familier enkelt kan få oversikt over hvilke tilbud som finnes og hvor de kan henvende seg ved behov for hjelp. Samtidig viser undersøkelsen at kommunen er i prosess med å utvikle en mer samlet og tilgjengelig oversikt gjennom BTI-arbeidet.

5.1.2 Problemstilling 2

I hvilken grad har kommunen etablert hensiktsmessige strukturer, rutiner og arenaer for samhandling mellom tjenester for barn og unge med psykiske vansker og/eller rusvansker?

Revisjonen konkluderer samlet sett med at Skjåk kommune i hovedsak har etablert samarbeidsstrukturer, rutiner og arenaer som legger til rette for samarbeid og samhandling mellom tjenester som arbeider med ungdom i kommunen. Samtidig viser undersøkelsen at samarbeidsstrukturene, rolleavklaringene og systematikken i samarbeidet rundt ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer fortsatt kan tydeliggjøres og videreutvikles.

Undersøkelsen viser at samarbeidet på individnivå fremstår gjennomgående som godt, og funnene viser at det oppleves å være lav terskel for kontakt mellom tjenestene og god kjennskap mellom ansatte. Dette fremstår som en styrke i oppfølgingen av ungdommene og bidrar til fleksibel samhandling ved behov.

Videre viser undersøkelsen at samarbeidet på systemnivå i mindre grad fremstår systematisk innrettet mot ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer spesifikt. Det fremkommer av undersøkelsen at enkelte tjenester etterlyser tydeligere samarbeidsstrukturer, rolleavklaringer og sterkere lederforankring i arbeidet rundt denne gruppen. Undersøkelsen viser også at enkelte roller og ansvarsområder fremstår som mindre tydelig avklart mellom tjenestene, blant annet knyttet til psykisk helsetjenestes rolle overfor ungdom under 18 år og kommunepsykologens rolle i arbeidet med barn og unge.

Det er positivt at kommunen er i gang med implementering av BTI-modellen, som har til hensikt å bidra til mer systematisk samhandling og koordinering mellom tjenestene. Etter revisjonens vurdering er det samtidig viktig at kommunen sikrer at det ikke oppstår glippsoner i samarbeidet mellom tjenestene i perioden mellom bortfall av tidligere samarbeidsarenaer, herunder tverrfaglige ressursgrupper, der et bredt spekter av tjenester var involvert, og ferdig implementering av BTI-modellen.

Basert på våre funn fremstår det som at løpende veiledning fra spesialisthelsetjenesten i størst grad er tilgjengelig for helsestasjonstjenesten, og i mindre grad fremstår etablert for øvrige relevante tjenester. Flere tjenester etterlyser større tilgang til faglige drøftinger og bedre informasjonsflyt fra spesialisthelsetjenesten underveis i pasientforløpene. Dette kan ha betydning for kommunens mulighet til å sikre helhetlig og koordinert oppfølging av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.

Undersøkelsen viser også at det foreligger behov for å skape felles forståelse knyttet til hvilken informasjon som kan og bør deles mellom kommunale tjenester i arbeidet med

målgruppen. Dette kan ha betydning for kommunens mulighet til å sikre *helhetlig* oppfølging av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.

5.2 Anbefalinger

Basert på våre konklusjoner har vi utarbeidet følgende anbefalinger til kommunen. Kommunen bør:

- i det videre arbeidet ha oppmerksomhet på sårbarhet knyttet til helsestasjonstjenestens omfattende ansvar og sentrale rolle i oppfølgingen av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.
- videreføre arbeidet med å utvikle en helhetlig og lett tilgjengelig oversikt over tjenestetilbudet til ungdom med psykiske helse- og/eller rusutfordringer og deres familier.
- videreføre arbeidet med implementering av BTI-modellen for å styrke systematikk i samarbeidet rundt ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.
- ha oppmerksomhet på behovet for tydelige roller og ansvarsområder mellom relevante tjenester i oppfølgingen av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.
- arbeide for å skape felles forståelse knyttet til informasjonsdeling mellom tjenester i oppfølgingen av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.
- arbeide for at relevante tjenester har kjennskap til etablerte samarbeidsrutiner og veiledningsmuligheter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i oppfølgingen av ungdom med psykiske helseplager og/eller rusutfordringer.

6. Litteraturliste

Oversikt over referert lovverk og forskrifter:

Barnevernsloven. (2021). Lov om barnevern (LOV-2021-06-18-97). Lovdata.

Fastlegeforskriften. (2012). Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842). Lovdata.

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Regjeringen

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

Opplæringslova. (2023). Lov om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa (LOV-2023-06-09-30). Lovdata.

Oversikt over refererte veiledere, retningslinjer, rapporter og fagartikler:

Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater. NOVA-rapport 16/20*.

Eriksen, N. (2020, september 22). Ungdata 2020: Ingen auke i psykiske plagar. *Ungdata*.
<https://www.ungdata.no/ungdata-2020-inga-auke-i-psykiske-plagar/>

Fafo. (2020). *Trøbbel i grenseflatene Samordnet innsats for utsatte barn og unge*.
<https://kudos.dfo.no/documents/17851/files/17947.pdf>

FHI. (2025). *Folkehelse rapporten*. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/>

Gallefoss, L., & Øen, K. G. (2023, februar 7). *Helsesykepleiere driver utstrakt psykisk helsearbeid | Sykepleien*. <https://sykepleien.no/fag/2023/01/helsesykepleiere-driver-utstrakt-psykisk-helsearbeid>

Helsedirektoratet. (2023). *Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>

Helsedirektoratet. (2025). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten—Nasjonal faglig retningslinje*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

- Helsedirektoratet. (2026). *Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier>
- Morken, I. S., Viddal, K. R., Ranum, B., & Wichstrøm, L. (2021). Depression from preschool to adolescence – five faces of stability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(8), 1000–1009. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13362>
- Norsk psykologforening. (u.å.). *Diagnoser i psykisk helsevern*. Psykologforeningen. Hentet 13. april 2026, fra <https://www.psykologforeningen.no/lonn-og-arbeid/jus-og-arbeidsliv/diagnose/diagnoser-i-psykisk-helsevern>
- Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2023). *Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2022*. SINTEF.
- Riksrevisjonen. (2026). *Tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser*.
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2025-2026/tjenester-til-barn-og-unge-med-psykiske-plager-og-lidelser/>
- Steinsbekk, S., Ranum, B., & Wichstrøm, L. (2022). Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: A 6-wave community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(5), 527–534. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13487>
- Ungdata. (2024). *Ungdata 2024, Skjåk kommune*. [https://www.ungdata.no/wp-content/uploads/reports_2024/Innlandet_Sjak_2024_Ungdomsskule_Kommune.pdf](https://www.ungdata.no/wp-content/uploads/reports_2024/Innlandet_Skjak_2024_Ungdomsskule_Kommune.pdf)

Vedlegg 1. Metode

For å belyse problemstillingene har revisjonen innhentet informasjon fra flere kommunale tjenester som på ulike måter er involvert i oppfølging av ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Det er benyttet dokumentanalyse, intervjuer, spørrebrev (skriftlige intervjuer), samt systematisk observasjon av tilgjengelig informasjon på kommunens nettsider som metodiske fremgangsmåter. I det følgende vil både informanter og metoder bli beskrevet.

Revisjonen har ikke undersøkt oppfølgingen av ungdom på individnivå, det vil si hvordan tjenestene fungerer for den enkelte ungdom. Det er derfor ikke innhentet erfaringer fra ungdommene selv eller deres familier, og det er heller ikke gjennomført mappegjennomgang eller andre undersøkelser av oppfølgingen i enkeltsaker. Denne avgrensningen ble gjort i forbindelse med utarbeidelsen av prosjektplanen og er i tråd med rammene som er vedtatt av kontrollutvalget.

Datainnsamling er gjennomført i perioden januar til april 2026.

Dokumentanalyse

Revisjonen har analysert følgende tilsendte dokumenter:

- «Arbeidsdokument skolehelsetjenesta»
- «Dokumentasjon på rutinar, prosedyrar, m.m»
- «Internkontroll for Sel, Vågå og Skjåk barneverntjeneste»
- «Internkontroll helsestasjon»
- «Prosedyre for psykisk helse Lom og Skjåk»
- «Prosedyrer for barnevernstjenesten i Sel, Vågå, Lom og Skjåk»
- «Rutiner og samarbeid Lom og Skjåk helsestasjon»
- «Ungdomsgarantien i Nav»
- «Årshjul skolehelsetjenesten 2025-2026»
- «saman for suksess» -årshjul

I intervjuene ble informantene spurt om det foreligger ytterligere intern dokumentasjon som beskriver rutiner, ansvarsfordeling, internkontroll eller samarbeid utover det som er redegjort for her. Det ble ikke opplyst om slik dokumentasjon.

Revisjonen har fått tilgang til Compilo, som er et system for kvalitetsstyring og dokumenthåndtering som benyttes av Skjåk kommune. Det er gjennomført søk i Compilo etter dokumenter som revisjonen vurderer som relevante for undersøkelsen. Vi har imidlertid ikke funnet ytterligere dokumentasjon i Compilo som revisjonen ikke har fått tilsendt fra kommunen.

Intervjuer og spørrebrev

Revisjonen har gjennomført dybdeintervjuer med 8 personer. Disse var:

- leder for psykisk helsetjeneste Lom og Skjåk
- tre ansatte i helsestasjonstjenesten Lom og Skjåk. To er helsesykepleiere ansatt i skoleteamet, hvorav én også er fungerende leder for helsestasjonstjenesten. En ansatt er miljøterapeut og MOT-coach
- to fastleger som er ansatte ved legekantoret i Skjåk
- kommunepsykolog
- leder for PPT-tjenesten

I tillegg ble det sendt spørrebrev til informanter i tre ytterligere tjenester. Et spørrebrev er et skriftlig intervju der spørsmål ble sendt via e-post, og informantene svarte skriftlig under hvert spørsmål. Spørrebrevet ble sendt til følgende personer:

- leder for Nav
- leder for barneverntjenesten
- rektor ved barne- og ungdomsskolen

Systematisk observasjon

Revisjonen har gjennomført en systematisk observasjon av:

- Skjåk kommunes nettsider, med særlig fokus på:
 - informasjon om tjenestenes innhold
 - kontaktinformasjon, herunder telefonnummer og adresse der tjenestene kan nås
- Sosiale medier for tjenester som i interne dokumenter oppgir at de er tilgjengelige for brukere via slike plattformer.

Observasjonen ble gjennomført i februar 2026.

Om intervjuene

I intervjuene ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide med spørsmål utarbeidet med utgangspunkt i revisjonskriteriene, men som ble tilpasset den enkelte informant og deres rolle i arbeidet med målgruppen. Intervjuguiden fungerte som et verktøy for å sikre at revisjonen innhenter informasjon som er nødvendig for å vurdere kommunens praksis opp mot revisjonskriteriene og kunne konkludere på problemstillingen. I intervjuene ble det stilt spørsmål om tjenestenes opplevelse av utfordringsbildet knyttet til ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer i Skjåk kommune, deres organisering, tilgjengelighet og tilbud til denne gruppen. Det ble også stilt spørsmål om hva tjenestene gjør i møte med ungdommene, herunder deres praksis i oppfølging og tiltak, samt samarbeid med andre tjenester rettet mot denne gruppen ungdommer. Informantene ble videre bedt om å peke på forhold som fungerer godt, og på utfordringer.

Alle intervjuene kan imidlertid beskrives å være dybdeintervjuer. Det vil si at revisor under intervjuet har gitt informantene mulighet til å beskrive sine opplevelser og sin praksis i

dybden, med rom for rike beskrivelser. Dette har vært viktig for å forsøke å få et helhetlig og nyansert bilde av hvilken oppfølging ungdom i kommunen får i forbindelse med utfordringer knyttet til psykisk helse og/eller rus.

To av intervjuene ble gjennomført som gruppeintervjuer, der to ansatte fra samme tjeneste deltok sammen. Dette gjaldt to ansatte fra fastlegekontoret og to ansatte fra helsestasjonstjenesten. Gruppeintervju ble valgt for å få en bred og utfyllende framstilling av tjenestens praksis overfor målgruppen. Under intervjuene supplerte informantene hverandres beskrivelser, minnet hverandre på detaljer og reflekterte sammen over tjenestens praksis. De henvendte seg også til hverandre med spørsmål som «er du enig i det?», noe som bidro til at revisor fikk et presist og helhetlig bilde av tjenestens arbeid overfor målgruppen.

Alle intervjuer ble gjennomført i etterkant av dokumentanalysen. Intervjuene har dermed blitt brukt til å utdype og supplere funn fra dokumentanalysen, samt til å innhente ytterligere informasjon om forhold revisjonen vurderte som relevante å belyse nærmere.

Intervjuene varte mellom 1 time og 1, 5 time.

Om spørrebrevene

I spørrebrevene stilte vi spørsmål om den enkelte tjenestens rolle overfor målgruppen, hvilke etablerte samarbeidsstrukturer de deltar i, og hvordan de opplever samarbeidet. Videre spurte vi om de opplever at samarbeidsarenaene bidrar til å avklare roller og ansvar mellom tjenestene, samt om arenaene styrker den generelle kompetansen i arbeidet med målgruppen. Det ble også stilt spørsmål om hva som fungerer godt i samarbeidet, og hva de mener kan forbedres.

Vurderinger knyttet til utvalget

Det er gjort et utvalg av tjenester som på ulike måter arbeider med ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer. Flere av disse tjenestene yter direkte oppfølging og/eller behandling til ungdom gjennom helsetjenester. Det er gjennomført intervjuer med informanter fra disse tjenestene for å innhente inngående kunnskap om tjenestenes praksis overfor ungdommene. Videre er det gjort et utvalg av tjenester som inngår i det tverrsektorielle arbeidet rundt ungdommene med slike plager, men som ikke yter helsefaglig oppfølging. Til disse tjenestene ble det sendt ut spørrebrev med spørsmål om rolle og samarbeid knyttet til målgruppen. En slik inndeling ble vurdert som mest hensiktsmessig både ut i fra prosjektets ressursramme, og vurdering av ønsket datamateriale.

Utvalget vurderes å gi god innsikt i både tilgjengelige tjenester og tiltak for ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer, samt hvordan tjenestene samarbeider rundt ungdommene.

Revisjonen vurderer videre det innhentede datamaterialet som tilstrekkelig for å besvare revisjonens problemstilling. Revisjonen har mottatt svar fra alle ønskede tjenester, og fått et bredt kunnskapsgrunnlag for å besvare problemstillingen.

Revisjonen påpeker at det kan være tjenester eller tiltak som er relevante for problemstillingen, som likevel ikke inkludert i denne undersøkelsen. Revisjonen har imidlertid forsøkt å kartlegge hvilke tjenester som er sentrale i arbeidet med å følge opp ungdommer med lette til moderate psykiske helseplager, og samtidig gjort en vurdering av både utvalg og valg av metoder ut ifra prosjektets ressursramme.

Alle intervjureferater er verifisert, og informantene har fått anledning til å både utdype og korrigere innholdet i referatet, dersom de finner feil eller misforståelser. Utledningen av revisjonskriterier er oversendt kommunen, og det er enighet om kriteriegrunnlaget.

Bruk av lydopptak og behandling av personopplysninger

Det ble benyttet lydopptaker i intervjuene. Informantene las i forkant av intervjuene gjennom informasjonsskriv om bruk av lydopptak og signerte samtykkeerklæring.

I denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger om informantene som vi har hatt intervjuer med, og som vi har sendt spørrebrev til. Disse personopplysninger omhandler kun navn, og ved lydopptak er det stemmegjenkjenning som regnes som personopplysninger. Det rettslige grunnlaget for behandlingen av personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd. Personopplysningene har blitt lagret med kryptert tilgang. Det er kun prosjektansvarlig revisor som har hatt tilgang til lydopptakene. Det er ikke behandlet opplysninger som kan regnes som særlige kategorier personopplysninger.

Transkribering, referat og analyseprosess

Lydopptakene fra intervjuene ble først transkribert ordrett. Transkripsjonene ble deretter omarbeidet til referater. I denne prosessen ble materialet systematisk gjennomgått og bearbeidet for å fjerne informasjon som ikke var relevant for å belyse problemstillingene eller vurdere funnene opp mot revisjonskriteriene. Kun innhold vurdert som vesentlig for den videre analysen ble videreført til referatform. Referatene ble deretter oversendt til informantene for verifisering. I denne fasen ble enkelte forhold korrigert, presisert eller supplert av informantene der de vurderte det som nødvendig. Deretter ble de verifiserte referatene analysert gjennom en strukturert analyseprosess. Revisjonskriteriene dannet rammen for analysen, og datamaterialet ble kategorisert og analysert i lys av disse.

Dokumentanalysen ble gjennomført i to trinn. Først gjennomgikk revisor all mottatt dokumentasjon for å etablere et helhetlig overblikk over tjenestenes roller, organisering og arbeidsprosedyrer. Deretter ble det gjennomført en strukturert analyse i analyseverktøyet NVivo, der innholdet i dokumentasjonen ble kodet og kategorisert med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette bidro til å sikre en systematisk gjennomgang av all dokumentasjon, samt at relevant informasjon ble identifisert og anvendt i vurderingene.

Spørsmålene i spørrebrevene var i stor grad utformet med utgangspunkt i revisjonskriterier knyttet til samarbeid. Informasjonen i svarene var dermed på forhånd strukturert i tråd med disse, noe som muliggjorde en mer direkte og målrettet vurdering.

Revisjonskriteriene dannet dermed grunnlaget for hvordan det samlede datamaterialet, inkludert intervjuer, spørrebrev, dokumentasjon og observasjon, ble strukturert, analysert og tolket.

Kvalitetssikring – relevans og pålitelighet

Prosjektet er gjennomført i henhold til RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon som er gjeldende som god kommunal revisjonsskikk fastsatt av NKRF. Innlandet Revisjon IKS har et internt kvalitetssikringssystem som er i samsvar med RSK 001.

Datamaterialets relevans er knyttet til i hvilken grad undersøkelsen gir et dekkende bilde av den faktiske situasjonen. Revisjonen har søkt å sikre datamaterialets relevans gjennom å foreta et strukturert og bevisst utvalg av informanter. Informantene har også bekreftet både egen og andres tjeneste som relevante for problemstillingen. Utvalgsprosessen er utdypet i kapittelet om vurderinger knyttet til utvalget. Revisjonen har videre bidratt til å tydeliggjøre sammenhengen mellom utvalget, datainnsamlingen og problemstillingen.

Videre er datamaterialets relevans ivaretatt ved at intervjuene er gjennomført på en måte som åpner for rike beskrivelser av informantenes opplevelser, forståelser og praksis. Dette bidrar til et datamateriale som i stor grad belyser den faktiske situasjonen.

Med pålitelighet menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. Dette er blant annet ivaretatt ved verifisering av intervjureferater og ved innhenting av uttalelse fra komunedirektøren på utkast til rapport.

Vi har også benyttet metodetriangulering som et grep for å styrke reliabiliteten og validiteten. Metodetriangulering innebærer å kombinere ulike metoder for datainnsamling og analyse for å belyse en problemstilling fra flere perspektiver. Hver metode bidrar til å bekrefte og utdype informasjon fra de andre metodene, og gir dermed et mer nyansert bilde av de undersøkte problemstillingene. Dette reduserer risikoen for feil og gir et mer helhetlig bilde av virkeligheten.

Vedlegg 2. Utledning av revisjonskriterier

Problemstilling 1:

Har kommunen tilgjengelige tjenester og tiltak for unge med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusvansker, i tråd med lovkrav og nasjonale anbefalinger?

Plikt til å sørge for nødvendig helsehjelp

Helse- og omsorgstjenesteloven spesifiserer kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne, jf. §§ 3-1 og 3-2. Etter § 3-2 fjerde ledd har kommunen ansvar for *utredning, diagnostisering og behandling*, herunder fastlegeordningen. Forarbeidene presiserer at formuleringen «herunder fastlege» innebærer at også andre kommunale tjenester enn fastlegen kan ha ansvar for disse oppgavene (Prop. 91 L (2010–2011)). Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsett funksjonsevne, jf. § 3-1. Det fremgår ytterligere av fastlegeforskriften paragraf § 10 som omhandler fastlegens oppgaver overfor innbyggerne på listen, at fastlegen er ansvarlig for å tilby *alle* typer allmennlegetjenester til egne listeinnbyggere. Det er i bestemmelsen presisert at dette gjelder både innen somatikk, psykisk helse og rus. Loven likestiller dermed psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer med somatisk sykdom.

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg psykologkompetanse, jf. § 3-2 andre ledd.

Plikten til å sørge for psykiske helse- og rustjeneste utgjør en integrert del av kommunens sørge-for-ansvar etter §§ 3-1 og 3-2. Kommunen står fritt til å organisere tjenestene slik den finner hensiktsmessig for å oppfylle sine plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven, herunder ansvaret for psykiske helsetjenester. I lovens forarbeider utdypes det noe nærmere hva som menes med psykiske helsetjenester i kommunen, som en del av kommunens «sørge for»-ansvar:

«Psykiske helsetjenester i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte- og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten (...). For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om psykisk helsearbeid.» (kapittel 15.5.8.3)

Når det gjelder helse- og omsorgstjenestelovens (§ 3-2 fjerde ledd) bruk av begrepet *utredning* er dette ikke nærmere definert eller utdypet i lovens forarbeider eller i rundskriv. Revisjonen legger til grunn at utredning i denne sammenhengen i praksis omfatter en

vurdering og individuell kartlegging av en ungdoms psykiske helse og dens behov for behandling og oppfølging.

Når det gjelder diagnostisering, utdyper Norsk psykologforening at helsepersonelloven ikke sier noe direkte om hvem som kan stille diagnoser, og at dette må utledes av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 første og annet ledd: "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal inn-hente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.». Videre presiseres det at «Det er kun profesjonsstudiet i psykologi og medisinstudiet som kvalifiserer for diagnosesetting» (Norsk psykologforening, u.å.)

Begrepet «ungdom med milde til moderate psykiske plager» benyttes om barn og unge som omfattes av kommunens ansvar for behandling og oppfølging. Dette innebærer at plagene ikke anses så alvorlige at de gir rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten har imidlertid ansvar både i forkant av og i etterkant av utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingsansvaret består også når den enkelte mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge (Helsedirektoratet, 2023).

Det fremgår av Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge (Helsedirektoratet, 2023) at kommuner bør ha et lavterskel psykisk helsetilbud der ungdom kan få behandling og oppfølging for psykiske helseutfordringer uten henvisning. Anbefalingen begrunnes blant annet med at det er «stor og uheldig variasjon i hvordan kommunene har definert sitt ansvar overfor barn og unge med psykiske utfordringer. Tilsvarende variasjon ses i organiseringen av tilbudet og i hvilke instanser som yter oppfølging og behandling» (Helsedirektoratet, 2023, kap. 4, s.5).

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-2) stiller krav om at kommunen *skal* sørge for

- a) Helsetjeneste i skoler
- b) Helsestasjonstjeneste

Tjenestene skal tilby helse- og omsorgstjenester for barn og unge fra 0-20 år, og er sentrale aktører i kommunens tilbud rettet mot psykisk helse- og rusutfordringer hos ungdom. Formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdommer og skader, utjevne sosiale helseforskjeller samt forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2025)

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (§§5,6)¹⁴ fastslår at helsestasjon og skolehelsetjenesten skal

- drive kartlegging for å avdekke risiko for psykiske vansker, og sørge for tilbud om nødvendig oppfølging og hjelp
- gi råd og veiledning om psykisk helse tilpasset ungdommens behov

Det følger videre av forskriftens § 3 andre ledd at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et *tverrfaglig* tilbud. Faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten utdyper ytterligere at bemanningen i tjenestene skal bestå av helsesykepleier og lege, de bør bestå av fysioterapeut, og de kan også ha ansatt psykolog, ergoterapeut eller andre yrkesgrupper med pedagogisk, sosialfaglig, tverrfaglig eller tverrkulturell kompetanse (Helsedirektoratet, 2025).

Faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom utdyper at sentrale arenaer for å kartlegge risiko og oppdage psykiske plager og lidelser hos barn og unge er:

- i skolestartundersøkelsen
- i helsesamtalen på 8. trinn
- ved andre målrettede undersøkelser
- ved veiing og måling
- ved vaksinerings
- når barnet og ungdommen selv tar kontakt ved drop-in
- gjennom samarbeidet med skolen

Tilbud om oppfølgende samtaler

Den faglige retningslinjen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2025) utdyper at helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten bør støtte barn og ungdommer med psykiske plager ved å tilby oppfølgende samtaler individuelt eller i grupper. Retningslinjen påpeker at oppfølgende samtaler og tiltak bør gjennomføres innenfor «et kortvarig og rimelig omfang». Samtalene bør ta utgangspunkt i barnet/ungdommens behov. Retningslinjen presiserer at det er viktig at skolehelsetjenesten er lett tilgjengelig, det vil si at den befinner seg der ungdommen er, altså på skolen, og at den fungerer som en drop-in tjeneste.

Helsestasjon for ungdom (HFU)

Med hjemmel i forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 3, skal alle barn og unge opp til 20 år ha et tilbud i helsestasjonstjenesten. Hvordan kommunen tilrettelegger tilbudet for ungdom, er opp til kommunen selv. Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom anbefaler imidlertid at tilbudet til ungdom

¹⁴ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

organiseres som en helsestasjon for ungdom (HFU). Ungdom er ofte spontane, og ønsker at hjelp skal være tilgjengelig der og da. Derfor bør HFU lokaliseres på steder som er lett tilgjengelige for unge, med åpningstider tilpasset deres behov. Dette innebærer blant annet åpningstider etter skoletid og mulighet for drop-in-konsultasjoner, slik at ungdom ikke trenger å bestille time. Tjenestene skal være gratis, og tilbudet skal også være tilgjengelig for ungdom som av ulike grunner ikke går på skole. Dersom tilbudet organiseres som HFU, skal dette ikke erstatte tilbudet til ungdom gjennom skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2025).

Om behandling i helsestasjonstjenesten

Den faglige retningslinjen omtaler ikke disse oppfølgende samtalene som bør gis barn og unge i helsestasjonstjenesten for *behandling*, men som en form for støtte til barn og unge med psykiske plager. Det er imidlertid uenighet om hvorvidt slike samtaler bør forstås som *behandling*, og om behandling av psykiske plager er en oppgave helsesykepleiere skal påta seg (Riksrevisjonen, 2026). Det påpekes at økende psykiske plager blant barn og unge fører til et press på skolehelsetjenesten til å tilby individuell oppfølging «som grenser til behandling» (FHI, 2025, s. 70). Samtidig understrekes det at slik oppfølging er svært tidkrevende og kan gå på bekostning av det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det påpekes at det verken er bærekraftig eller i tråd med helsestasjonstjenestens mandat å drive langvarig individuell oppfølging når problemer allerede har oppstått (FHI, 2025).

Også Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at helsestasjonen og skolehelsetjenesten ikke har det som sine kjerneoppgaver og ansvar å *behandle* barn og unge med psykiske plager og lidelser, men skal drive med helsefremmende og forebyggende arbeid (Riksrevisjonen, 2026).

Det argumenteres imidlertid av personer i fagmiljøet for at samtalene som tilbys hos mange helsesykepleiere på skolen i stor grad bygger på anerkjente terapeutiske metoder og bidrar til endringer i barn og unges tanke- og handlingsmønstre, og bør derfor forstås som behandling (Gallefoss & Øen, 2023).

BEHANDLING AV PSYKISKE PLAGER FOREGÅR GJENNOM SAMTALER OM ENDRING AV TANKER, FØLELSER OG ATFERD (GALLEFOSS OG ØEN, 2023).

Det argumenteres videre for at helsesykepleiere derfor må be lokale og sentrale beslutningstakere om økte ressurser og nødvendig kompetanseheving for å bidra ytterligere med sitt viktige arbeid (Gallefoss og Øen, 2023).

Vår håndtering av krav til helsestasjonstjenesten

Revisjonen har ikke utarbeidet revisjonskriterier knyttet til hvorvidt skolehelsetjenesten skal drive behandling. Dette må ses i sammenheng med at begrepet «behandling» ikke er tydelig definert eller anvendt i Helsedirektoratets faglige retningslinjer for tjenesten eller i

gjeldende lovverk. Revisjonen undersøker likevel tjenestens praksis knyttet til å tilby oppfølgende samtaler. Dette innebærer både å kartlegge om det tilbys samtaler, individuelt og/eller i grupper, i tråd med retningslinjens anbefalinger, samt å belyse innholdet i og omfanget av disse. I tillegg vurderer revisjonen tjenestens oppfølging i forhold til lovpålagte oppgaver. Helsestasjonen, herunder skolehelsetjenesten, er gjennom lovverket pålagt å kartlegge ungdoms psykiske helse, gi råd og veiledning og sørge for nødvendig oppfølging.

Tilgjengelig oversikt over kommunens helhetlige tjenestetilbud

Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge (Helsedirektoratet, 2023) anbefaler at kommunen har en tilgjengelig oversikt over det helhetlige tilbudet til barn og unge med ulike utfordringer, og deres familier. Ansatte som jobber med barn, unge og familier, og befolkningen for øvrig, bør vite hvilke tilbud og tjenester de kan forvente å finne i egen kommune. Oversikten bør være tilgjengelig digitalt.

Oversikten over ulike tilbud og tjenester bør være strukturert og blant annet inneholde:

- kontaktinformasjon og åpningstid til hver tjeneste.
- informasjon om hvor og hvordan man kan ta kontakt ved bekymring for et barn, ungdom eller familie eller ved akutte situasjoner, for eksempel ved fare for liv og helse eller om avvergeplikten og meldeplikten trer i kraft.
- informasjon om hvor barn og unge selv kan ta kontakt dersom de trenger hjelp og støtte, eller ved akutte situasjoner, for eksempel utsatt for omsorgssvikt, vold eller overgrep.
- tilpasset og tilrettelagt informasjon for hele befolkningen slik at alle kan nå og bruke tjenestene uavhengig av nivå av helsekompetanse, språkkompetanse og digital kompetanse.

Konkrete revisjonskriterier

Med bakgrunn i det som er beskrevet over har vi utarbeidet følgende revisjonskriterier for problemstilling 1:

- Kommunen skal gjennom organisering og styring sikre at ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer får nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder
 - sikre tilbud om utredning, diagnostisering, og behandling
 - sikre tilgjengelig helsestasjonstilbud til ungdom, herunder skolehelsetjeneste
 - sikre psykologkompetanse
- Helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten, skal drive kartlegging av risiko for psykiske vansker og rusutfordringer hos ungdom, sørge for tilbud om nødvendig oppfølging og hjelp, samt gi råd og veiledning om psykisk helse tilpasset ungdommens behov.

- Helsestasjonstjenesten, herunder skolehelsetjenesten, bør ha et drop-in tilbud, og tilby oppfølgende samtaler til ungdom ved behov.
- Informasjon om kommunens helhetlige tjenestetilbud bør gjøres lett tilgjengelig for ungdom og deres familie.

Problemstilling 2:

I hvilken grad har kommunen etablert hensiktsmessige strukturer, rutiner og arenaer for samhandling mellom tjenester for barn og unge med psykiske vansker og/eller rusvansker?

Samarbeid på individ- og systemnivå

For å styrke oppfølgingen til utsatte barn, unge og deres familier, ble det med virkning fra 1. august 2022 vedtatt nye bestemmelser om blant annet kommunale tjenesters samarbeidsplikt og kommunens ansvar for samordning. Målet med lovendringene er å bidra til å fremme samarbeid og samordning på tvers av tjenester og samfunnsområder.¹⁵ Tjenestenes samarbeidsplikt på systemnivå og i enkeltsaker, og kommunenes ansvar for samordning, står nedfelt i følgende lovverk:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4
- Barnevernloven § 3-2
- Opplæringsloven § 15-8
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 4
- Fastlegeforskriften § 8

Tjenestene har en plikt til å samarbeide med andre tjenester på individnivå, altså i *enkelt-saker*, «dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud»¹⁶ (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4). I Helsedirektoratets veileder for samarbeid om tjenester til barn og unge og deres familier (Helsedirektoratet, 2026), understrekes det at nødvendighetskravet ikke skal tolkes strengt. Det er den enkelte ungdommens helhetlige behov som er avgjørende for om velferdstjenestene har plikt til å samarbeide. Det kan være nødvendig å samarbeide også om behovet for hjelp er kortvarig.

Det fremgår videre av lovverket som er listet opp over at de kommunale velferdstjenestene har videre en plikt til å samarbeide på *systemnivå*, altså å samarbeide uten at det er knyttet til en enkeltsak. Formålet med samarbeid på systemnivå er å tilrettelegge for godt samarbeid i enkeltsaker. Plikten til å samarbeide på systemnivå ligger til de enkelte tjenestene,

¹⁵ Prop. 100 L (2020-2021). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-100-l-20202021/id2838338/?ch=1>

¹⁶ Likelydende bestemmelser fremgår i opplæringsloven § 15-8 (PPT og skolene reguleres her), forskriften om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 4 og barnevernloven § 3-2

men det er kommunen, ved kommunedirektør, som har det overordnede ansvaret for at plikten blir oppfylt og avgjør hvordan tjenestene skal oppfylle plikten i praksis. Lovgivningen pålegger tjenestene å samarbeide, og kommunene å tilrettelegge for tverrsektorielt samarbeid, men den gir få føringer til kommunene om hvordan de skal løse oppgaven. Velferdstjenestene må selv ta stilling til hvordan de organiserer det tverrsektorielle samarbeidet.

Helsedirektoratets veileder for samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier (Helsedirektoratet, 2026) fremhever betydningen av kunnskap om andre sektors ansvar og oppgaver, samt etablerte samarbeidsstrukturer og rutiner. Kunnskap om hverandres roller og ansvarsområder er en grunnleggende forutsetning for godt samarbeid. Når tjenestene har innsikt i hva andre tjenester kan bidra med, blir det lettere å vurdere behovet for samarbeid og å sikre at barn og unge får et helhetlig tilbud. Slik kunnskap utvikles gjennom systematisk informasjonsutveksling og dialog, både mellom sektorer og mellom ulike tjenestenivåer. For at kunnskapsdeling skal fungere i praksis, må det være etablert strukturer som legger til rette for samhandling.

Veilederen understreker også betydningen av lederforankring. Ledere har et særlig ansvar for å etablere og følge opp strukturer og rutiner som understøtter samarbeidet. Strukturert samarbeid på ledernivå kan bidra til å avklare ansvar og rammer mellom sektorer og organisatoriske enheter, og forebygge at strukturelle problemstillinger håndteres i teamene rundt det enkelte barn eller ungdom. Felles ledermøter kan også fungere som arena for å følge opp meldte samarbeidsutfordringer og sikre nødvendig styring og utvikling av samarbeidet.

Samlet sett peker veilederen på at både kunnskap om hverandre og formelle samarbeidsstrukturer er nødvendige for at velferdstjenestene skal kunne identifisere behov for samarbeid tidlig og sikre at barn og unge får rett hjelp fra riktig tjeneste på riktig tidspunkt.

Samarbeid mellom kommune og psykisk helsevern

Samarbeid på systemnivå mellom kommuner og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) er viktig for å legge til rette for samordnet hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet presiserer i Nasjonal faglig veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge at samarbeid mellom kommune og psykisk helsevern bør organiseres gjennom faste samarbeidsmøter og tydelige samarbeidsrutiner. Tjenester som bør inngå i samarbeidet, er ulike kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlegeordningen, samt kommunale og fylkeskommunale støttetjenester som pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barnevernstjenesten.

Det overordnede samarbeidet mellom kommuner og helseforetak er regulert gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6. Revisjonen har ikke undersøkt disse samarbeidsavtalene særskilt. Undersøkelsen er i stedet avgrenset til å vurdere hvordan samarbeidet mellom kommunen og psykisk helsevern for barn og unge praktiseres i arbeidet med ungdom med lette til moderate psykiske helseplager og/eller rusutfordringer, sett opp mot Helsedirektoratets anbefalinger om faste samarbeidsmøter og samarbeidsrutiner.

Glippsoner

I rapporten «*Trøbbel i grenseflatene*» (Fafo, 2020) undersøkes kommuners helhetlige innsats overfor utsatte barn og unge. Rapporten viser at behovet for koordinering mellom tjenester særlig blir synlig i overgangene mellom dem. I disse «grenseflatene» kan det oppstå uklarhet om ansvarsforhold, særlig når ungdommens utfordringer ikke entydig faller innenfor én bestemt tjenestes mandat. Dette kan medføre at ansvar forskyves mellom instanser, eller at flere tjenester iverksetter tiltak uten tilstrekkelig samordning. Konsekvensen kan være mangelfull oppfølging eller parallelle tiltak som motvirker hverandre, noe som omtales som «glippsoner» i tjenestetilbudet.

Slike glippsoner blir også tydelige i overganger mellom livsfaser. For barn og unge med langvarige og sammensatte behov representerer overgangen mellom ulike tjenester, for eksempel i utdanningsløpet eller fra barne- til voksentjenester, som representerer perioder med økt sårbarhet. Overgangen ved fylte 18 år innebærer ofte en omfattende omlegging av tjenestetilbudet, der rettigheter, tjenesteytere og ansvars plassering endres. Når ansvar, organisering og innhold i tjenestetilbudet endres samtidig, øker risikoen for manglende kontinuitet og uklare ansvarsforhold dersom overgangene ikke planlegges og håndteres systematisk.

For å forebygge slike glippsoner er bedre samordning et sentralt virkemiddel. Når tjenestene har god kjennskap til hverandres roller og ansvarsområder, kan samarbeid bidra til både tidlig identifisering og helhetlig, koordinert oppfølging, også når ungdommen beveger seg mellom livsfaser og tjenestenivåer.

Konkrete revisjonskriterier

Basert på det som er beskrevet ovenfor, har vi utarbeidet følgende revisjonskriterier som ligger til grunn for våre vurderinger knyttet til problemstilling 2:

- Kommunale tjenester som jobber med ungdom skal ha etablerte samarbeidsstrukturer på systemnivå og i enkeltsaker
- Kommunale tjenester som jobber med ungdom bør ha avklart hverandres roller og ansvarsområder overfor målgruppen
- Samarbeid mellom kommune og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) bør skje gjennom faste samarbeidsmøter og utarbeiding av samarbeidsrutiner.
- Kommunen bør ikke ha glippsoner i helsetjenestetilbudet som kan føre til at ungdom med psykiske helse- og/eller rusutfordringer ikke mottar hjelpen de har behov for.

Vedlegg 3. Kommunedirektørens uttalelse

Høringsuttale – forvaltningsrevisjon

«Helhetlig oppfølging, psykisk helse og rus, ungdom».

Skjåk kommune takkar for eit grundig gjennomført revisjonsarbeid og for eit godt samarbeid. Rapporten tek opp eit viktig område for kommunen, og gir eit nyttig grunnlag for vidare utvikling av tilbodet til barn og unge innan psykisk helse og rus. Under følgjer kommentarane frå kommunedirektøren med utgangspunkt i spørsmåla i følgjebrevet, datert 20. mai 2026.

1. Informasjon om formålet med prosjektet og gjennomføringa

Kommunedirektøren oppfatar at informasjonen om revisjonen sitt formål, omfang og gjennomføring har vore tydeleg og tilstrekkeleg. Det har også vore ein god dialog undervegs.

2. Kommenterar til metode, kjelder og faktagrunnlag

Kommunedirektøren vurderer at revisjonen har nytta relevante metodar og eit tenleg kjeldetilfang. Datagrunnlaget framstår som relevant.

3. Kommenterar til revisjonskriteria

Revisjonskriteria vert vurderte som relevante, men kan framstå som noko ambisiøse sett i lys av at Skjåk er ein liten kommune med begrensa ressursar.

4. Nyttan av rapporten

Rapporten vert vurdert som nyttig, særleg som grunnlag for vidare utvikling og prioriteringar i tenestene.

5. Oppbygging og språk

Rapporten framstår som oversiktleg og er i hovudsak lett å lese.

6. Samla vurdering

Kommunedirektøren er i hovudsak samd i rapporten sine vurderingar konklusjonar og anbefalingar. Rapporten vil vere nyttig for kommunen i det vidare arbeidet.

Mvh

Ivar Bø

Kommunedirektør

E-post ivar.bo@skjaak.kommune.no

Telefon 91 81 76 96

Moavegen 30 | 2690 Skjåk

 [Send meg ei melding på Teams](#)  [Skjåk kommune](#)



Skjåk kommune