Psykiske helsetjenester og tilgang til psykologtjenester i Norge

En analyse av tilgang til og fordeling av helsetjenester for psykiske lidelser og psykologenes rolle i tjenestetilbudet

Utarbeidet på oppdrag for Norsk Psykologforening

21/4-2022

oslo**economics**

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder samfunnsfaglige problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for organisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsfaglig rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt basert på bransjeerfaring, fagkompetanse og et nettverk av samarbeidspartnere.

Helse- og registerdatastudier

Oslo Economics jobber med forskning og utredning innenfor helse- og velferdsfeltet. Vi utarbeider analyser for departementer og direktorater, helseforetak, kommuner, bransjeorganisasjoner, pasientforeninger og legemiddelselskaper. Vi har omfattende erfaring med kvalitative og kvantitative metoder og har et omfattende nettverk innen feltet.

Oslo Economics har særlig erfaring med analyser hvor vi benytter data fra de sentrale helseregistrene, kvalitetsregistre og sosioøkonomiske registerdata.

Psykiske helsetjenester og tilgang til psykologtjenester i Norge/2022-69
© Oslo Economics, 21. april 2022
Kontaktperson:
Erik Magnus Sæther / Partner
ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192
Foto/illustrasjon: iStock.com/primipil

Innhold

Sammendrag 5

1. Behov for kunnskap om tilgang til og bruk av psykiske helsetjenester 7

1.1 Metodisk tilnærming og informasjonsgrunnlag 7

2. Psykologer i Norge 9

2.1 Økning i psykologårsverk 9

2.2 Psykologårsverk i ulike sektorer 9

2.3 Økning i nye autoriserte psykologer 10

2.4 Helsepersonelldekning i Norge, Danmark og Sverige 11

3. Psykisk helse i Norge 12

3.1 Hva er psykisk helse? 12

3.2 Forekomst av psykiske lidelser 12

3.3 Diagnostisering og behandling 14

3.4 Samfunnskostnader forbundet med psykiske lidelser 14

4. Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser 18

4.1 Utvikling i primærhelsetjenesten 18

4.2 Tilgang til lavterskeltilbud 20

4.3 Utvikling i tilbudet i spesialisthelsetjenesten 21

4.4 FACT- og ACT-team 24

4.5 Utvikling i det private tjenestetilbudet 24

4.6 Tilbudet fra private psykologer 26

5. Bruk av psykiske helsetjenester 35

5.1 Generell bruk av psykologtjenester 35

5.2 Generell bruk av psykiatertjenester 36

5.3 Private psykologer med driftsavtale 37

5.4 Private psykiatere med driftsavtale 40

5.5 Fastleger og legevakt 42

5.6 Psykisk helsevern 45

5.7 Rusbehandling 47

5.8 Somatiske sykehus 48

5.9 Høy andel avvisninger i spesialisthelsetjenesten 50

5.10 Lang ventetid 50

5.11 Bruk av legemidler 51

6. Psykologenes oppfatning av dagens tjenestetilbud 53

6.1 Kort om spørreundersøkelsen 53

6.2 Psykologenes oppfatning av dagens tjenestetilbud 53

6.3 Vurderinger av forskjeller i tilgang og behandling av ulike grupper 57

6.4 Tid til pasienter 58
6.5 Forskjeller i private og kommunale psykologers oppfatning av dagens tjenestetilbud 58
7. Diskusjon 60
8. Referanser 64
Vedlegg A: Spørreundersøkelse til psykologer 68
8.1 Om spørreundersøkelsen 68
8.2 Om psykologene 68
8.3 Pasientkarakteristika 72
Vedlegg B: Data fra Norsk Pasientregister (somatiske sykehus) 80
Vedlegg C: Data fra Reseptregisteret (legemiddelbruk) 82
8.4 Legemiddelbruk fordelt etter fylker 82
8.5 Opioider (N02A) 82
8.6 Andre analgetika og antipyretika (N02B) 84
8.7 Anxiolytika (N05B) 85
8.8 Hypnotika og sedative (N05C) 87
8.9 Antidepressiva (N06A) 88
8.10 Midler mot demens (N06D) 90
Vedlegg D: Data fra NAV (uføretrygd) 92

Sammendrag

Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. De medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan redusere livskvaliteten. Dette gir store samfunnskostnader, ikke bare ved sykdomsbyrden, men også knyttet til utenforskap, arbeidstilknytning, trygdeutbetalinger og helsetjenestekostnader. Det har i mange år vært fokus på at sosiale ulikheter i helse er en folkehelseutfordring og at det er behov for tiltak for å bekjempe dette. Dette var sentralt i handlingsplanen Gradientutfordringen mot sosiale ulikheter i helse fra 2005, og er fortsatt relevant i dag.

Psykologtjenester utgjør en stadig viktigere del av behandlingstilbudet, men det er fortsatt ulikhet i tilgang og knapphet på psykologer, særlig i kommunehelsetjenesten. Det har vært en økning i antall psykologårsverk i flere områder av tjenestetilbudet over de siste årene. Flere nye studier peker imidlertid på at kommunene sliter med å rekruttere psykologer. Også i vår spørreundersøkelse til psykologer fremkommer det at psykologene opplever stor geografisk variasjon i dekningen av offentlige og private psykologtjenester, og at dette fører til at mennesker kan oppleve ulikt tilbud av behandling for samme lidelser. Det finnes i dag svært lite informasjon om det private psykolog-tilbudet i Norge, og vår spørreundersøkelse bidrar med viktig informasjon på dette området. Av undersøkelsen fremkommer det at det er variasjon i hvilke pasienter som behandles av offentlige og private psykologer. Private psykologer med driftsavtale oppgir i noe større grad å behandle pasienter med langvarige, gjentakende og alvorlige psykiske lidelser, enn helprivate psykologer og kommunale psykologer.

På oppdrag for Norsk Psykologforening (NPF) har Oslo Economics sammenstilt kunnskap om tilgang til og bruk av psykiske helsetjenester, samt psykologenes rolle i tjenestetilbudet, fra tidligere utredninger og forskningslitteraturen, norske registerdata, en spørreundersøkelse til foreningens medlemmer og enkeltintervjuer med ressurspersoner.

God psykisk helse handler om å føle på mestring, glede og mening med livet, og er viktig for den enkeltes livskvalitet og samfunnet som helhet. Forekomsten av psykiske plager og lidelser er høy, og FHI anslår at 16-22 prosent av befolkningen til enhver tid har en psykisk lidelse, og omtrent halvparten av befolkningen antas å ville rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Forekomsten er særlig høy blant unge voksne. Psykiske lidelser rammer oftere personer fra lavere sosiale lag av befolkningen. Ifølge FHI er det ingen holdepunkter for at forekomsten av psykiske lidelser har økt i den voksne befolkningen. Det har imidlertid vært en økning i sykefravær og uføretrygd som har psykiske lidelser som årsak. Det at psykiske lidelser ofte rammer unge, gjør at mange må leve med konsekvensene gjennom store deler av livet.

Samfunnskostnader forbundet med sykdommer deles inn i sykdomsbyrde (tapte leveår og tapt helse), helsetjenestekostnader og produksjonstap. Helsedirektoratets nyeste anslag (2015) for de samlede samfunnskostnadene forbundet med sykdom og ulykker i Norge er 1 840 milliarder kroner. Psykiske lidelser utgjør den største andelen av dette (15 prosent), herunder særlig produksjonstap hvorav psykiske lidelser står for i underkant av 30 prosent av den totale kostnaden. Samfunnskostnadene forbundet med psykiske lidelser er anslått til 194 milliarder i sykdomsbyrde, 48 milliarder i produksjonstap og 37 milliarder i helsetjeneste-kostnader.

Over de senere årene har det vært fokus på å styrke tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, og psykologene har fått en større rolle i tjenestetilbudet. Samtidig har kommunene også fått tydeliggjort sitt ansvar for forebygging og behandling av pasienter med psykiske lidelser, og det har vært et politisk signal om å styrke lavterskeltilbudet. I dag kan vi dele inn helsetjenestene som tilbyr psykisk helsehjelp i primærhelsetjenesten (kommunale helsetjenester), spesialisthelsetjenesten, lavterskeltilbud og private tjenestetilbydere. Kommunene har ansvar for å tilby forebyggende tjenester, akutt hjelp og utredning, behandling og diagnostisering. I tillegg tilbyr en rekke kommuner lavterskeltilbud som kan benyttes uten henvisning og krav til diagnose og lignende. I

spesialisthelsetjenesten utredes og behandles psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne eller for barn og unge (BUP). Ruslidelser behandles i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I tillegg kan helseforetakene tilby behandling gjennom driftsavtaler med avtalespesialister. Mennesker med behov for psykisk helsehjelp kan også oppsøke private psykologer.

Over tid har antallet nye autoriserte psykologer per år økt, med 34 prosent fra 2013 til 2021. Det har også vært en økning i antall psykologårsverk i Norge, på over 70 prosent i perioden 2008 til 2020. Det har vært en økning i alle deler av helsetjenesten, men særlig i kommunene, riktignok fra et svært lavt nivå. I kommunens helsetjenester til voksne og barn og unge har antall psykologårsverk økt med henholdsvis 243 og 50 prosent fra 2015 til 2020. Fra 2020 ble det innført krav om psykologkompetanse i kommunene, noe som trolig har bidratt til økningen i antall psykologårsverk i kommunene. Også i spesialisthelsetjenesten har det vært en økning i psykologårsverk. I psykisk helsevern var det i 2020 2 300 psykologårsverk, som er en økning på 11 prosent fra 2015. I psykisk helsevern for barn og unge var antall psykologårsverk 1 300, tilsvarende 30 prosent av totalbemanningen. Antall driftsavtaler for kliniske psykologer i spesialisthelsetjenesten har imidlertid blitt redusert med åtte prosent fra 2015-2020, og var i 2020 467 avtaler.

Behandlingstilbudet for mennesker med psykiske lidelser varierer i stor grad geografisk, og er mange steder mangelfullt. Det er en sterk indikasjon på at befolkningen i ulike deler av landet ikke har den samme tilgangen til behandling dersom de skulle bli syke. For eksempel har Vestland og Oslo høyest tetthet av privatpraktiserende psykologer. Helse Nord har størst antall psykologårsverk i psykisk helsevern for voksne og barn og unge per 100 000 innbyggere. Videre er det et høyere antall årsverk per 100 000 innbyggere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Vest. Dekningen av døgnplasser i psykisk helsevern er særlig god i Helse Nord og Helse Vest, og lavest i Helse Sør-Øst. Oslo har den laveste bruken av legemidler.

Vår spørreundersøkelse viser at psykologene opplever stor geografisk variasjon i dekningen av psykologer. Av de 517 psykologene som har besvart undersøkelsen, vurderer 42 prosent dekningen i sin kommune eller bydel som dårlig eller veldig dårlig, 37 prosent vurderer dekningen som middels, og 22 prosent vurderer dekningen som god eller veldig god. Respondenter fra Oslo vurderer i større grad at dekningen er god, mens de i Nord-Norge, Trøndelag og Møre og Romsdal i størst grad oppgir at dekningen er mangelfull. I Oslo Vest er det en betydelig større andel som svarer at dekningen av psykologer i forhold til befolkningen er dårlig eller veldig dårlig sammenlignet med Oslo Sentrum og Oslo Øst, hvor flesteparten av respondentene svarer at dekningen er god eller veldig god.

Mange respondenter opplever at det er variasjon i tjenestetilbudet, som fører til at personer med samme typer lidelser opplever ulikt tilbud av behandling i kommunene. Flere trekker frem at det kan være kapasitetsproblemer som er årsaken til dette, og at det i enkelte kommuner er lang reisevei til behandling som forhindrer pasientene i å dra. Mange av respondentene mener det særlig er mennesker med milde til moderate psykiske lidelser som avvises i spesialisthelsetjenesten fordi de er «for friske», og dermed ikke mottar noe behandlingstilbud i det hele tatt. Lange ventetider i offentlig psykisk helsehjelp fører til at mange oppsøker private psykologer. Mange trekker frem at de opplever at mennesker med lavere sosioøkonomisk status og minoritetsgrupper har dårligere tilgang til psykologtjenester. Våre funn viser også en tendens til at det er forskjeller mellom pasientene som private og kommunale psykologer behandler. I vår undersøkelse oppgir private psykologer med driftsavtale at de i noe større grad behandler pasienter med langvarige/alvorlige problemer, sammenlignet med kommunale og helprivate psykologer. Undersøkelsen tyder imidlertid også på at både kommunale og private psykologer hovedsakelig behandler mennesker med depresjon. Videre oppgir større andel av de private psykologene at de behandler pasienter med høyere utdanning, mens de kommunale psykologene i større grad oppgir å behandle pasienter med minoritetsbakgrunn og med lav sosioøkonomisk status.

Mangelfulle tjenester for behandling av psykiske plager og lidelser gjør at mange pasienter ikke mottar behandling som kunne gitt økt livskvalitet og forhindret utenforskap. Ulik tilgang til behandling er en utfordring for de som ikke mottar den behandlingen de har krav på, men det er også en utfordring for samfunnet at bosted, ressurser eller sosioøkonomiske faktorer kan avgjøre hvilken helsebehandling pasientene mottar. Fordi psykiske lidelser i utgangspunktet rammer de sosialt svakeste, vil ulik tilgang til behandling også forsterke sosioøkonomiske ulikheter i befolkningen generelt. Samtidig er det grunn til å tro at den underliggende etterspørselen etter offentlig finansierte psykologtjenester er svært høy, og det er derfor behov for å finne et riktig nivå på tjenestetilbudet. For å oppnå dette er det behov for kunnskap om tilbudet av psykiske tjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten, lavterskeltjenester og særlig private tjenester. Videre er det i dag begrenset med informasjon om effekter av ulike tiltak innen psykiske helsetjenester. Å forstå effekter av ulike tiltak er avgjørende for å sikre gode prioriteringer, og det er derfor behov for mer kunnskap om dette.

1. Behov for kunnskap om tilgang til og bruk av psykiske helsetjenester

Det er i dag lite kunnskap om tilgang til og bruk av helsetjenester blant personer med psykiske lidelser i Norge. På oppdrag for Norsk Psykologforening (NPF) har Oslo Economics sammenstilt kunnskap om tilgang til og bruk av psykiske helsetjenester og psykologenes rolle. Sammenstillingen er basert på publisert forskning og tidligere utredninger, en spørreundersøkelse til psykologer, intervjuer med ressurspersoner og norske registerdata.

I den offentlige handlingsplanen *Gradientutfordringen* mot sosiale ulikheter i helse fra 2005 (1) fremheves det at ulikheter i helse ikke bare utgjør en folkehelseutfordring, men også et rettferdighetsproblem. Forskning viser at sosioøkonomisk status og psykiske lidelser henger sammen, og at det er en sammenheng mellom utdanningsnivå og symptomer på angst og depresjon. Videre fremkommer det at det er minst fungerende helsetjenester for mennesker med alvorlig psykisk sykdom, som kan kategoriseres som en av gruppene med størst behov. Det er tydelig behov for tiltak som bidrar til å redusere sosial ulikhet i helse.

Over de siste årene har psykologer fått en viktigere og større rolle innen psykisk helsehjelp. Det har vært en økning i antall psykologårsverk, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det opprettet flere lavterskeltilbud innen psykisk helsearbeid. Dette kan ha bidratt til å bedre tilgangen til psykisk helsehjelp i Norge. Det finnes imidlertid begrenset med informasjon om fordeling av helsetjenester til personer med psykiske lidelser i Norge og kjennetegn ved pasientene som mottar tjenester. Norsk psykologforening (NPF) har derfor initiert et prosjekt med mål om å skaffe til veie et bredere kunnskapsgrunnlag om fordelingen av tjenester i Norge.

1.1 Metodisk tilnærming og informasjonsgrunnlag

Utredningen er basert på gjennomgang av dokumenter, herunder tidligere rapporter og publiserte forskningsartikler, intervjuer med ressurspersoner, data fra norske helse- og arbeidsrelaterte registre og offentlig tilgjengelig statistikk. I tillegg ble det gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot private psykologer og psykologer ansatt i kommunene.

Basert på de innsamlede dataene og samfunnsvitenskapelig teori og metode, kartlegger vi variasjon i tilgangen til og bruken av psykiske helsetjenester i Norge, før vi drøfter konsekvenser av ulikheter i bruk og tilgang til tjenester. Vi retter en takk til alle informanter for nyttig innspill til rapporten.

1.1.1 Dokumentgjennomgang

For å kartlegge hvordan utviklingen i organiseringen av tjenestetilbudet innen psykisk helsearbeid har vært de siste årene, samt utfordringer, har vi gjennomgått en rekke offentlige planer, strategier og veiledere for dette området. Dette har inkludert:

- Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratet (2005)
- Regjeringens strategi for god psykisk helse «Mestre hele livet» (2017-2022)
- Prop. 71 L Endringer i helselovgivningen
- Opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2008)
- Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)
- Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)
- St.meld.nr. 47 Samhandlingsreformen
- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020

I tillegg har informasjon om psykisk helse i Norge og dagens tjenestetilbud, samt utfordringer innen psykisk helsearbeid, blitt kartlagt gjennom innhenting av offentlig tilgjengelig informasjon og tidligere utredninger, eksempelvis fra kilder som Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Statistisk sentralbyrå, Helsetilsynet, Riksrevisjonen, SINTEF og Barneombudet.

1.1.2 Analyse av registerdata og offentlig tilgjengelig statistikk

Vi har innhentet og analysert data om tilgang til og bruk av psykologtjenester fra flere ulike kilder. Fra HELFOs KUHR-register har vi innhentet informasjon om utredning og behandling av psykiske lidelser i primærhelsetjenesten, herunder hos fastleger og legevakter, samt informasjon om bruk av private psykologer og avtalespesialister (psykiatere) som mottar refusjon fra HELFO. Informasjon om behandling av pasienter med psykiske lidelser i somatiske sykehus er henter fra Norsk Pasientregister (NPR). Fra SSB har

vi innhentet informasjon om tjenester i psykisk helsevern. Dette omfatter psykisk helsevern for voksne, for barn og unge (BUP), og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Videre har vi innhentet data om legemiddelbruken knyttet til psykiske lidelser fra Reseptregisteret. Oslo Economics' bedriftsdatabase (data fra Brønnøysundregisteret) er benyttet for å beskrive utviklingen i private virksomheter som tilbyr psykologtjenester, mens Arbeids- og velferdsetaten (NAV) har levert data for trygdeutbetalinger til pasienter med psykiske lidelser.

1.1.3 Spørreundersøkelse mot medlemmer i psykologforeningen

For å kartlegge hvordan psykologene vurderer dekningen av psykologkompetanse i forhold til befolkningen, har vi gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot psykologer i kommunene og i privat sektor.

Spørreundersøkelsen ble sendt til alle medlemmene i NPF ved bruk av verktøyet Questback. Invitasjonen til spørreundersøkelsen ble distribuert gjennom NPF. Ansatte i sykehus ble bedt om å ikke delta, da undersøkelsen var rettet mot psykologer i kommunene og i privat sektor. Totalt 517 respondenter besvarte undersøkelsen. Manglende data i NPFs medlemsregister gjør det uklart akkurat hvor mange respondenter som var i målgruppen, og det er derfor krevende å anslå en presis svarprosent for undersøkelsen. Vi anslår at det er i overkant av 400 helprivate psykologer i Norge, mens 179 respondenter i undersøkelsen oppga at de jobbet helprivat (dvs. ikke har offentlig avtale). Det finnes ingen eksakt oversikt over antall kommunepsykologer i Norge, men vi antar at det totalt er snakk om et par hundre kommunepsykologer. Totalt oppga 41 respondenter i undersøkelsen at de var kommunalt eller offentlig ansatt. Øvrige respondenter oppga at de jobbet i «privat praksis med offentlig avtale» (87 respondenter) eller «annet» (36 respondenter). Vi har ikke hatt mulighet til å etterprøve om andre respondenter enn målgruppen har deltatt i undersøkelsen. En beskrivelse av psykologene som responderte på undersøkelsen og pasientene disse behandler er presentert i Vedlegg A.

2. Psykologer i Norge

Over de siste årene har det vært en økning i antall psykologårsverk i Norge, samt en økning i antall nye autoriserte psykologer. En årsak til dette kan være myndighetenes fokus på å styrke tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. De fleste psykologer er ansatt i spesialisthelsetjenesten, men psykologer kan også være ansatt i andre sektorer. Sammenlignet med Sverige har Norge god dekning av helsepersonell per innbygger, herunder også psykologer.

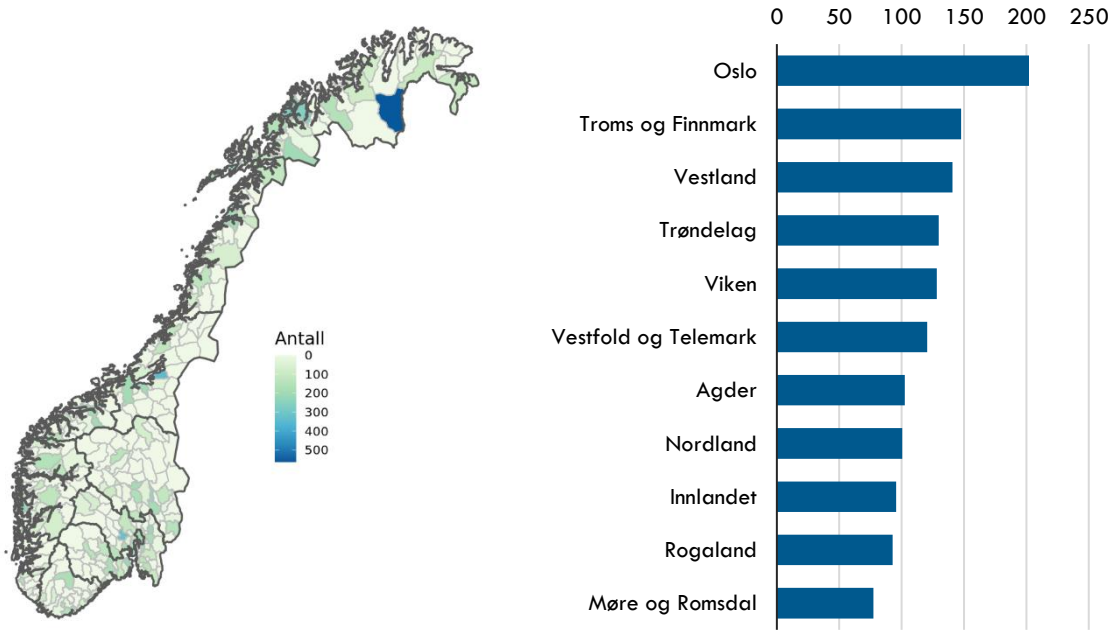
Psykolog er en beskyttet tittel og det kreves autorisasjon for å praktisere psykologi som helsefag. Psykisk helse er viktig i mange samfunnsområder, og psykologkompetanse er dermed etterspurt i mange områder. En stor andel av psykologer i Norge i dag er ansatt i staten, herunder i spesialisthelsetjenesten. Andre er ansatt i kommunehelsetjenesten eller ved private praksiser, samt i arbeid som ikke er direkte relatert til helsehjelp som for eksempel undervisning.

I dette kapittelet ser vi på den samlede utviklingen i antall utdannede psykologer som jobber i Norge, og fordelingen etter geografi og sektor, basert på tall fra SSB. Disse tallene sier kun hvor mange ansatte, etter geografi og overordnet sektor, som er utdannede psykologer, men sier ingenting om de jobber med pasientbehandling eller om de har andre typer oppgaver.

2.1 Økning i psykologårsverk

I 2020 var antall årsverk for psykologer i Norge i underkant av 7 000 (SSB tabell 07944). Dette utgjør 129 årsverk per 100 000 innbyggere. Dette ekskluderer antall årsverk i fylkeskommunene da SSB mangler disse tallene. Fra 2008 er dette en økning på over 70 prosent. Tallene for 2008 mangler imidlertid antall i kommunene (SSB tabell 07944). Figur 2-1 viser hvordan antall psykologårsverk per 100 000 innbyggere fordeler seg etter kommuner og fylker i 2020.

Figur 2-1. Antall psykologårsverk per 100 000 innbyggere fordelt etter kommuner og fylker (2020)



Kilde: SSB tabell 07459 (befolkning) og 07944 (sysselsatte). Illustrasjon generert ved bruk av Oslo Economics' kartgenerator.

Figuren viser at det er stor variasjon mellom fylkene i antall psykologårsverk i forhold til befolkning, men det er også stor variasjon mellom kommunene. Særlig Oslo skiller seg ut med høy dekning av psykologer. Psykologdekningen er lavest i Møre og Romsdal, men det er variasjon mellom kommuner innad i fylket.

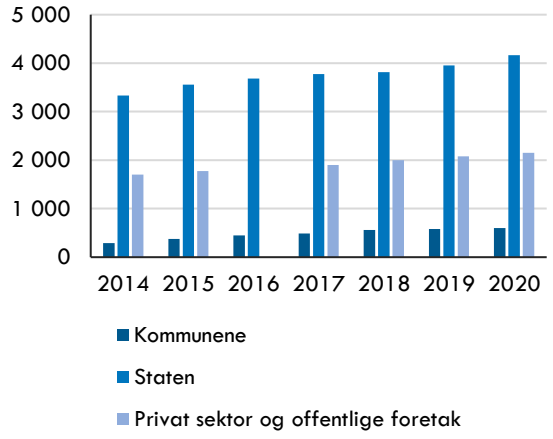
2.2 Psykologårsverk i ulike sektorer

Figur 2-2 viser utviklingen i antall psykologårsverk i årene 2015 til 2020 fordelt etter sektor. Størst andel (60 prosent) av psykologårsverkene er ansatt i statlig sektor. Dette inkluderer blant annet

spesialisthelsetjenesten, universiteter, høgskoler og NAV. 31 prosent er ansatt i privat sektor. Dette omfatter alt som ikke er med i staten kommunene som privat næringsliv, offentlig kontrollerte foretak, statlige eide aksjeselskap og kommunale foretak med ubegrenset ansvar osv. Kun ni prosent er ansatt i kommunesektoren, herunder virksomhet som i hovedsak kontrolleres av kommunale myndigheter og som i liten grad er markedsrettet.

Figuren viser at det har vært en økning i antall psykologårsverk i alle sektorer, og størst vekst i kommunene med 61 prosent. Veksten i staten i perioden har vært 21 prosent, og 17 prosent i privat sektor og offentlige foretak. Det har altså vært en betydelig større prosentvis vekst i antall psykologårsverk i kommunene, samtidig som det fortsatt er færrest årsverk innen denne sektoren.

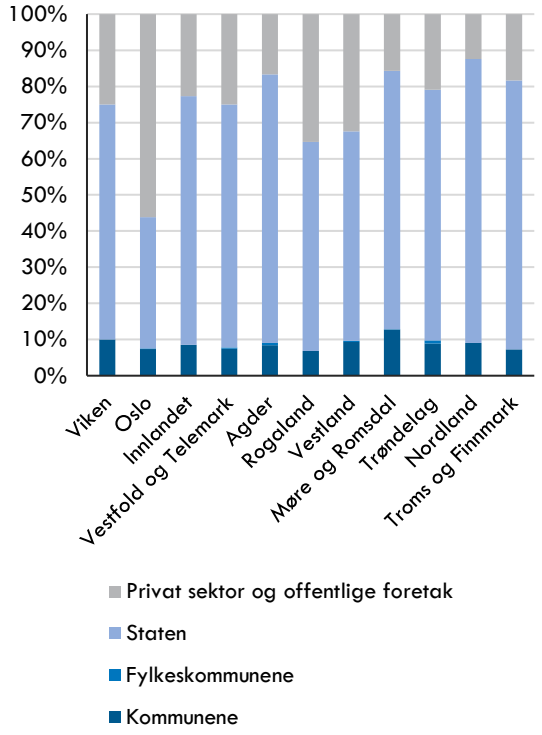
Figur 2-2. Antall psykologårsverk per år, etter sektor



Kilde: SSB tabell 07944. Merknad: Tall for privat sektor og offentlige foretak i 2016 mangler. Det er også mangel på data om fylkeskommunene.

Figur 2-3 viser prosentvis fordelingen av psykologårsverk i ulike sektorer fordelt etter fylker. Særlig Oslo skiller seg ut, med en høy andel psykologårsverk i privat sektor og offentlige foretak. Også i Rogaland og Vestland er det høyere andel psykologårsverk i privat sektor og offentlige foretak enn andre fylker. I Agder, Nordland og Troms og Finnmark er det høyere andel psykologårsverk i staten enn i andre fylker.

Figur 2-3. Prosentvis fordeling av psykologer i sektorer per fylke (2020)

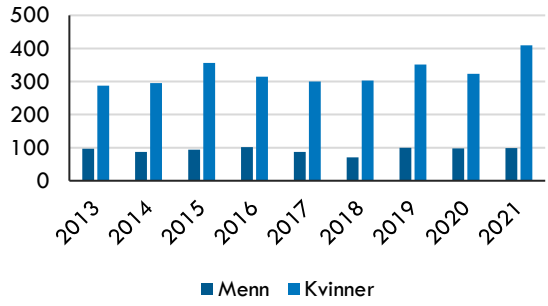


Kilde: SSB tabell 07944. Fem fylker mangler tall for fylkeskommunene. Dette utgjør imidlertid en liten andel av psykologårsverkene i andre fylker.

2.3 Økning i nye autoriserte psykologer

Det har også vært en økning i antall nye autoriserte psykologer de siste årene. Ifølge Helsedirektoratet har økningen vært på 34 prosent i perioden 2013-2021 (2). Økningen har i hovedsak vært blant kvinnelige psykologer, som vist i Figur 2-4 (veksten i nye kvinnelige psykologer har vært på 43 prosent økning i perioden).

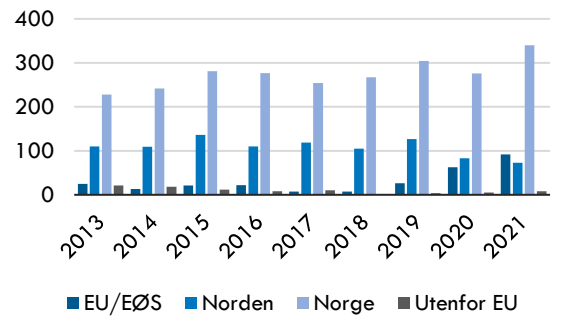
Figur 2-4. Antall nye autoriserte psykologer per år, etter kjønn



Kilde: Helsedirektoratet (2)

Figur 2-5 viser utviklingen fra 2013 til 2020 i antallet nye autoriserte psykologer fordelt etter området de har utdanning fra. De fleste nye autoriserte psykologer er utdannet i Norge (mellom 60 og 70 prosent i perioden). Det har vært en økning i andelen nye autoriserte psykologer fra land i EU/EØS. Dette har i hovedsak vært på grunn av en økning i antallet utdannet i Ungarn.

Figur 2-5. Antall nye autoriserte psykologer per år, etter området de har utdanning fra



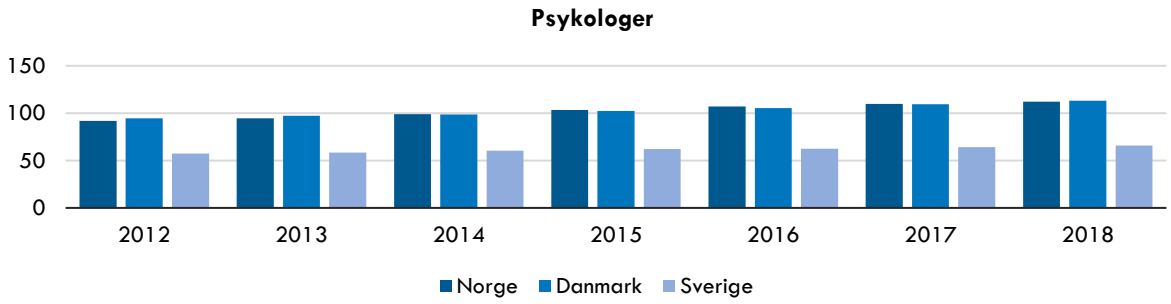
Kilde: Helsedirektoratet (2)

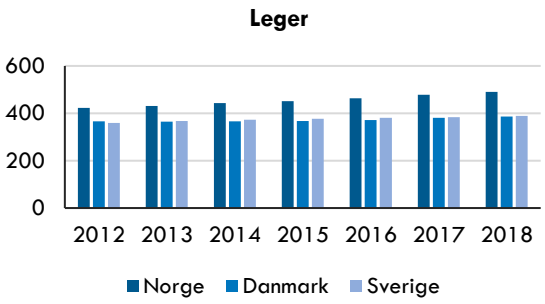
2.4 Helsepersonelldekning i Norge, Danmark og Sverige

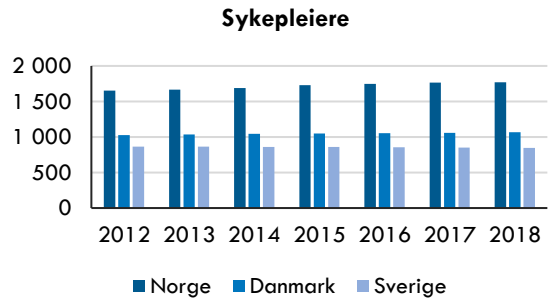
Vi har innhentet statistikk fra Nordic Health and Welfare Statistics som viser utviklingen i antall psykologer, leger og sykepleiere ansatt i helsetjenesten (NACE Q86) per 100 000 innbyggere i Norge, Danmark og Sverige (Figur 2-6). Norge har høyere dekning av både psykologer, leger og sykepleiere enn Sverige. Sammenlignet med Danmark har Norge høyere dekning av leger og sykepleier, mens psykologdekningen er forholdsvis lik. Det er altså relativt god dekning av ulike typer helsearbeidere i Norge, sammenlignet med våre naboland.

I Norge og Danmark har det i perioden 2012 til 2018 vært en økning både i antall ansatte psykologer, leger og sykepleiere i forhold til innbyggertall. I Sverige har det vært en øking i antall psykologer og leger i forhold til befolkningstall, mens det har vært en reduksjon i antall sykepleiere.

Figur 2-6. Antall ansatte i helsetjenesten per 100 000 innbyggere i Norge, Danmark og Sverige, 2012-2018







Kilde: Nordic Health and Welfare Statistics (3)

3. Psykisk helse i Norge

God psykisk helse handler om å føle på mestring, glede og mening med livet, og er viktig for den enkeltes livskvalitet og samfunnet som helhet. Forekomsten av psykiske plager og lidelser er høy, og utgjør en betydelig samfunnsutfordring. Det er forbundet betydelige samfunnskostnader med psykiske lidelser, særlig knyttet til ikke-dødelig helsetap.

I dette kapittelet redegjør vi for psykisk helse, beskriver forekomsten av psykiske lidelser i Norge og behandlingstilbudet, samt sykdomsbyrden knyttet til psykiske lidelser og hvordan det påvirker enkeltindivider og samfunnet som helhet.

3.1 Hva er psykisk helse?

Psykisk helse handler om opplevd sinnstilstand. God psykisk helse forbindes med følelsen av å ha det bra, og å ha et godt forhold til seg selv og andre rundt seg. Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO) er mental helse mer enn bare fravær av mentale lidelser. Det er en integrert del av helsen, og bestemmes av sosioøkonomiske, biologiske og miljømessige faktorer. Mental helse kan omtales som følelsen av velvære, muligheter til å være produktiv, meste belastninger, finne glede og delta aktivt i samfunnet (4).

Begrepet psykiske lidelser brukes på ulike måter og henviser til ulike tilstander og diagnoser, som klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier. Blant de vanligste psykiske lidelsene er angst, depresjon og rusbrukslidelser (5). Andre psykiske lidelser inkluderer ADHD, psykose, anoreksi, bulimi, autisme, atferdsforstyrrelser, demens og schizofreni (6).

Psykiske lidelser skiller seg fra psykiske plager, som er et løsere begrep enn psykiske lidelser, og henviser til symptomer som er relatert til ulike psykiske lidelser, men uten at alle diagnosekriteriene er oppfylt. Med andre ord: Alle som har psykiske lidelser vil oppleve psykiske plager, men ikke alle med psykiske plager vil ha psykiske lidelser.

Psykisk helse kan påvirke opplevd livskvalitet, men det kan også være uavhengig av hverandre. For eksempel kan individer oppleve å ha god livskvalitet, til tross for helseplager. Samtidig viser en undersøkelse av Folkehelseinstituttet (FHI) at mennesker som oppgir å ha lav livskvalitet ofte knytter dette til helseplager, særlige psykiske helseplager (7).

3.2 Forekomst av psykiske lidelser

Over de siste årene har psykiske lidelser blitt en av de viktigste årsakene til sykdom og helsetap i Norge. Forekomsten av psykiske lidelser og plager er høy, og innebærer derfor store konsekvenser for samfunnet.

3.2.1 Forekomst for befolkningen som helhet

Forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen er usikker. FHI har tidligere anslått at 16-22 prosent av befolkningen til enhver tid har en psykisk lidelse (7). Nylig har FHI undersøkt forekomsten av psykiske lidelser i en norsk befolkningsstudie, som en utvidet del av HUNT-undersøkelsen i Trondheim. I starten av 2020, før koronapandemien, fant de at 15 prosent av befolkningsutvalget hadde en psykisk lidelse (8). I løpet av livsløpet vil imidlertid en langt høyere andel rammes. En befolkningsstudie fra USA, gjennomført i 2003-2005, konkluderte med at om lag halvparten av befolkningen vil få en psykisk lidelse en eller annen gang i løpet av livet, og at 75 prosent av tilfellene oppstår innen fylte 24 år (9). Psykiske lidelser debuterer i ung alder sammenlignet med andre utbredte sykdommer som kreft og hjerte- og karsykdommer. En studie fra 2017 finner at rundt halvparten av alle tilfeller av psykiske lidelser blant voksne hadde sin debut i tenårene (10). Forekomsten av psykiske lidelser synker med økende alder blant voksne, og at særlig angst har tidlig debut. En rekke psykiske lidelser kan også være medfødt, for eksempel utviklingshemminger og autisme.

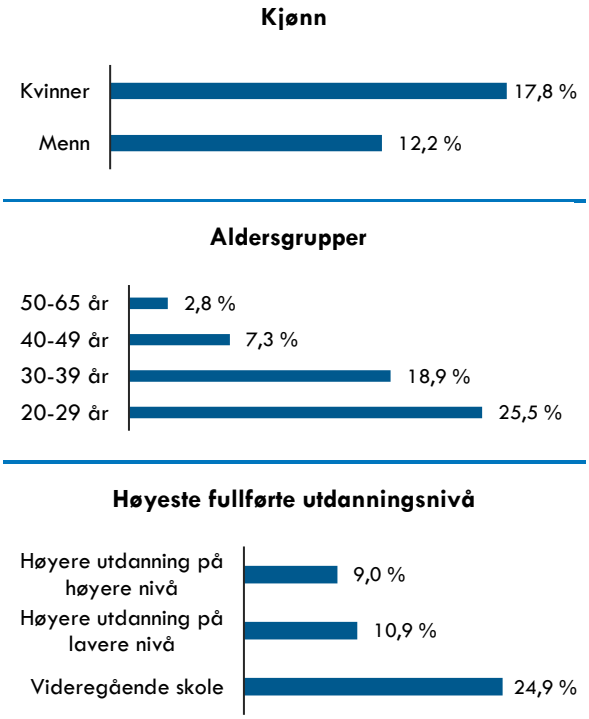
Psykiske lidelser er ofte tilbakevendende, og mange opplever spontan bedring etterfulgt av tilbakefall gjennom store deler av livet (5). Videre kjennetegnes psykiske lidelser av at ulike psykiske lidelser ofte oppstår samtidig. En tysk studie finner at i løpet av en ettårs-periode vil nesten halvparten av de som har en psykisk lidelse, oppleve å også ha flere andre psykiske lidelser (11). Forfatterne finner at det er særlig sammenheng mellom angst og depresjon, og mellom rusbrukslidelser og andre psykiske lidelser. FHI peker på ulike årsaker til at det er sterk sammenheng mellom ulike typer psykiske lidelser (5). Lidelsene kan ha samme underliggende årsak, enten det er biologiske eller sosiale årsaker. Samtidig kan utviklingen av en psykisk lidelse på ett område øke sårbarheten for å utvikle andre lidelser.

3.2.2 Forekomst blant ulike grupper i befolkningen

Forekomsten av psykiske lidelser varierer mellom ulike grupper. I HUNT-undersøkelsen fra 2020 (8) fant FHI at det var flere kvinner enn menn som hadde en psykisk lidelse. Videre var det også variasjon mellom ulike aldersgrupper. Andelen med psykisk lidelse var

særlig høy blant utvalget i alderen 20-29 år, og deretter synkende med alder. Studien finner også variasjon i forekomst av psykiske lidelser blant personer med ulike utdanningsnivåer. Andelen med en psykisk lidelse var høyest blant de i utvalget som hadde videregående skole som høyeste utdanningsnivå. Andelen var lavere blant de med høyere utdanning på lavere nivå og på høyere nivå.

Figur 3-1. Forekomst av psykiske lidelser i ulike grupper i befolkningen, 2020



Kilde: FHI (8)

En befolkningsstudie fra 2012 undersøker forekomsten av psykiske lidelser blant barn i Trondheim og finner at rundt syv prosent av barn i skolealder har symptomer som er forenelig med psykiske lidelser (12). I FHI sin rapport viser aktivitetsdata fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) at fem prosent i alderen 0-17 år behandles årlig i BUP. Andelen som får diagnoser hos BUP har steget de siste årene, og det har særlig vært en økning i antall jenter med psykiatriske symptomer. For unge jenter er de vanligste psykiske lidelsene depresjon, angst og spiseforstyrrelser. Blant unge gutter er det særlig ADHD, autisme, Tourettes syndrom og atferdsforstyrrelser som er vanlig.

Det er også variasjon i hvilke typer psykiske lidelser ulike grupper opplever oftest. FHI finner at blant den voksne befolkningen er det særlig angst, depresjon og rusbrukslidelser som er vanlig (5). Blant kvinner er de vanligste psykiske lidelsene angst og depresjon, og blant menn er det høyere forekomst av rusbrukslidelser og ADHD. Blant barn og unge er angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser som depresjon mest utbredt.

FHI finner også at både blant barn og voksne er forekomsten av psykiske lidelser høyere blant mennesker med innvandrerbakgrunn (5). Dette er særlig innvandrere fra lav- og middelinntektsland, men det er variasjon etter landbakgrunn og mellom kjønn. Blant flyktninger har en stor andel symptomer på depresjon og posttraumatisk stress syndrom. Samtidig er innvandrere mindre i kontakt med helsetjenesten enn den øvrige befolkningen.

3.2.3 Risikofaktorer for psykiske lidelser

Det er trolig et samspill mellom miljømessige og genetiske faktorer som påvirker forekomsten av psykiske lidelser hos individer i samfunnet (5).

Flere studier finner at psykiske lidelser kan gå igjen i familier på grunn av genetiske faktorer (5). En rekke psykiske lidelser har høy arvelighet. Dette er særlig bipolare lidelser, schizofreni, panikklidelser, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Sosioøkonomiske og andre miljømessige faktorer som kan påvirke forekomsten av psykiske lidelser inkluderer blant annet utdanning og oppvekst, sysselsetting og inntekt, sosialt nettverk, bomiljø, tilgang til helsetjenester og individuelle helsevaner. Det er systematiske forskjeller i psykisk helse, for eksempel viser en rekke studier at det er en positiv korrelasjon mellom god helse og høy utdanning og inntekt (5). På en side kan problemer med arbeidsliv og økonomi være utløsende for psykiske lidelser, samtidig som psykiske lidelser kan påvirke arbeidsevnen og dermed muligheten til å skaffe seg inntekt (5).

Det er vanskelig å peke på kausale sammenhenger mellom årsaksfaktorer og forekomsten av psykiske lidelser, og trolig vil en rekke bakenforliggende faktorer påvirke både miljø og psykiske lidelser. Antakeligvis er det en kombinasjon av en rekke ulike faktorer som er årsaken til personer utvikler psykiske lidelser.

3.2.4 Utviklingen i forekomsten av psykiske lidelser

Ifølge FHI er det ingen holdepunkter for at forekomsten av psykiske lidelser har økt i den voksne befolkningen (5). Det har imidlertid vært en økning i sykefravær som har psykiske lidelser som årsak (13). Oslo Economics og Frischsenteret har vist at psykiske lidelser er den viktigste årsaken til den økte innstrømmingen til uføretrygd blant unge, og indikerer at det økende frafallet fra skole og arbeidsliv blant unge har sammenheng med den økte tilbøyeligheten til å utrede og diagnostisere unge med psykiske lidelser (14). Blant unge rapporterer FHI om en bekymringsfull økning i andelen unge jenter med et høyt nivå av

psykiske plager som oppsøker helsetjenesten for sine plager (5).

3.3 Diagnostisering og behandling

Det er krevende å anslå forekomsten av psykiske lidelser fordi målemetodene og diagnostiseringen er usikre. Det er vanlig å bruke spørreskjemaer for å måle personlighet, personlighetsavvik og psykiske forstyrrelser. En av de mest brukte diagnostiske hjelpemidlene er Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Det består av 567 spørsmål og brukes i størst grad gjennom korte spørreskjema som måler depresjon eller angst. I Norge benyttes ofte en variant av HSCL (Hopkins symptom check list) som et verktøy for kartlegging av psykisk helse, som inneholder spørsmål om symptomer på angst og depresjon. Denne metoden kan ikke måle medisinske diagnoser, men kan registrere psykiske plager i en mer generell forstand. Det kan også brukes strukturerte intervjuer for å måle psykiske problemer. Det er to internasjonale diagnostiske systemer som klassifiserer psykiske lidelser som benyttes i dag, DSM og ICD-10 (15).[1]

Behandling av psykiske lidelser varierer etter diagnose, alvorlighet og symptomer. Det er flere ulike behandlingstilbud for mennesker med psykiske lidelser, både i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, private tilbud og lavterskeltilbud. Disse er nærmere beskrevet i kapittel 4.

Det er særlig viktig med forebygging for å hindre utviklingen av psykiske lidelser blant befolkningen. Forebygging av psykiske lidelser starter allerede i barne- og ungdomsårene ved å tilrettelegge for gode lokalmiljøer som jobber for å redusere mobbing og utenforskap, samt skape gode vaner knyttet til for eksempel aktivitet og kosthold. I tillegg er det fokus på å sikre sunne arenaer, i utdanning, arbeid, lokalmiljø, frivillig sektor og institusjoner (5). Som nevnt er god helse ofte positivt korrelert med høy utdanning og inntekt, og det er derfor av politisk interesse å tilrettelegge for at befolkningen kan oppnå dette (5). Depresjon og angst er særlig tilbakevendende lidelser, og det er dermed viktig med tilbakefallsforebygging for å hindre at personer opplever flere sykdomsepisoder gjennom livet.

Mange med psykiske lidelser oppsøker fastlege som det første skrittet i kontakt med helsetjenesten. Det er vanlig at mennesker i arbeidsfør alder som får psykiske lidelser opplever at arbeid er belastende, og at de har nedsatt arbeidsevne. I konsultasjon med fastlege kan derfor sykmelding være en form for behandling. En studie fra 2016 finner at blant individer i arbeidsstyrken med en ny depresjonsdiagnose fikk halvparten en sykmelding (16). I tillegg finner forfatterne at sykmeldte med psykiske lidelser i gjennomsnitt har lengre sykefravær enn sykmeldte med fysiske lidelser.

Samtaleterapi er blant de mest vanlige formene for behandling av en rekke psykiske lidelser, herunder særlig angst og depresjon. Samtaleterapi kan tilbys av flere aktører, både i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og som en del av lavterskeltilbudene. Samtaleterapi benyttes ofte i kombinasjon med andre typer behandlinger (for eksempel legemiddelbehandling).

Legemiddelbehandling brukes i varierende grad for psykiske lidelser. For depresjon og angst er det i hovedsak antidepressiver som brukes (5). Andre eksempler på brukte legemiddelgrupper er analgetika og antipyretika (herunder opioider), angstdempende midler (anxiolytika), beroligende midler (hypnotika og sedative) og midler mot demens.

Ved alvorlige psykiske lidelser og selvmordsfare kan det være aktuelt med innleggelse ved en institusjon. Psykisk helsevern skjer som regel ved frivillighet. Det kan imidlertid endres til tvungent psykisk helsevern dersom vedkommende utgjør en nærliggende og alvorlig fare for seg selv eller andre. Det har vært en økning i antall tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i Norge de siste årene og frem til 2019 (17).

3.4 Samfunnskostnader forbundet med psykiske lidelser

De samlede samfunnskostnadene forbundet med en sykdom eller gruppe av sykdommer kan deles inn i tre overordnede kategorier; sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap (18). Sykdomsbyrde måles i helsetapsjusterte leveår (DALYs), som utrykker summen av befolkningens tapte leveår og ikke-dødelig helsetap. Verdien av disse tapte leveårene kan videre uttrykkes i en økonomisk verdi ved hjelp av nøkkeltall for verdien av tapt helse. Helsetjenestekostnader måles som ressursene som benyttes i helse- og omsorgstjenesten. Produksjonstap er verdimessig anslått som tapte skatteinntekter av at personer ikke er i arbeid på grunn av sykdom, uførhet eller død.

De samlede samfunnskostnadene forbundet med sykdom og ulykker i Norge er anslått til 1 350, 315 og 175 milliarder kroner fordelt på henholdsvis

[1] Fra og med 1. januar 2022 erstattes ICD-10 med ICD-11 som global standard for koding av helseinformasjon og dødsårsaker. https://icd.who.int/en

sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap (19). Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser (heretter omtalt som psykiske lidelser) er sykdomsgruppen som utgjør den største andelen av samfunnskostnadene, med 194 milliarder i sykdomsbyrde, 37 milliarder i helsetjenestekostnader og 48 milliarder i produksjonstap.

Psykiske lidelser utgjør til sammen 14 prosent av sykdomsbyrden, 12 prosent av helsetjenestekostnadene, men nesten én tredel (28 prosent) av det totale produksjonstapet forbundet med sykdommer og ulykker i Norge (19). Dette skyldes både at psykiske lidelser rammer mange, og at de i større grad rammer den arbeidsføre befolkningen enn for eksempel kreft og sykdommer i sirkulasjonssystemet.

Det er viktig å merke seg at totale samfunnskostnader i seg selv ikke er en størrelse som gir grunnlag for å prioritere helsetiltak, jf. NOU 2014: 12 og Meld. St. 34 (2015-2016). Selv om psykiske lidelser gir et stort bidrag til de totale samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker betyr ikke det at det finnes tiltak som kan redusere kostnadene som sykdomsgruppen påfører samfunnet. Tallene kan likevel være nyttig i som en slags «problembeskrivelse», altså anslag over byrden disse lidelsene påfører samfunnet som helhet.

Tabell 3-1. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker for Norge i 2015, mrd. 2015-kroner.

	Sykdomsbyrde (DALY)	Helsetjeneste-kostnader	Produksjonstap
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	194	37	48
Alle sykdomsgrupper/ diagnoser	1350	315	175

Kilde: Helsedirektoratet 2019 (19)

3.4.1 Sykdomsbyrde

Sykdomsbyrde utgjør to tredeler (69 prosent) av samfunnskostnadene forbundet med psykiske lidelser, og er også den største samfunnskostnaden for alle sykdommer og ulykker samlet. Sykdomsbyrden deles inn i tapte leveår og tapt helse (Tabell 3-2). For psykiske lidelser var kostnaden av tapte leveår og helsetapet på henholdsvis 49,9 og 144,5 mrd. kroner i 2015, og samfunnskostnadene av sykdomsbyrde summerer seg dermed til i underkant av 200 mrd. kroner.[2]

Helsetap reflekterer tap av helse på grunn av sykdom, skade og ulykker som man kan leve med, altså ikke-dødelig helsetap. For psykiske lidelser utgjør helsetap en betydelig større andel av den totale sykdomsbyrden sammenlignet med alle sykdomsgrupper og diagnoser. I 2015 var psykiske lidelser og rusbrukslidelser den nest vanligste årsaken til ikke-dødelig helsetap i Norge. Depressive lidelser og angstlidelser er dominerende årsaker til helsetapet knyttet til psykiske lidelser, etterfulgt av schizofreni og bipolar lidelse (20). Sammenlignet med andre sykdomsgrupper og diagnoser er psykiske lidelser en viktig årsak til helsetap fra ung alder. Allerede fra tiårsalder er helsetapet knyttet til psykiske lidelser betydelig, og helsetapet holder seg på et stabilt høyt nivå gjennom hele arbeidsfør alder (20).

Tabell 3-2. Sykdomsbyrde (DALY) ved sykdom og ulykker i Norge for 2015, mrd. 2015-kroner.

	Tapte leveår	Helsetap	Totalt
Psykiske lidelser og adferds-forstyrrelser	49,9	144,5	194
Alle sykdomsgrupper/diagnoser	636	714	1350

Kilde: Helsedirektoratet 2019 (19)

3.4.2 Helsetjenestekostnader

Helsetjenestekostnadene forbundet med psykiske lidelser utgjør om lag 40 mrd. kroner, noe som tilsvarer 13 prosent av samfunnskostnadene ved psykiske lidelser. For perioden 2010-2015 var det en økning i helsetjenestekostnadene for alle sykdomsgrupper, men økningen var betydelig større for psykiske lidelser. Den nominelle økningen i helsetjenestekostnader forbundet med psykiske lidelser var på 56 prosent, fra 24 mrd. kroner i 2010 (21). Til sammenligning har helsetjenestekostnadene for alle sykdomsgrupper hatt en nominell økning på 36 prosent i samme periode.

3.4.3 Produksjonstap

Psykisk sykdom kan føre til at personer i arbeidsfør alder ikke kan delta i arbeidslivet. Verdien disse personene kunne skapt dersom de var i arbeid utgjør produksjonstapet forbundet med psykiske lidelser. Verdien av produksjonstapet kan deles inn i produksjonstap på grunn av sykefravær, uførhet og død. Ytelser som sykepenger, uførepensjon og

[2] Beregningene tar utgangspunkt i 43 456 tapte leveår (YLL) og 125 909 helsetapsjusterte leveår (YLD).

arbeidsavklaringspenger (AAP) utbetales til personer som av ulike grunner ikke kan delta i arbeidslivet. Slike ytelser er skattefinansierte, og fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det også relevant å inkludere skattefinansieringskostnadene av disse ytelsene i verdien av produksjonstapet. Skattefinansieringskostnaden er den marginale kostnaden ved å hente inn en ekstra skattekrone, og skal i henhold til Finansdepartementets rundskriv R-109 settes til 20 øre per krone for alle sektorer (22).

De siste årene har det vært en økning i sykefravær med psykiske lidelser som årsak, og en økning i innstrømmingen til uføretrygd, særlig blant unge (14). Økningen er særlig stor for angst og depresjon. Psykiske lidelser kan være problematisk for arbeidsevne og sysselsetting, fordi disse lidelsene er årsaker til langvarig sykefravær og gjerne inntreffer i ung alder. Samtidig er angst og depresjon ofte tilbakevendende, og kan dermed forårsake flere sykefraværsperioder i løpet av livet. Disse psykiske lidelsene kan dermed føre til at personer kan få svekket sin arbeidsevne gjennom store deler av livet (23).

Det er en tydelig sammenheng mellom psykiske lidelser og somatisk sykdom (24), og psykiske lidelser er ofte forbundet med tidlig død. En forklaring til dette er sammenhengen mellom psykiske lidelser, rusbrukslidelser, usunn livsstil som dårlig kostnad og inaktivitet og fysiske sykdommer som kreft, diabetes og lungesykdommer. Samtidig er det en sammenheng mellom psykiske lidelser og risiko for selvmord (5). Personer med schizofreni eller bipolar lidelse har kortere forventet levealder sammenliknet med den generelle befolkningen. Også personer med depresjon eller angst har økt dødelighet. En studie fra 2015 finner at forventet levetid er rundt 20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn for befolkningen for øvrig (25).

Tidligere beregninger av samfunnskostnader forbundet med psykiske lidelser viser at uførhet er den definitivt største kilden til produksjonstapet knyttet til psykiske lidelser, på 31,8 mrd. kroner (Tabell 3-3). Psykiske lidelser utgjør dermed over en tredel av det totale produksjonstapet fra uførhet for alle sykdomsgrupper. Produksjonstapet knyttet til sykefravær som skyldes psykiske lidelser er også en betydelig størrelse på 13,9 mrd. kroner. Produksjonstapet som skyldes tidlig død, utgjør derimot en liten andel av det totale produksjonstapet.

Beregningen av produksjonstapet som skyldes sykefravær tar ikke hensyn til redusert produksjon som skyldes redusert effektivitet når folk er i jobb med redusert arbeidskapasitet på grunn av sykdom. Dette «sykenærværet» er vanskelig å anslå verdien på, men utgjør trolig en betydelig kostnad for samfunnet.

Tabell 3-3. Produksjonstap ved sykdom og ulykker i Norge for 2015, mrd. 2015-kroner.

	Syke-fravær	Uør-het	Død	Totalt
Psykiske lidelser og adferds-forstyrrelser	13,9	31,8	2,6	48,3
Alle sykdoms-grupper/ diagnoser	70	90	15	175

Kilde: Helsedirektoratet 2019 (19)

For å beregne produksjonstapet knyttet til sykefravær tas det ofte utgangspunkt i antall tapte dagsverk som skyldes det legemeldte sykefraværet. Tabell 3-4 viser hvordan antall tapte dagsverk fra det legemeldte sykefraværet har utviklet seg siden 2015. Tabellen viser at det hvert år har vært en økning i antall tapte dagsverk fra sykefravær som skyldes psykiske lidelser, og i 2020 var det nesten 1,4 millioner flere tapte dagsverk fra sykefravær som skyldes psykiske lidelser sammenlignet med i 2015. Dette tilsvarer en økning på 27 prosent. Til sammenligning har antall tapte dagsverk fra alt legemeldt sykefravær økt med 16 prosent i samme periode. Implikasjonen av utviklingen er at produksjonstapet fra sykefravær som skyldes psykiske lidelser har økt siden 2015, og økningen har vært større enn for alle sykdomsgrupper samlet.

Tabell 3-4. Antall tapte dagsverk fra legemeldt sykefravær

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Psykiske lidelser	5 088 243	5 198 411	5 539 665	5 751 270	6 200 284	6 450 125
I alt	25 864 123	26 242 103	27 106 571	27 464 820	28 161 872	30 131 679

Kilde: NAVs sykefraværsstatistikk for 1-4. kvartal 2015-2020 (26).

Tabell 3-5 viser antallet uføretrygdede per desember 2016 med en psykisk lidelse som primærdiagnose, fordelt etter diagnosegruppe, og fordelt på kjønn. Tabellen viser også hvor stor andel diagnosegruppen

utgjør av totalen, og dermed også hvordan produksjonstapet fordeler seg mellom diagnosegruppene.

Tabell 3-5 viser at det er flere kvinner enn menn som er uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser. Omtrent halvparten av de som er uføretrygdet på grunn av en psykisk lidelse lider av depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser. Dette er den vanligste diagnosegruppen blant både kvinner og menn, men andelen er betydelig høyere blant kvinner enn menn. Menn er derimot overrepresentert blant de som er uføretrygdet på grunn av schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser, psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkludert legemiddelmisbruk og utviklingsforstyrrelser.

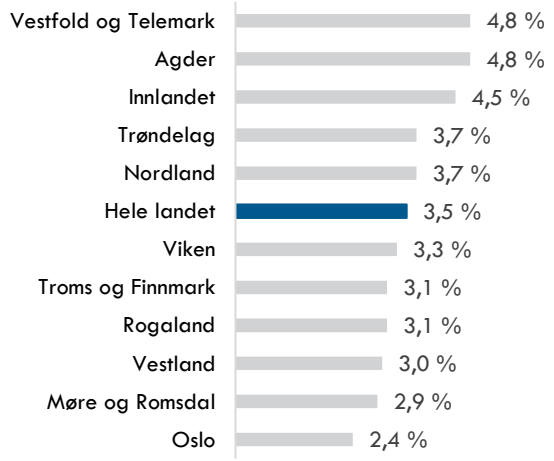
Tabell 3-5. Uføretrygdede med psykiske lidelser som primærdiagnose, per desember 2016

	Antall uføretrygdede			Fordeling		
	Alle	Kvinner	Menn	Alle	Kvinner	Menn
I alt	117 175	61 496	55 679	100 %	52 %	48 %
Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser	56 897	36 180	20 717	49 %	59 %	37 %
Psykisk utviklingshemming	13 141	6 159	6 982	11 %	10 %	13 %
Personlighetsforstyrrelser	12 685	6 297	6 388	11 %	10 %	11 %
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	11 742	4 443	7 299	10 %	7 %	13 %
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddel-misbruk	6 612	1 748	4 864	6 %	3 %	9 %
Utviklingsforstyrrelser	5 408	1 698	3 710	5 %	3 %	7 %
Hyperkinetiske forstyrrelser	3 835	1 527	2 308	3 %	2 %	4 %
Annet	1 896	938	958	2 %	2 %	2 %
Uspesifisert psykisk lidelse	1 723	878	845	1 %	1 %	2 %
Organiske psykiske lidelser (unntatt demens)	1 497	570	927	1 %	1 %	2 %
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungd.	697	246	451	1 %	0 %	1 %
Spiseforstyrrelser	621	582	39	1 %	1 %	0 %
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (ekskl. spiseforst.)	223	141	82	0 %	0 %	0 %
Demenslidelser	198	89	109	0 %	0 %	0 %

Kilde: Oversendt fra NAV. En oversikt over fordelingen av ICD-10-koder finnes i Vedlegg D: .

Figur 3-2 viser hvordan uføre med psykiske lidelser som primærdiagnose fordeler seg geografisk, målt som prosent av befolkningen i arbeidsfør alder. På landsbasis er omtrent 3,5 prosent av befolkningen i arbeidsfør alder uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser. Agder, Vestfold og Telemark og Innlandet skiller seg ut som fylkene med den høyeste andelen av befolkningen som er uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser, på henholdsvis 4,8, 4,8 og 4,5 prosent. Motsatt er det særlig Oslo og Møre og Romsdal som har en lav andel, på henholdsvis 2,4 og 2,9 prosent. I Vedlegg D finnes også en oversikt over antall uføretrygdede med psykiske lidelser som primærdiagnose fordelt etter fylke og aldersgruppe, samt en oversikt over innstrømmingen til uføretrygd i 2016.

Figur 3-2. Uføretrygdede med psykiske lidelser som andel av befolkningen i arbeidsfør alder, fordelt etter bostedsfylke, per desember 2016



Kilde: Oversendt fra NAV og SSB Tabell 07459. Inkluderer kun uføretrygdede med psykiske lidelser som primærdiagnose.

4. Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser

De siste årene har det vært fokus på å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Det har blitt økt bevissthet rundt psykisk helse, og det har skjedd endringer i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Dette har omfattet endringer i organiseringen av tjenester og utvikling i psykologenes rolle i tjenestetilbudet. Det har også medført økning i antall psykologårsverk, særlig i kommunene. Det er i dag et bredt tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser, og psykologhjelp kan fås i primærhelsetjenesten, lavterskeltilbud, privat tjenestetilbud og tilbud i spesialisthelsetjenesten.

De siste årene har det vært en satsing på å styrke tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, og for å gjøre arbeidet med psykisk helse til en integrert del av folkehelsearbeidet. Dette fremgår blant annet i regjeringens strategi for god psykisk helse «Mestre hele livet» (2017-2022) (27) og er i tråd med WHO sin anbefaling for organisering av psykisk helsetjeneste (28).

Økt bevissthet rundt psykiske lidelser og utvikling av bedre behandlingsmetoder har bidratt til endring i behandlingstilbudet. Det har blitt flere alternative og lokalsamfunnsbaserte tjenester, og integrering av psykisk helse i andre helsetjenester og i generelle tjenestetilbud. Det har også vært en omstilling mot mer åpne og utadrettede tjenester, styrking av årsverk og samarbeid.

Opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2008) (29) har vært viktig for utviklingen av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser. Gjennom senere strategiplaner som Nasjonal strategiplan for arbeid og helse (2007-2012) (30), Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016) (31), samt Samhandlingsreformen (32), har en rekke av virkemidlene fra Opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2008) blitt videreført, og videre styrket arbeidet med psykisk helse i helsetjenenesten.

Det er i dag et bredt tjenestetilbud for mennesker som har behov for psykisk helsehjelp. Overordnet kan vi dele inn helsetjenestene som tilbyr psykisk helsehjelp i primærhelsetjenesten (kommunale helsetjenester), spesialisthelsetjenesten, lavterskeltilbud og private tjenestetilbydere. Mennesker med psykiske lidelser kan kontakte primærhelsetjenesten, for eksempel ved å ha en konsultasjon med fastlege. Dersom fastlege eller annet helsepersonell med henvisningsrett vurderer at det er behov, blir pasienten henvist til spesialisthelsetjenesten. De som har behov kan også benytte seg av lavterskeltilbud som ikke krever henvisning, for eksempel i regi av kommunen, private aktører eller frivillige organisasjoner. Det er også et alternativ å oppsøke private psykologer for å få psykisk helsehjelp. Behandling hos private psykologer kan være helt eller delvis finansiert av myndighetene, eller kun gjennom pasientens egenbetaling.

De siste årene har det også vært en utvikling i psykologenes rolle i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det har blitt flere psykologårsverk innenfor mange deler av helsetjenesten, og flere nye autoriserte psykologer.

I dette kapittelet beskriver vi organiseringen og utviklingen i det norske tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser, samt psykologenes rolle og utviklingen i dette.

4.1 Utvikling i primærhelsetjenesten

Kommunens ansvar for å tilby primærhelsetjenester til egen befolkning er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (33). Kommunene har ansvar for å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, akutt helsehjelp, utredning, behandling, medisinsk habilitering, helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon og dagaktivitetstilbud. Flere deler av primærhelsetjenesten kan bidra med psykisk helsehjelp. Fastleger skal ha kunnskap om psykisk helse og kan bistå med hjelp og veiledning, samt at de kan skrive ut sykmeldinger og resepter på legemidler eller henvise til spesialisthelsetjenesten. Fastleger kan også vurdere sammenhengen mellom somatiske symptomer og psykiske lidelser.

Psykisk helsehjelp kan også fås i andre kommunale helse- og omsorgstjenester, samt i tilknyttede tjenesteområder som for eksempel overgrepsmottak og NAV-kontorer. For barn og unge kan psykisk helsehjelp fås i en rekke arenaer nære dem. Det kan for eksempel være skolehelsetjenesten, lokale helsestasjoner, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), eller i barnevernstjenesten for enkelte. Disse kan også videre kontakte fastlege for hjelp ved behov.

I tillegg til at en rekke helsearbeidere og fastleger kan yte psykisk helsehjelp, har mange kommuner også tilknyttet psykologkompetanse. Psykologer kan være sysselsatt innenfor ulike tjenester, for eksempel i kommunale helse- og omsorgstjenester som overgrepsmottak, barnevern, skolehelsetjenesten,

pedagogisk-psykologisk tjeneste, helsestasjoner og NAV-kontorer, men de kan også være sysselsatt i kommunale lavterskeltjenester.

Fra og med 1. januar 2020 er kommuner lovpålagt å ha tilknyttet seg psykologkompetanse. En undersøkelse fra SSB finner at det har vært en økning i antall psykologårsverk i kommunene på 87 prosent i perioden 2015 til 2020 (34). Det var én av fem kommuner som ikke oppfylte kravet i 2020 (34). Undersøkelsen finner at kommunene har tilknyttet seg psykologkompetanse på ulike måter. Noen kommuner har ansatt psykologer direkte (rundt 70 prosent), mens andre har etablert samarbeid med andre kommuner (33 prosent). Enkelte kommuner har gjort begge deler. Det fremkommer også at det er regionale forskjeller i tilknytningen til psykologkompetanse mellom kommuner, og det var særlig kommuner i distriktene som ikke hadde psykologkompetanse i slutten av 2020 (34). Det kommer frem i flere nylige undersøkelser at kommunene opplever det som utfordrende å rekruttere psykologer (35), (36). Det er særlig rekruttering av psykologspesialister som pekes på som en utfordring, og problemet oppleves som størst i Nord-Norge.

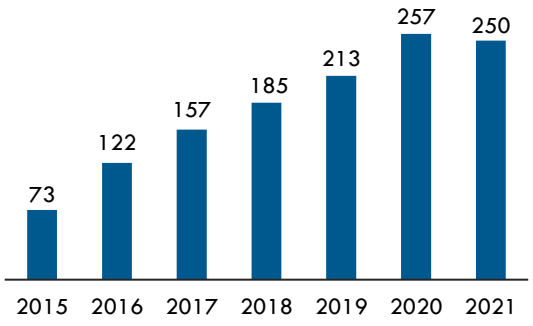
Fra og med 1. januar 2017 ble det lovpålagt for kommuner å sørge for et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til voksne med psykiske plager og/eller rusmiddelproblemer. Sintef har kartlagt det kommunale tilbudet innen psykisk helse- og rusarbeid i 2020 (37), og det fremkommer her at én av ti kommuner ikke hadde etablert et slikt tilbud i 2020. Det fremkommer også at over halvparten av kommunene ikke har oppsøkende tjenester til barn og unge, og nesten 30 prosent av kommunene har ikke oppsøkende tjenester til voksne.

I en rapport fra Helsedirektoratet undersøkes kommunenes utfordringer med å rekruttere helsepersonell. Tallene er basert på Kommunesektorens arbeidsgivermonitor. 33 prosent av respondentkommunene vurderer det som meget utfordrende å rekruttere psykologer, og 23 prosent vurderer det som ganske utfordrende. Videre oppsummerer Helsedirektoratet hva NAVs bedriftsundersøkelse for 2021 viser om estimert mangel på helsepersonell. Det estimeres en mangel på totalt 400 psykologer i 2021.

I en rapport fra Sintef kommer det fram at det i 2021 var ansatt 250 psykologårsverk, med og uten spesialisering, i de kommunale tjenestene innen psykisk helse og rus for voksne (38). Fra 2015 er dette en økning på 242 prosent i antall årsverk (se Figur 4-1). I 2021 utgjorde psykologer og psykologspesialister likevel kun i underkant av to prosent av alle årsverkene i de kommunale tjenestene innen psykisk helse og rus rettet mot voksne. De fleste årsverkene utføres av mennesker med utdanning i helse- og sosialfag fra høgskole, både med og uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid, samt mennesker med utdanning i helse- og sosialfag fra videregående skole, med og uten videreutdanning.

De fleste årsverkene innen psykisk helse og rusarbeid for voksne som inngår i rapporteringen til Sintef, ble benyttet til boliger med fast tilknyttet personell, hjemmetjenester, samt behandling, oppfølging, rehabilitering og koordinering. Andre tjenester inkluderte aktivitetssenter/dagsenter, andre aktiviteter og kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak. Kommunenes helse- og omsorgstjenester er imidlertid innrettet ulikt i ulike kommuner, og det er usikkert hvor stor andel av disse tjenestene som kan betraktes som behandling eller direkte oppfølging av brukernes psykiske lidelser. Det er også usikkert hvilken rolle de innrapporterte psykologårsverkene har i det kommunale tjenestetilbudet, og i hvilken grad de jobber klinisk eller organisatorisk.

Figur 4-1. Antall årsverk for psykologer og psykologspesialister i kommunale tjenester innen psykisk helse og rus til voksne, per år



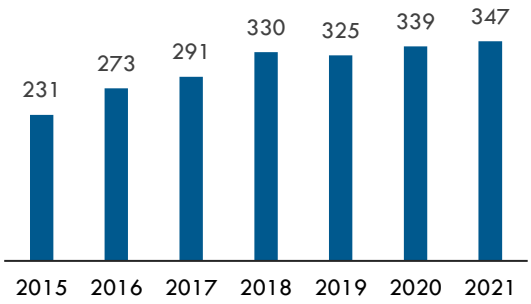
Kilde: Sintef 2021 (38)

I Riksrevisjonens nylige undersøkelse kommer det frem at det i de fleste kommuner er fastlegen som behandler barn og unge med psykiske helseplager. I én av tre kommuner kan barn og unge få psykisk helsehjelp hos helsestasjon og skolehelsetjeneste. Én av ti kommuner tilbyr imidlertid ingen behandling for psykiske helseplager til barn og unge, utover behandlingen fastlegen tilbyr (35).

I kartleggingen fra 2021 var 347 årsverk for psykologer og psykologspesialister i de kommunale tjenestene innen psykisk helse og rusarbeid rettet mot barn og unge (Figur 4-2) (38). Økningen fra 2015 er på 50 prosent. I 2021 utgjorde psykologårsverk 9,4 prosent av alle disse årsverkene. Størst andel av årsverkene ble utført av mennesker med helse- og sosialfagutdanning på høgskolenivå, med og uten videreutdanning. Deretter hadde en stor andel annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning. Flest av disse årsverkene gikk til tjenestene

helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, samt enkelte årsverk til andre aktiviteter.

Figur 4-2. Antall årsverk med psykologer og psykologspesialister i kommunale tjenester innen psykisk helse og rus til barn og unge, per år



Kilde: Sintef (38)

Tallene fra nevnte kartlegging viser at det er langt høyere andel psykologårsverk i kommunale psykiske helsetjenester til barn og unge, enn det er i tjenester rettet mot voksne (38). Samtidig har den prosentvise økningen i antall psykologårsverk fra 2015 til 2021 vært større i tjenester rettet mot voksne (243 prosent), enn i tjenester rettet mot barn og unge (50 prosent).

4.2 Tilgang til lavterskeltilbud

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kommer det frem at kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer (33). Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, og skal arbeide for at det blir iverksatt velferds- og aktivitetstiltak for de som har behov for det. I Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» (39) anbefales det at kommunene har lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet som en del av tjenestetilbudet.

Mange kommuner tilbyr en rekke lavterskeltjenester som kan benyttes uavhengig av henvisning fra fastlege eller formelt vedtak fra kommunen. Slike tjenester kan oppsøkes av mennesker som har behov for psykisk helsehjelp på eget initiativ uten andre krav til diagnose, alvorlighetsgrad eller omfang. Det kan for eksempel være i regi av kommunen eller frivillige organisasjoner. De er som regel gratis å benytte seg av, og det er ofte ingen tidsbegrensning.

Det har vært et politisk fokus å styrke tilgangen til lavterskeltjenester og ambulant virksomhet. I Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016) innebar styrkingen blant annet et pilotprosjekt om innføring av Rask psykisk helsehjelp.

Rask psykisk helsehjelp er en korttidsbehandling for personer med milde symptomer på angst, depresjon, rusbruksproblemer og søvnvansker. Tilbudet kan oppsøkes på eget initiativ, krever ikke henvisning og er gratis. Rask psykisk helsehjelp var i 2020 opprettet i et 50-talls kommuner (40). Folkehelseinstituttet evaluerte Rask psykisk helsehjelp i 2016, i tillegg til at det ble gjennomført en randomisert kontrollert studie (RCT) i to av kommunene som deltok. FHI konkluderte med at brukerne scorer bedre på symptomer etter endt behandling (41). RCT-en viste at Rask psykisk helsehjelp var dobbelt så effektivt som vanlig oppfølging til å lindre symptomer (42).

Kommunale frisklivssentraler er forebyggende og helsefremmende lavterskeltjenester som kan ha psykologtilbud som en del av tjenesten. Mange av frisklivssentralene tilbyr tjenester til barn og unge med familier. Tilbudet kan benyttes ved å få henvisning fra lege, NAV eller annet helsepersonell, men det kreves ikke henvisning for å benytte tilbudet. I 2020 hadde 235 kommuner tilbud om frisklivssentral (43).

Et annet lavterskeltilbud til familier og barn er Familiens hus. Tjenesten er et tiltak finansiert med tilskudd fra Helsedirektoratet. Det består av tverrfaglige team som skal tilrettelegge for lett tilgjengelig og helhetlig tilbud til barn, unge og familier. Tjenester som ofte inngår er helsestasjon, forebyggende barnevernstjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste og åpen barnehage, og kan ofte være tilknyttet egne psykologer (44).

Fontenehus er et lavterskeltilbud til mennesker med psykiske lidelser som har arbeid både som metode og mål. Metoden baseres på arbeidsrehabilitering, og mennesker med psykiske plager kan meldes inn i et Fontenehus som medarbeider, uten henvisning og tidsbegrensning. Psykologer kan være tilknyttet Fontenehus som ansatte. Det er i dag etablert i overkant av 20 tilbud om Fontenehus i Norge (45).

I tillegg til lavterskeltjenestene nevnt her kan kommunene og ideelle organisasjoner ha ulike tilbud som retter seg mot innbyggere med psykiske plager eller lidelser. Mange kommuner har for eksempel sosialambulante team, psykososiale kriseteam og lignende. Dette er imidlertid ulikt oppbygget i kommunene, i tillegg til at tjenestene ofte kun er rettet mot enkelte befolknings- og diagnosegrupper, og ikke dekker bredden av psykiske lidelser i befolkningen. I tillegg finnes det ikke noen samlet oversikt over omfanget av denne typen tjenester. Riksrevisjonens nylige undersøkelse viser at tre av fire kommuner har en egen lavterskeltjeneste til barn og unge med psykiske lidelser, men sier ingenting om antall kommuner som har slike lavterskeltjenester rettet mot voksne, eller i hvilken grad disse lavterskeltjenestene

er innrettet som behandlingstilbud eller om de er basert på relevant fagkompetanse (35).

4.3 Utvikling i tilbudet i spesialisthelsetjenesten

Det regionale helseforetaket har ansvar for å tilby forsvarlig spesialisthelsetjeneste. For å benytte seg av tilbudene i spesialisthelsetjenesten, krever det henvisning fra fastlege eller annet helsepersonell med henvisningsrett. I spesialisthelsetjenesten utredes og behandles psykiske lidelser primært i psykisk helsevern, enten psykisk helsevern for voksne eller for barn og unge (BUP). Ruslidelser behandles i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Helseforetakene kan i tillegg tilby spesialistbehandling gjennom private spesialister innen psykiatri eller psykologi, som har avtale med helseforetaket og dermed gir grunnlag for offentlig delfinansiering av behandlingen (46).

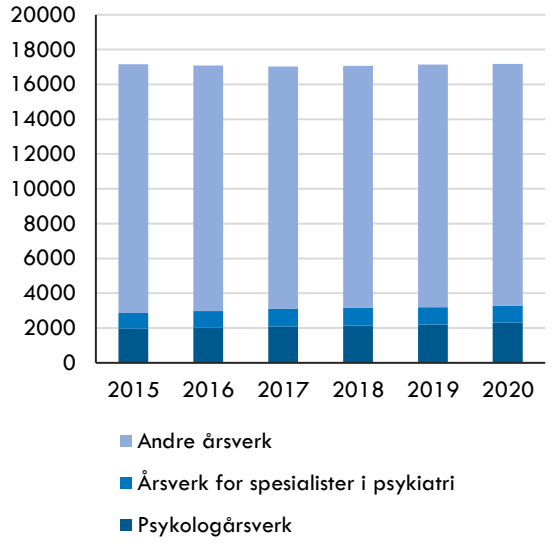
Fra 1. januar 2019 ble tjenestene innen psykisk helsevern organisert som pakkeforløp (47). Et pakkeforløp starter ved at fastlegen sender en henvisning til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen vurderes, og det tas stilling til hvilket pakkeforløp som bør følges. Det er utviklet et pakkeforløp for voksne, et for barn og unge og et for rusbehandling. Personer som viser tegn til alvorlig psykisk lidelse, skal henvises til pakkeforløp. Deretter planlegges utredning og behandling videre i samarbeid mellom behandlere og pasient. Pakkeforløpet innebærer at det er utarbeidet tre generelle utrednings- og behandlingsforløp, som har som hensikt å gi pasienter et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart uten ventetid.

4.3.1 Psykisk helsevern for voksne

Psykisk helsevern for voksne tilbys primært i distriktspsykiatriske sentre (DPS). DPS er en faglig selvstendig enhet som har ansvar for den allmenne psykiske helsetjenesten til voksne i landet. DPS tilbyr en rekke ulike tjenester, for eksempel dag- og døgnbehandling og poliklinikk.

I 2020 var bemanningen i psykisk helsevern for voksne på totalt 17 200 årsverk (se Figur 4-3). Psykologer utgjorde 2 300 av disse årsverkene, altså 13 prosent av alle årsverk innen psykisk helsevern for voksne. Til sammenligning utgjorde spesialister i psykiatri rundt seks prosent. Det har ikke vært noen vekst av betydning i totalt antall årsverk fra 2015. Det har imidlertid vært en viss økning i andelen psykologårsverk i perioden, fra 11 prosent i 2015. Økningen i årsverk for psykiatere har vært noe lavere, på åtte prosent i perioden. Samtidig har også andelen vernepleiere og leger økt, mens andelen hjelpepleiere, barnevernspedagoger og psykiatriske sykepleiere har falt. Sistnevnte utgjør imidlertid den største andelen av årsverk i psykisk helsevern i 2020, på 18 prosent.

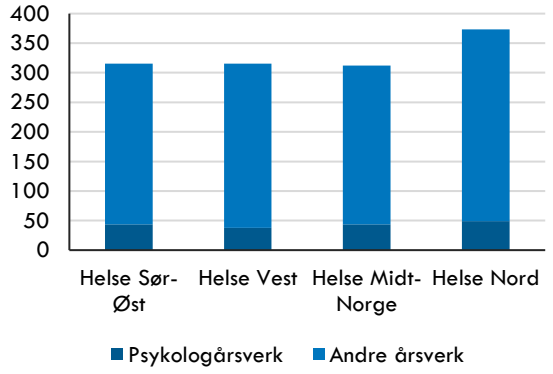
Figur 4-3. Antall årsverk i psykisk helsevern for voksne, per år



Kilde: SSB tabell 09551.

Når vi ser på bemanningen i psykisk helsevern for voksne i forhold til antall innbyggere, er det variasjoner mellom helseregionene. Den samlede bemanningen i forhold til befolkning er størst i Helse Nord, og det er også i denne regionen flest psykologårsverk i forhold til innbyggertall (Figur 4-4). Den samlede bemanningen i psykisk helsevern for voksne utgjorde i 2020 402 årsverk per 100 000 innbyggere. Av disse var 54 psykologårsverk. Antall psykologårsverk har økt siden 2015 i alle helseregionene. Økningen har vært størst i Helse Midt-Norge (25 prosent) og minst i Helse Vest (ni prosent). I Helse Sør-Øst var økningen 19 prosent, og i Helse Nord 13 prosent.

Figur 4-4. Antall årsverk i psykisk helsevern for voksne i 2020 per 100 000 innbyggere, etter helseregion



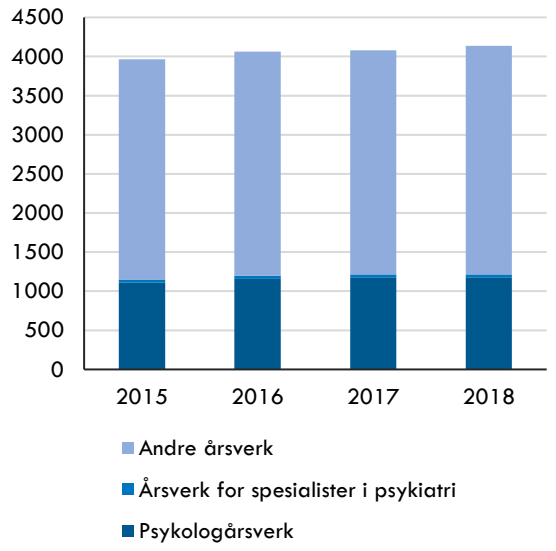
Kilde: SSB tabell 09551

4.3.2 Psykisk helsevern for barn og unge

Psykisk helsevern for barn og unge under 18 år tilbys i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). BUP kan bistå barn, unge og deres familier i å foreta utredninger, diagnostisere, behandle og gi råd knyttet til psykiske lidelser og atferdsproblemer.

Bemanningen i psykisk helsevern for barn og unge var i 2020 på totalt 4 300 årsverk (Figur 4-5). Av disse utgjorde psykologer 1 300 årsverk, tilsvarende 30 prosent av totalbemanningen. Psykologtettheten er altså høyere i psykisk helsevern for barn og unge enn den er i psykisk helsevern for voksne. For spesialister i psykiatri utgjør derimot antall årsverk en betydelig mindre andel sammenlignet med psykisk helsevern for voksne (under én prosent). Den samlede bemanningen i psykisk helsevern for barn og unge har økt med ni prosent i perioden 2015-2020. Samtidig har antall psykologårsverk i perioden økt, fra en andel på 28 prosent i 2015. Det tilsvarer en prosentvis vekst i antall psykologårsverk på 16 prosent. Også antall årsverk utført av leger, sykepleiere og vernepleiere har økt i perioden, med tilsvarende prosentvis vekst som psykologårsverkene. Det er imidlertid psykologer som utgjør klart størst andel av årsverkene i psykisk helsevern for barn og unge. Nest flest årsverk utføres av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (14 prosent).

Figur 4-5. Antall årsverk i psykisk helsevern for barn og unge, per år

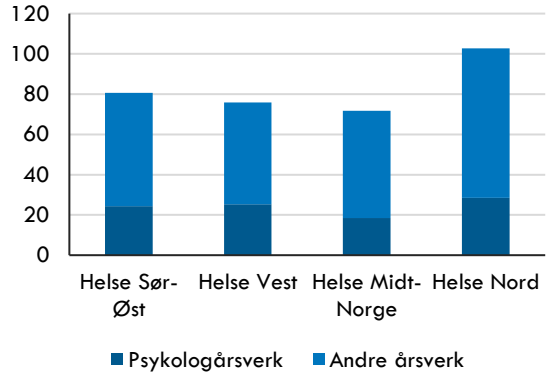


Kilde: SSB tabell 09550

Når vi ser på bemanningssituasjonen i forhold til befolkningstall, ser vi at det er større geografiske variasjoner i bemanningen i psykisk helsevern for barn og unge, enn det er i psykisk helsevern for voksne. Bemanningen i psykisk helsevern for barn og unge er høyest i Helse Nord og lavest i Helse Midt-Norge, når vi ser både på totalbemanningen og psykologbemanningen per innbyggertall (Figur 4-6). Nasjonalt var det i 2020 ansatt 388 årsverk per 100 000 innbyggere i psykisk helsevern for barn og unge. Av disse var 120 psykologårsverk. Det innebærer en økning fra 99 psykologårsverk i 2015.

Økningen i antall psykologårsverk i perioden har vært størst i Helse Sør-Øst (20 prosent), etterfulgt av Helse Vest (16 prosent). I Helse Nord har økningen vært 12 prosent, mens det så vidt har vært en økning i Helse Midt-Norge på en halv prosent.

Figur 4-6. Antall årsverk i psykisk helsevern for barn og unge i 2020 per 100 000 innbyggere, etter helseregion



Kilde: SSB tabell 09550

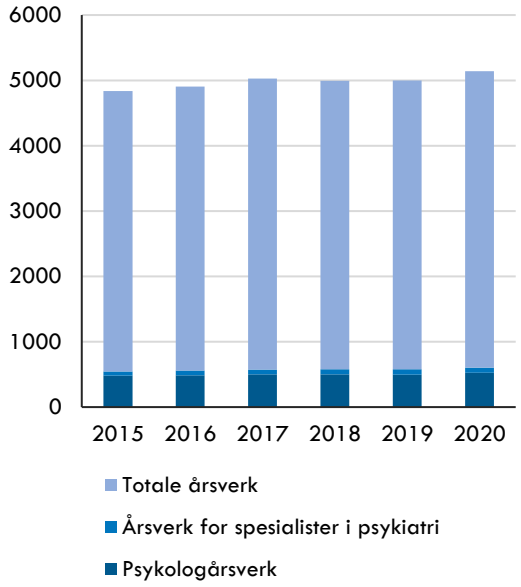
Ambulant virksomhet er en del av psykisk helsevern, og over de siste årene har det vært en satsing på å øke andelen ambulant virksomhet gjennom flere strategiplaner, blant annet i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016) og Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) (48). Ambulant virksomhet defineres som polikliniske konsultasjoner som gjennomføres utenfor fast behandlingssted. I perioden 2012 til 2021 økte andelen ambulant virksomhet innen psykisk helsevern for voksne fra 7,3 prosent til 8,4 prosent. Økningen kom i hovedsak av en økning i Helse Vest (49). I Riksrevisjonens spørreundersøkelse til behandlere i BUP, kommer det frem at over halvparten har savnet muligheten til ambulant behandling det siste året. Mange av disse oppgir at de ikke har hatt mulighet til dette på grunn av kapasitet. De finner også at antall ambulante årsverk i psykisk helsevern for barn og unge har blitt redusert med rundt ti prosent i årene 2015 til 2018 (35).

4.3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) inngår også som en del av psykisk helsevern. Dette omfatter tilbud av døgnbehandling, dagbehandling, poliklinisk behandling og ambulante tjenester, samt avrusning og øyeblikkelig hjelp.

I 2020 var det totalt 4 600 antall årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (se Figur 4-7). Psykologårsverk utgjorde 500 av disse, eller 11 prosent av den totale bemanningen, og denne andelen er nærmest uendret fra 2015. Psykologtettheten i rusbehandling ligger på tilsvarende nivå som i psykisk helsevern for voksne, mens den er lavere enn i psykisk helsevern for barn og unge. Til sammenligningen utgjør psykiatere kun to prosent av totalt antall årsverk. Den samlede bemanningen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling har økt med seks prosent i perioden 2015-2020, mens psykologårsverkene i samme periode har økt med åtte prosent. Samtidig har det vært en særlig økning av leger, hvorav legeårsverk har økt med 70 prosent, samt en økning av spesialister i psykiatri, sykepleiere og vernepleiere. I perioden har det vært en nedgang i antall årsverk til hjelpepleiere og personell uten helse- og sosialfagutdanning. I 2020 gikk flest årsverk til sykepleiere (19 prosent) og personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (18 prosent).

Figur 4-7. Antall årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, per år

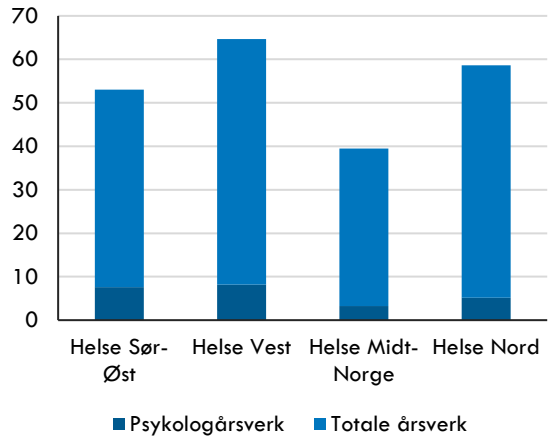


Kilde: SSB tabell 09552

Også i rusbehandlingen er det geografisk variasjon i bemanningen (Figur 4-8). Bemanningen i forhold til innbyggertall er størst i Helse Vest, og der er også psykologbemanning høyest (Helse Sør-Øst ligger på samme nivå som Helse Vest på psykologbemanning per innbygger). Helse Midt-Norge har lavest bemanning og også lavest bemanning av psykologer i forhold til befolkning. Det var til sammen ansatt 86 årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 100 000 innbyggere i Norge i 2020. Ti av disse var psykologårsverk.

Antall psykologårsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling har økt i perioden 2015-2020 både i Helse Vest (60 prosent), Helse Midt-Norge (20 prosent) og Helse Sør-Øst (ti prosent). I Helse Nord har det vært i underkant av en prosents økning i antall psykologårsverk i samme periode.

Figur 4-8. Antall årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2020 per 100 000 innbyggere, etter helseregion



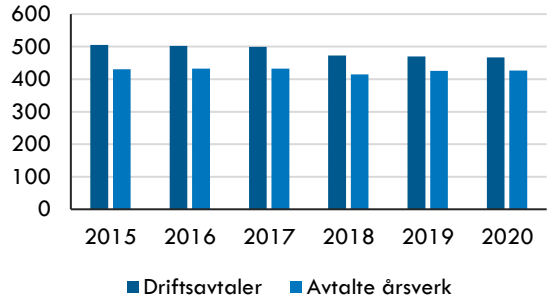
Kilde: SSB tabell 09552

4.3.4 Avtalespesialister

Avtalespesialister er privatpraktiserende spesialister som har driftsavtale med regionale helseforetak, som en del av spesialisthelsetjenesten. Innen psykisk helsevern er dette ofte kliniske psykologer og spesialister i psykiatri. Disse mottar både driftstilskudd fra staten og refusjon fra HELFO. Avtalespesialister kan utrede og behandle diagnoser/tilstander som ikke krever innleggelse. Ifølge Helsedirektoratet utgjorde avtalespesialistenes aktivitet omtrent 25 prosent av den totale polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne i 2020. Avtalespesialistenes aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge utgjør kun en liten andel av den totale aktiviteten (fire prosent), og inkluderes derfor ikke i tallene (50).

Fra 2015 til 2020 har antall driftsavtaler for kliniske psykologer i spesialisthelsetjenesten blitt redusert med åtte prosent, fra 505 avtaler i 2015 til 467 avtaler i 2020 (Figur 4-9). Antall driftsavtaler med psykiatere er redusert med tilsvarende andel i samme periode. Avtalte årsverk for avtalespesialister innen klinisk psykologi har imidlertid vært stabilt på omtrent 430. Det tilsvarer 8 årsverk per 100 000 innbyggere.

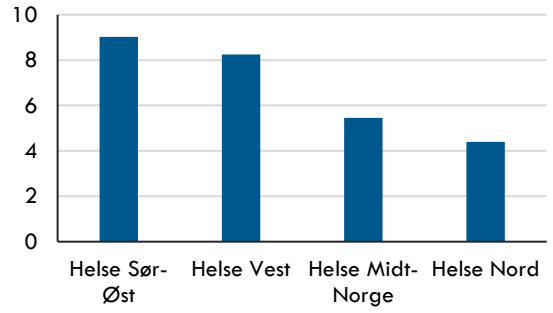
Figur 4-9. Antall driftsavtaler og avtalte årsverk med driftsavtaler for avtalespesialister i spesialisthelsetjenesten innen klinisk psykologi



Kilde: SSB tabell 03750

Figur 4-10 viser antall årsverk med driftsavtale per 100 000 innbyggere for kliniske psykologer i helseregionene i 2020. Det er flest årsverk per 100 000 innbyggere for kliniske psykologer i Helse Sør-Øst. I Helse Vest er antallet nesten tilsvarende. Antallet er lavere i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Nord.

Figur 4-10. Årsverk per 100 000 innbyggere for kliniske psykologer, fordelt på helseregionene (2020)



Kilde: SSB tabell 03750 (årsverk) og SSB tabell 11342 (befolkning).

Den totale endringen i antall driftsavtaler for kliniske psykologer i spesialisthelsetjenesten i 2015-2020 fordeler seg svært ulikt mellom de ulike helseregionene. Samtidig som Helse Sør-Øst har størst antall årsverk per 100 000 innbyggere i 2020, har helseregionen hatt størst reduksjon i totalt antall driftsavtaler for kliniske psykologer siden 2015 (nesten 12 prosent). Reduksjonen i Helse Vest var på seks prosent. I de to øvrige helseregionene har det imidlertid vært en økning. I Helse Midt-Norge var det en økning på ni prosent og i Helse Nord var det en økning på 12 prosent.

4.4 FACT- og ACT-team

FACT- og ACT-team er et ambulant tilbud til pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten, men som har behov for samtidig koordinering i kommunen. FACT og ACT-team er modeller for å gi oppsøkende og helhetlige tjenester til mennesker med psykiske lidelser og består av tverrfaglige rehabiliteringsteam. Det er per juni 2021 opprettet rundt 70 FACT- og syv ACT-team (51). Nylig er også FACT Ung oppstartet. Det er en tverrfaglig oppsøkende tjeneste til unge som har behov for utredning og behandling av psykiske lidelser og rusbrukslidelser, samt tett oppfølging. Helsemyndighetene har en årlig tilskuddsordning, «*Tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte tjenestebehov*», som stimulerer til etablering av nye lavterskel og ambulante team (51). Det har også blitt bevilget tilskudd til styrking av FACT Ung-team (52). Utviklingen og økningen i tilbudet av FACT- og ACT-team kan ha en sammenheng med nedbyggingen av tilbud om døgnplasser og poliklinikk i spesialisthelsetjenesten.

4.5 Utvikling i det private tjenestetilbudet

Det finnes en rekke privatpraktiserende psykologer som pasienter med psykiske lidelser kan oppsøke uten henvisning. Det kan være lang ventetid og høy terskel for å få psykologhjelp i den offentlige helsetjenesten, og mennesker kan oppsøke private psykologer der ventetiden ofte er kortere og pasientene ikke trenger henvisning. De aller fleste privatpraktiserende psykologer uten driftsavtale med helseforetakene får ikke refusjon fra HELFO eller driftstilskudd (det finnes enkelte unntak), og pasientene må dekke hele regningen selv ved behandling hos disse. Andre har driftsavtale med helseforetakene som innebærer at deler av tjenesten blir finansiert med offentlig midler. Bruk av tjenester hos private psykologer som mottar refusjon fra HELFO er nærmere beskrevet i kapittel 5.4.

Vi har benyttet Oslo Economics' bedriftsdatabase for å beskrive utviklingen i det private psykologmarkedet over tid. Bedriftsdatabasen inneholder historisk informasjon om alle registrerte selskaper i Norge, og vi har trukket ut data for selskaper som er registrert som tilbydere av «*pedagogisk-psykologisk rådgivingstjeneste*» (NACE-kode 85.601) og «*klinisk psykologtjeneste*» (NACE-kode 86.905). Selskaper som ikke har disse to tjenesteområdene som hovedområde er ikke inkludert i statistikken presentert i det følgende.

4.5.1 Antall private selskaper som tilbyr psykologtjenester, størrelse og geografisk fordeling

I 2020 var det totalt 293 aktive selskaper i Norge som leverte tjenester som faller under psykologtjenester, hvorav 31 var registrert som tilbydere pedagogisk-psykologiske

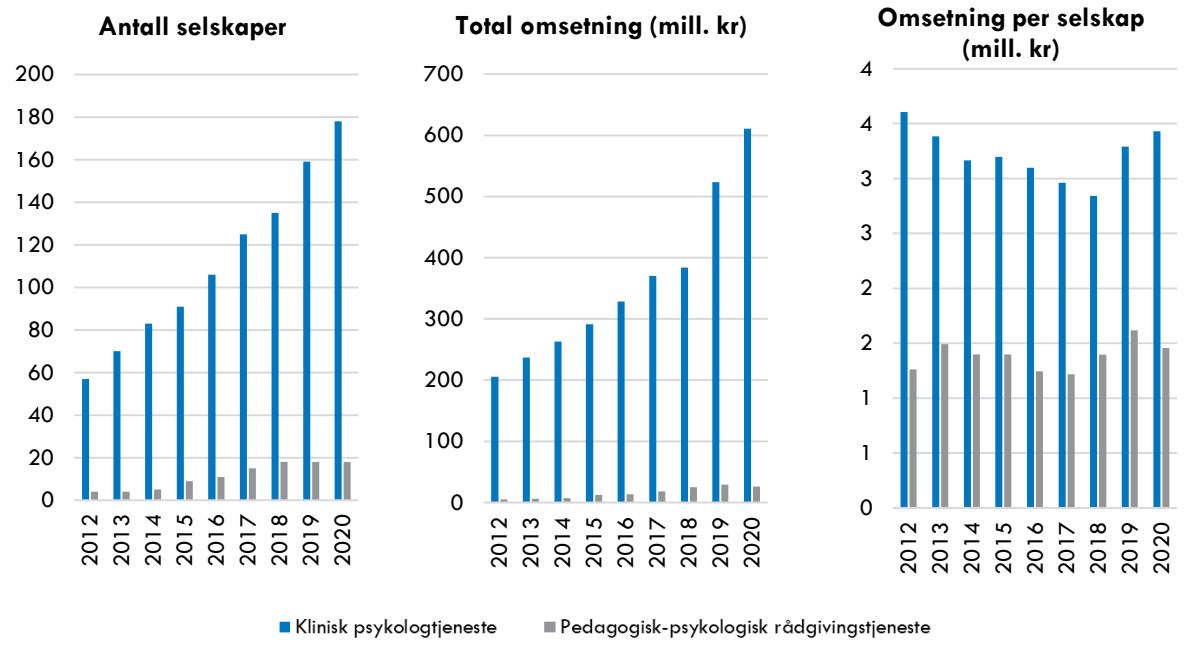
rådgivningstjenester og 262 var registrert som tilbydere av kliniske psykologtjenester.

Blant de 293 selskapene var det flere som var registrert uten ansatte (totalt 97 selskaper). Selskapene uten ansatte fungerer trolig som paraplyorganisasjoner for psykologer som driver under egne foretak, nærmere bestemt et selskap som legger til rette for at psykologer kan drive egne virksomheter samtidig som man kan høste fordelene knyttet til å drive et større kontor med flere psykologer.

Figur 4-11 viser antall aktive selskaper med én eller flere ansatte per år. I perioden 2012-2020 har det vært en betydelig økning i antall private virksomheter som tilbyr psykologtjenester. Totalt antall selskap økte fra 61 i 2012 til 196 i 2020, tilsvarende en årlig vekst i antall selskaper på 18 prosent. Det er særlig mange selskap som tilbyr kliniske psykologtjenester (178 av de 196 selskapene i 2020). Utviklingen i den samlede omsetningen har økt jevnt med etableringen av flere selskap (Figur 4-11).

Totalt omsatte selskapene som tilbyr psykologtjenester for om lag 640 millioner kroner i 2020. Omsetningen per selskap har imidlertid vært relativt stabil, og det er lite som indikerer at utviklingen går i retning av flere store virksomheter. Informanter i prosjektet har også pekt på at det lite som tyder på en utvikling i retning av større virksomheter og kjededannelse, noe som er tilfelle på andre områder i helsetjenesten (eksempelvis innen tannhelse).

Figur 4-11. Antall selskaper som yter rådgivende eller kliniske psykologtjenester, samlet omsetning og omsetning per selskap for selskap med én eller flere ansatte, per år



Kilde: Oslo Economics' bedriftsdatabase

I 2012 var det totalt 163 ansatte i de 61 selskapene som tilbydde rådgivende og kliniske psykologtjenester (2,7 ansatte per selskap). Dette tallet har vokst i takt med veksten i antall selskaper. I 2020 var det registrert 411 ansatte fordelt på de 196 selskapene (2,1 ansatte per selskap). Dette tilsvarer en samlet vekst i antall ansatte på 250 prosent fra 2012 til 2020, og en gjennomsnittlig årlig vekst på 13 prosent. Samtidig tyder utviklingen på at antall selskaper vokser raskere enn antall ansatte, og at det i dag er noe færre ansatte i gjennomsnitt per selskap.

Tabell 4-1 viser hvordan selskapene i 2020 fordelte seg geografisk. Tabellen viser at det er store variasjoner i hvor private selskaper som tilbyr psykologtjenester er lokalisert. Justert for antall innbyggere er det langt flere selskaper og ansatte i Oslo enn i de andre fylkene. Møre og Romsdal, Nordland, Agder og Innlandet skiller seg ut ved å ha særlig få private virksomheter som tilbyr psykologtjenester.

Tabell 4-1. Antall private selskaper og ansatte i selskaper som yter psykologtjenester i 2020, fordelt på fylker

Fylke	Antall selskaper			Antall ansatte		
	Klinisk psykologtjeneste	*Pedagogisk-psykologisk rådgivingstjeneste*	*Per 100 000 innbyggere*	*Klinisk psykologtjeneste*	*Pedagogisk-psykologisk rådgivingstjeneste*	*Per 100 000 innbyggere*
Oslo	83	5	12,66	163	2	23,73
Vestland	37	11	7,53	50	4	8,47
Troms og Finnmark	16	1	7,00	14	1	6,18
Rogaland	25	4	6,03	31	9	8,31
Vestfold og Telemark	17	2	4,52	14	2	3,80
Trøndelag	21	0	4,47	22	0	4,68
Viken	41	5	3,69	55	5	4,81
Innlandet	11	0	2,97	20	0	5,39
Agder	6	1	2,27	11	1	3,90
Nordland	3	2	2,08	0	2	0,83
Møre og Romsdal	2	0	0,75	5	0	1,88

Kilde: Oslo Economics' bedriftsdatabase. Inkludert selskap uten ansatte. Inkluderer NACE-kode 85.601 og 86.905.

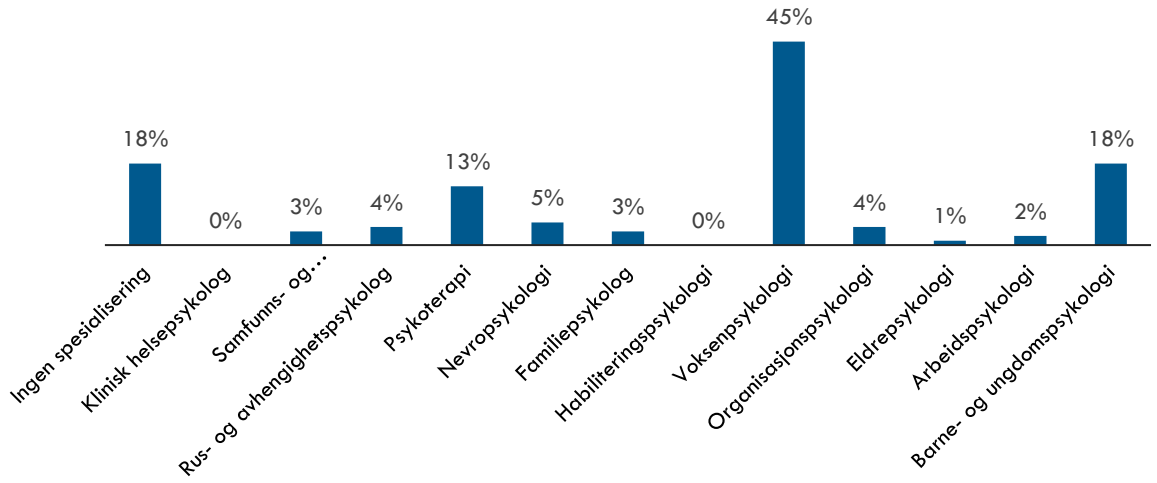
4.6 Tilbudet fra private psykologer

I det følgende beskrives tilbudet fra private psykologer, herunder hva som kjennetegner de private psykologene og deres tjenestetilbud. Beskrivelsen er basert på informasjonen fra vår spørreundersøkelse til private og kommunale psykologer i Norge (se kapittel 8.1 for nærmere beskrivelse). I beskrivelsen av resultatene i dette delkapittelet er svarene fra private psykologer sammenlignet med svarene for de som oppgir å jobbe i kommunen (data ikke presentert). Resultater fra spørreundersøkelsen for det totale utvalget presenteres i vedlegg A. I spørreundersøkelsen svarte totalt 52 prosent av psykologene at de driver privat praksis, herunder 35 prosent uten offentlig avtale og 17 prosent med offentlig avtale.

4.6.1 Om de private psykologene

Figur 4-12 viser hva slags spesialisering de private psykologene har. Størst andel av utvalget har spesialisering i voksenpsykologi, barne- og ungdomspsykologi eller ingen spesialisering. Det er noen vesentlige forskjeller mellom private psykologer og offentlig ansatte psykologer i spesialisering. Blant offentlige psykologer har hele 44 prosent ingen spesialisering. Videre har 20 prosent spesialisering i samfunns- og allmennpsykologi. Utover dette har 13 prosent spesialisering i både voksen- og barne- og ungdomspsykologi.

Figur 4-12. De private psykologenes spesialisering.

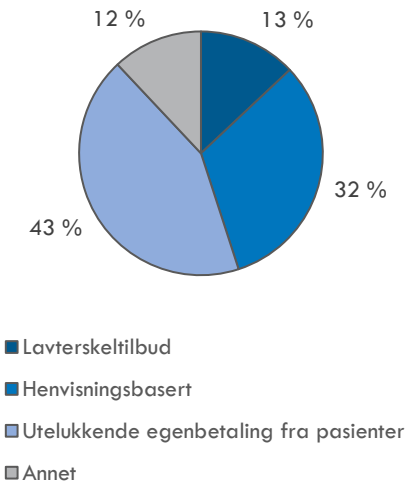


N=269. Spørsmål: Hva slags type spesialisering har du? (Her kan du krysse av for flere spesialiseringer dersom det er tilfellet).

Av spørreundersøkelsen fremgår det at de aller fleste private psykologer karakteriseres tilgangen til sitt tilbud som utelukkende egenbetaling fra pasienter (Figur 4-13). I overkant av 30 prosent kategoriserer tilgangen til sitt tilbud som henvisningsbasert. Det er antakelig private psykologene med driftsavtale som

har besvart at deres tilbud er henvisningsbasert. Det er også en mindre andel (13 prosent) som kategoriseres sitt tilbud som lavterskel, og 12 prosent oppgir *annet*. Annet inkluderer blant annet bedriftsavtaler, forsikringsselskaper og sakkyndig.

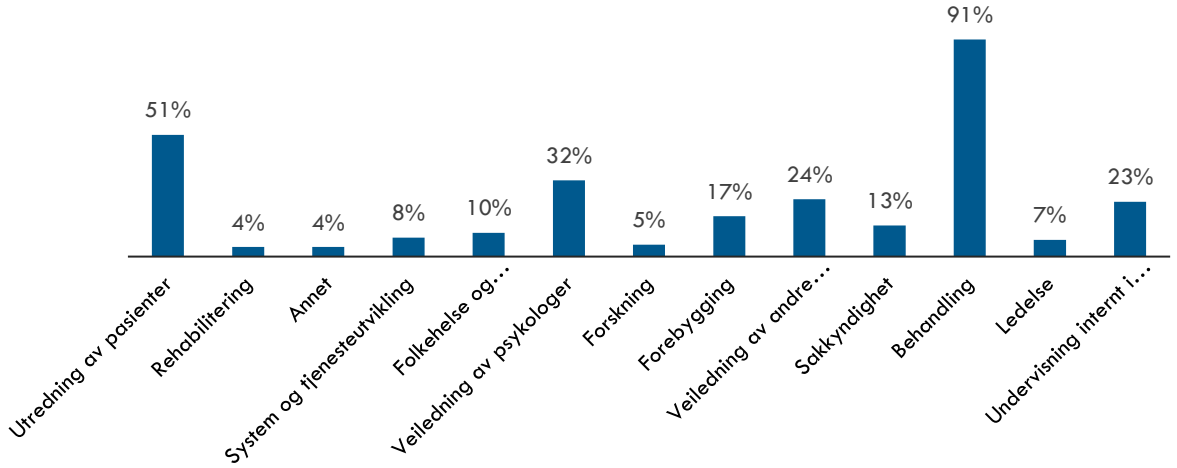
Figur 4-13. Hvordan vil du karakterisere tilgangen til det tilbudet du gir?



N=327. Annet oppgis å være: bedriftsavtaler, forsikringsselskaper og sakkyndig.

De aller fleste av de private psykologene oppgir at de er formelt plassert i egen psykologtjeneste (67 prosent). Utover dette er 13 prosent plassert i psykisk helse- og/eller rustjeneste og åtte prosent i kategorien annet. En svært liten andel oppgir å være plassert i andre områder, som helsestasjon, Rask psykisk helsehjelp, barnevern og fastlegekontor.

Figur 4-14. De private psykologenes arbeidsoppgaver.



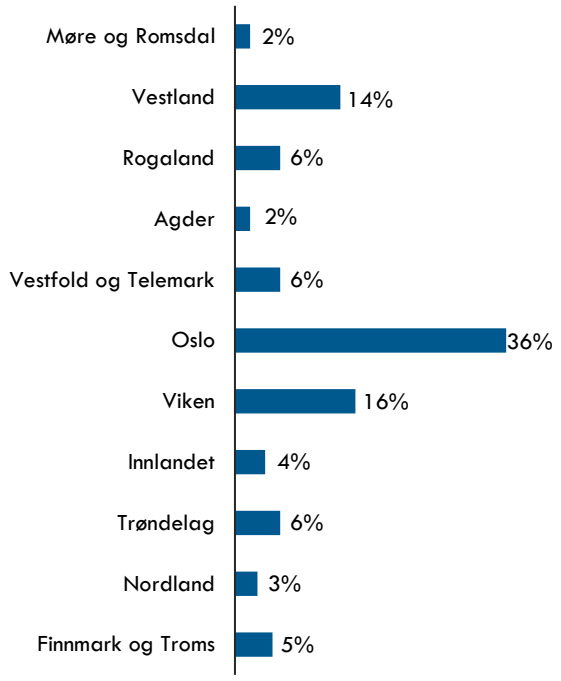
N=268. Spørsmål: Hvilke typer oppgaver har du? Huk av flere alternativer om nødvendig.

91 prosent av de private psykologene driver med behandling av pasienter (Figur 4-14), som er en større andel sammenlignet med kommunale/offentlige psykologer hvorav 71 prosent driver med behandling. En litt større andel av private psykologer driver med veiledning av andre psykologer, sammenlignet med kommunale/offentlige psykologer (31 prosent mot 21 prosent). Det er også flere private som driver med utredning, enn kommunale (51 prosent mot 45 prosent). Blant de kommunale/offentlig ansatte psykologene driver en betydelig større andel med system- og tjenesteutvikling, enn blant de private (59 prosent mot 8 prosent). Det er også en betydelig større andel blant de kommunale som driver med forebygging (70 prosent mot 17 prosent). I tillegg driver de kommunale psykologene mer med veiledning av andre yrkesgrupper, ledelse og undervisning.

Figur 4-15 viser geografisk fordeling av de private psykologene som har besvart undersøkelsen. Oslo er best representert med størst andel av de private

psykologene, mens minst andel arbeider i Møre og Romsdal og Agder.

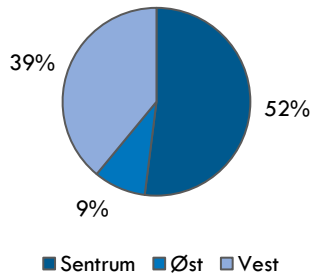
Figur 4-15. Geografisk fordeling av de private psykologene.



N= 269. Spørsmål: Hvor i landet arbeider du?

Figur 4-16 viser hvor i Oslo de private psykologene arbeider. Sentrum er best representert, mens minst andel arbeider i Oslo Øst.

Figur 4-16. Hvor i Oslo de private psykologene arbeider.

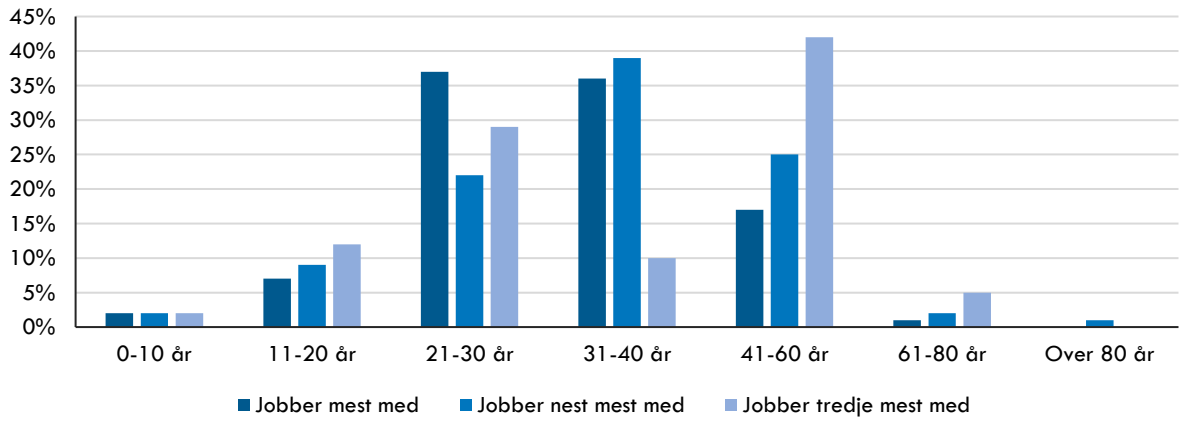


N=81. Spørsmål: Hvor i Oslo arbeider du?

4.6.2 Om de private psykologenes pasienter

Figur 4-17 viser hvilke aldersgrupper de private psykologene oppgir å arbeide mest, nest mest og tredje mest med. Størst andel oppgir at de arbeider mest med aldersgruppen 21-30 år og 31-40 år. Det er ingen som oppgir å arbeide mest med aldersgruppen over 80 år, og få som arbeider mest med 61-80 år og 0-20 år. Sammenlignet med det totale utvalget er det ikke store forskjeller, men andelen som oppgir å arbeide med de yngste aldersgruppene (0-20 år) er noe lavere blant de private psykologene enn det totale utvalget. Dette indikerer at de yngste aldersgruppene i mindre grad oppsøker/blir henvist til private psykologer enn kommunale psykologtjenester.

Figur 4-17. Aldersgrupper de private psykologene arbeider mest med.



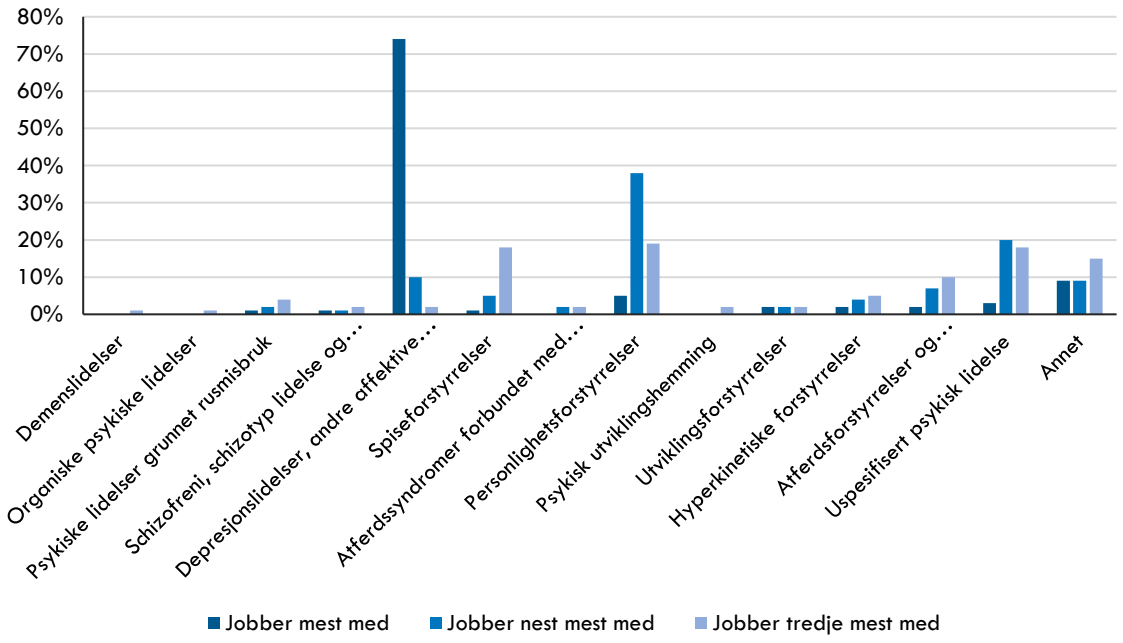
Jobber mest med: N= 264. Jobber nest mest med: N=258. Jobber tredje mest med: N=233. Spørsmål: Vennligst ranger de tre aldersgruppene du arbeider mest med: Fra 1 til 3, der 1 er den aldersgruppen du arbeider mest med (dersom du kun arbeider innenfor én eller to aldersgrupper trenger du ikke indikere flere).

Vi har også undersøkt hvilke diagnosegrupper de private psykologene oppgir å arbeide mest med (Figur 4-18). Klart størst andel oppgir å arbeide mest med pasienter med depresjonslidelser, etterfulgt av atferdsforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser.

Sammenlignet med det totale utvalget er det små forskjeller i hvilke diagnosegrupper som psykologene oppgir å arbeide mest med. Det er imidlertid en litt større andel blant de private psykologene som oppgir

å arbeide mest med pasienter med depresjonslidelser, enn i det totale utvalget.

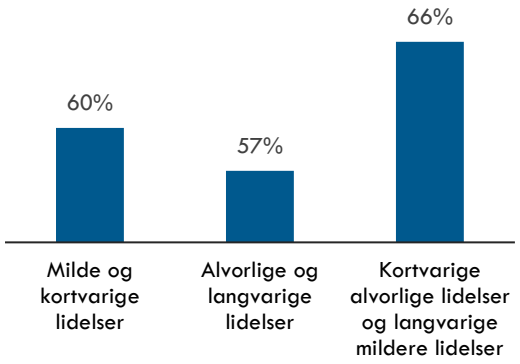
Figur 4-18. Diagnosegrupper de private psykologene arbeider mest med



Jobber mest med: N= 263. Jobber nest mest med: N=234. Jobber tredje mest med: N=185. Spørsmål: Vennligst ranger de tre diagnosegruppene du arbeider mest med: Fra 1 til 3, der 1 er den aldersgruppen du arbeider mest med (dersom du kun arbeider innenfor én eller to aldersgrupper trenger du ikke indikere flere)

Figur 4-19 viser hvilke beskrivelser som best passer lidelsene til pasientene som de private psykologene arbeider mest med.

Figur 4-19. Beskrivelser av lidelsene til pasientene som de private psykologene arbeider med.

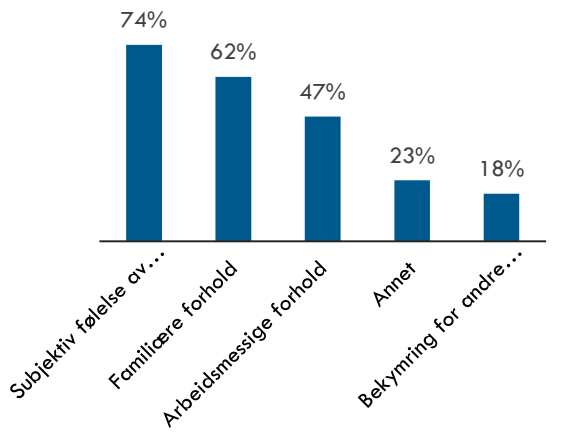


N=269. Spørsmål: Hvilke beskrivelser passer best for lidelsene til pasienter du jobber mest med? Respondentene kunne her krysse av for flere alternativer.

Blant de private psykologene oppgir størst andel å arbeide med pasienter med kortvarige alvorlige lidelser og langvarige mildere lidelser. Denne andelen er større enn blant kommunale/offentlige psykologer (66 mot 58 prosent). Andelen som oppgir å arbeide mest med pasienter med alvorlige og langvarige lidelser er også større blant private psykologer (57 mot 46 prosent). Det er flere kommunale enn private psykologer som oppgir å arbeide mest med pasienter med milde og kortvarige lidelser (67 mot 60 prosent). Dette indikerer at private psykologer i større grad arbeider med pasienter med mer komplekse/alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Dette kan underbygge tidligere funn om at mennesker med behov for langvarig behandling og oppfølging ikke mottar tilstrekkelig helsehjelp i kommunene, og derfor i større grad oppsøker/henvises til private psykologtjenester. Dette kan også underbygges av våre funn som viser at mange av pasientene i kontakt med en privat psykolog med avtale har mange besøk hos psykologen (i 2019 hadde 44 prosent ti eller flere besøk. Mer om dette i kapittel 5.4).

Figur 4-20 viser hvordan de private psykologene beskriver de vanligste konsultasjonsårsakene blant pasientene som henvender seg til dem. Størst andel av de private psykologene oppgir at subjektiv følelse av dårlig sosial fungering er den vanligste konsultasjonsårsaken, etterfulgt av familiære forhold.

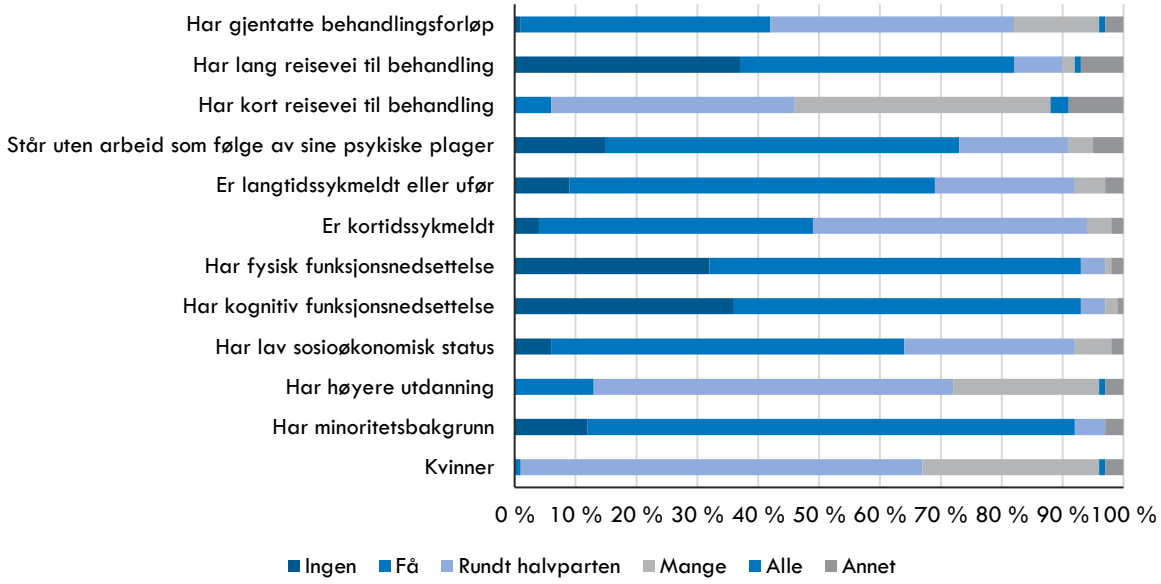
Figur 4-20. Vanligste konsultasjonsårsaker



N=269. Spørsmål: Hvordan vil du beskrive de vanligste årsakene til at brukerne henvender seg til dine tjenester? Respondentene kunne her krysse av for flere alternativer.

Sammenlignet med kommunale/offentlig ansatte psykologer er det større andel som oppgir at subjektiv følelse av dårlig sosial fungering, familiære forhold og arbeidsmessige forhold er de vanligste årsakene til at brukere henvender seg til deres tjenester. På den andre siden er det flere kommunale psykologer som oppgir at bekymring for andre personer er vanligste henvendelsesårsak. Forskjellene mellom vanligste konsultasjonsårsaker kan tyde på at det er ulike pasientgrupper som oppsøker private psykologtjenester og kommunale psykologtjenester.

Figur 4-21. Andel av de private psykologenes pasienter innen ulike kategorier.



N=269. Spørsmål: Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «...»?

Figur 4-21 viser andelen av pasientene innenfor ulike grupper. Blant de private psykologene oppgir de fleste at rundt halvparten er kvinner. I underkant av en av tre oppgir at mange er kvinner. Sammenlignet med de kommunale psykologene er det en litt større andel blant de private som oppgir at rundt halvparten eller mange av pasientene er kvinner.

Størst andel av de private psykologene oppgir at ingen eller få av pasientene har minoritetsbakgrunn. Det er kun fem prosent som oppgir at rundt halvparten har minoritetsbakgrunn, til forskjell fra de kommunale psykologene, der i underkant av 20 prosent oppgir at rundt halvparten av pasientene har minoritetsbakgrunn.

Funnene viser også en tendens til at mennesker med høyere utdanning i større grad konsulterer private psykologer enn kommunale psykologer. 60 prosent av de private oppgir at rundt halvparten av pasientene har høyere utdanning, og i underkant av 25 prosent oppgir at mange pasienter har høyere utdanning blant de private psykologene. Blant de kommunale psykologene er andelene henholdsvis 31 prosent og tre prosent. Blant de kommunale psykologene svarer 15 prosent at ingen av pasientene har høyere utdanning. Blant de private psykologene er denne andelen null.

Det er også forskjeller blant de private og kommunale psykologene i andelen pasienter med lav sosioøkonomisk status. 64 prosent av de private

psykologene oppgir at ingen eller få av pasientene har lav sosioøkonomisk status, mot 31 prosent av de kommunale psykologene.

Funnene viser også at det er en større andel blant de private psykologene som har ingen pasienter med kognitive funksjonsnedsettelser, enn blant de kommunale (36 mot 19 prosent). En av tre av de private psykologene har ingen pasienter med fysisk funksjonsnedsettelse, og i overkant av 60 prosent har få. Disse andelene er tilnærmet like blant de kommunale psykologene.

Kun fire prosent av de private psykologene oppgir å ha ingen pasienter med korttidssykmelding, mot 23 prosent av de kommunale. Videre oppgir 45 prosent av de private psykologene at få er korttidsykmeldt, mot 33 prosent blant de kommunale. Det er flere blant de private psykologene enn de kommunale, som oppgir at rundt halvparten av pasientene er korttidssykmeldt. Disse funnene tyder også på at private psykologer i større grad behandler pasienter med langvarige/kroniske psykiske lidelser, enn de kommunale psykologene, som er i tråd med våre tidligere funn. Dette kommer også frem ved at en mindre andel private psykologer enn kommunale oppgir at ingen av pasientene er langtidssykmeldt eller ufør. Det er også større andel blant de kommunale enn de private som oppgir at ingen av pasientene er arbeidsledig som følge av sine psykiske lidelser.

45 prosent av de private psykologene oppgir at mange eller alle av pasientene har kort reisevei til behandling. Denne andelen er lavere enn blant de kommunale, der 73 prosent oppgir at mange eller alle har kort reisevei. To av tre av de kommunale psykologene oppgir at ingen av pasientene har lang reisevei, mot 37 prosent blant de private.

Det er en litt større andel blant de private psykologene som oppgir at mange eller alle av pasientene har gjentatte behandlingsforløp (15 mot 11 prosent). Andelen som oppgir at rundt halvparten av pasientene har gjentatte behandlingsforløp er også høyere blant private enn kommunale (40 mot 28). Også dette funnet underbygger at private psykologer i større grad behandler pasienter med langvarige/kroniske problemer enn kommunale psykologer.

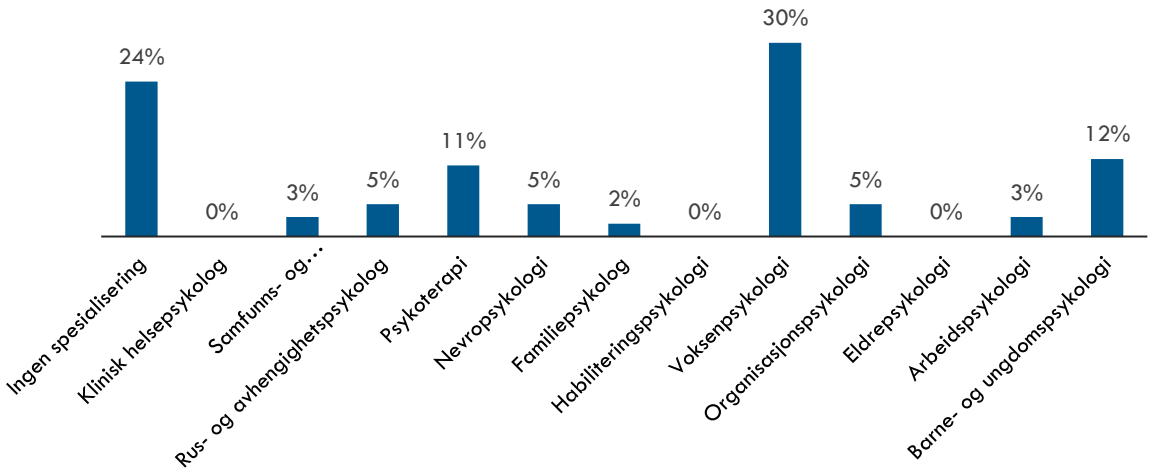
4.6.3 Helprivate psykologer

Vi har skilt ut svarene fra spørreundersøkelsen fra de helprivate psykologene, altså privatpraktiserende psykologer uten driftsavtale. Totalt 180 helprivate psykologer har besvart spørreundersøkelsen, som utgjør 35 prosent av det totale utvalget.

Om de helprivate psykologene

Figur 4-22 viser de helprivate psykologenes spesialisering. Størst andel har spesialisering i voksenpsykologi, som er i likhet med resten av utvalget. Det er imidlertid en stor andel som oppgir å ikke ha noen spesialisering.

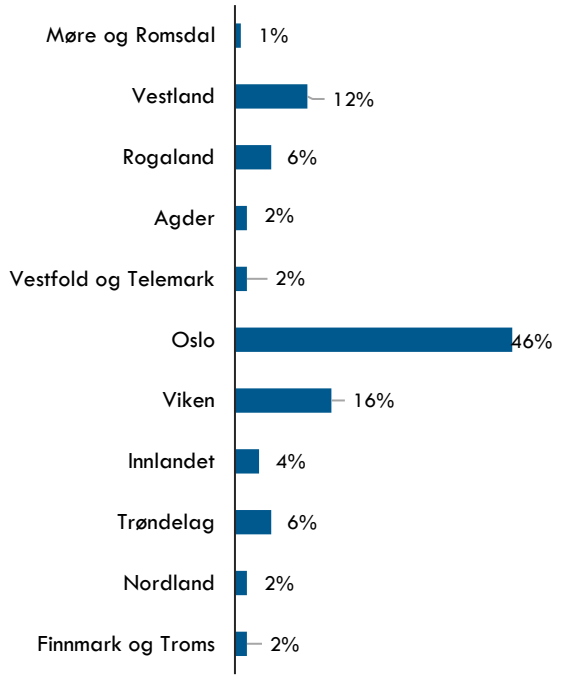
Figur 4-22. De helprivate psykologenes spesialisering.



N=203. Spørsmål: Hva slags type spesialisering har du? (Her kan du krysse av for flere spesialiseringer dersom det er tilfellet).

Figur 4-23 viser geografisk fordeling av de helprivate psykologene. Størst andel av utvalget arbeider i Oslo, mens minst andel av utvalget arbeider i Møre og Romsdal. Blant de helprivate psykologene arbeider i underkant av halvparten i Oslo, som er en høyere andel sammenlignet med resten av utvalget.

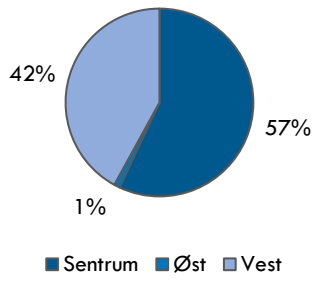
Figur 4-23. Geografisk fordeling av de helprivate psykologene.



N= 178. Spørsmål: Hvor i landet arbeider du?

Figur 4-24 viser hvor i Oslo de helprivate psykologene arbeider. Det er klart størst andel som arbeider i sentrum. Videre oppgir i overkant av 40 prosent at de arbeider i Oslo Vest, og kun en prosent arbeider i Oslo Øst. Sammenlignet med utvalget bestående av alle private psykologer, er det en betydelig mindre andel som arbeider i Oslo Øst, og større andel som arbeider i Oslo Vest og sentrum.

Figur 4-24. Hvor i Oslo de helprivate psykologene arbeider.

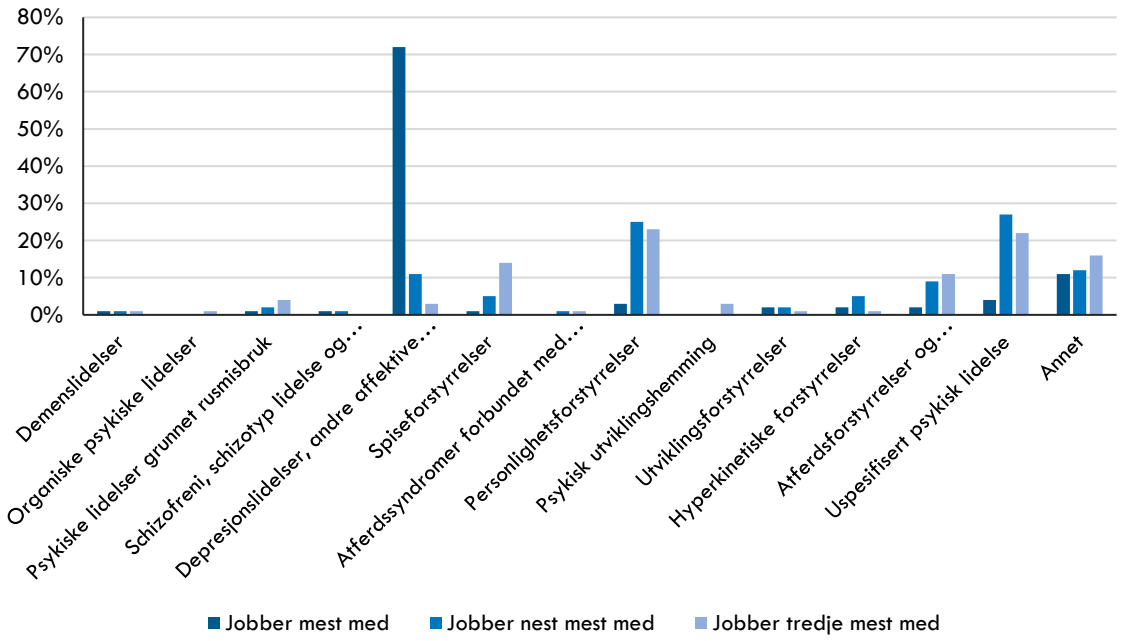


N=69. Spørsmål: Hvor i Oslo arbeider du?

Om de helprivate psykologenes pasienter

Figur 4-25 viser hvilke diagnosegrupper de helprivate psykologene oppgir å arbeide mest, nest mest og tredje mest med. Størst andel oppgir å arbeide mest med pasienter med depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser. Dette er i likhet med resten av utvalget.

Figur 4-25. Diagnosegrupper de helprivate psykologene arbeider mest med

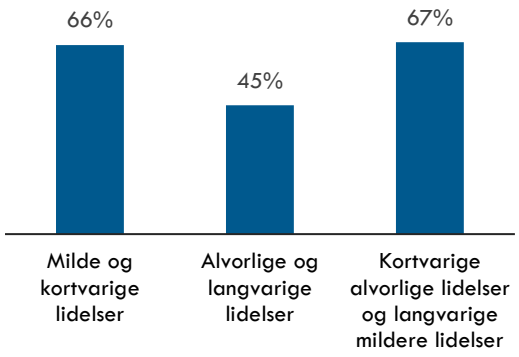


Jobber mest med: N= 176. Jobber nest mest med: N=152. Jobber tredje mest med: N=115. Spørsmål: Vennligst ranger de tre diagnosegruppene du arbeider mest med: Fra 1 til 3, der 1 er den aldersgruppen du arbeider mest med (dersom du kun arbeider innenfor én eller to aldersgrupper trenger du ikke indikere flere)

Figur 4-26 viser hvilke beskrivelser som best passer lidelsene til pasientene som de private psykologene arbeider mest med. Omtrent like stor andel av de helprivate psykologene oppgir å arbeide med milde

og kortvarige lidelser og kortvarige alvorlige lidelser og langvarige mildere lidelser. Sammenlignet med utvalget bestående av alle private psykologer (også de med driftsavtale), er det en større andel blant de helprivate som oppgir å arbeide med milde og kortvarige lidelser. Det er en relativt lavere andel som oppgir å arbeide med alvorlige og langvarige lidelser. Dette kan tyde på at det er psykologene med driftsavtale som i større grad arbeider med denne gruppen, og at psykologene uten driftsavtale i større grad arbeider med pasienter med milde og kortvarige lidelser.

Figur 4-26. Beskrivelser av lidelsene til pasientene som de helprivate psykologene arbeider med.



N=180. Spørsmål: Hvilken beskrivelse passer best for lidelsene til pasienter du jobber mest med?

Figur 4-27 viser andelen av de helprivate psykologenes pasienter innenfor ulike kategorier.

I likhet med blant alle private psykologer og kommunale psykologer, oppgir størst andel at rundt halvparten av pasientene er kvinner. Det er en litt større andel blant de helprivate psykologene som oppgir at rundt halvparten av pasientene er kvinner, og en litt mindre andel som oppgir at mange av pasientene er kvinner, sammenlignet med alle private psykologer. I overkant av 90 prosent av utvalget oppgir at ingen eller få av pasientene har minoritetsbakgrunn, noe som er en litt høyere andel sammenlignet med det totale utvalget og de kommunale psykologene.

Det er en større andel blant de helprivate psykologene som oppgir at mange av pasientene har høyere utdanning, sammenlignet med alle private psykologer. Denne andelen er vesentlig høyere enn blant de kommunale psykologene (31 prosent mot 3 prosent).

77 prosent av utvalget oppgir at ingen eller få av pasientene har lav sosioøkonomisk status. Denne andelen er høyere enn blant de kommunale psykologene, og høyere enn blant utvalget av alle private psykologer.

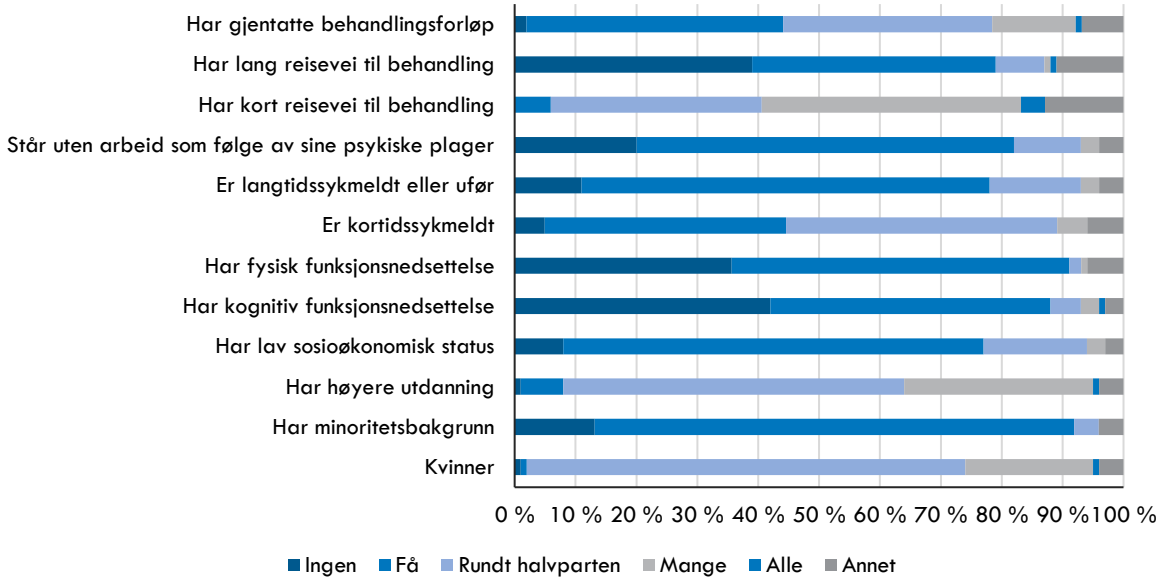
88 prosent oppgir at ingen eller få av pasientene har en kognitiv funksjonsnedsettelse. Denne andelen er lavere enn utvalget av alle private psykologer, men høyere enn blant de kommunale psykologene. 92 prosent av utvalget oppgir av ingen eller få av pasientene har fysisk funksjonsnedsettelse, som er tilnærmet tilsvarende alle private psykologer og kommunale psykologer.

45 prosent oppgir at ingen eller få av pasientene er korttidssykmeldt. Andelen blant de kommunale psykologene er 56 prosent. 15 prosent oppgir at mange av pasientene er langtidssykmeldt eller uføre. Sammenlignet med alle private psykologer er denne andelen lavere. Det er også flere blant de helprivate som oppgir at få og ingen av pasientene er langtidssykmeldt. Dette tyder på at private psykologer med driftsavtale i større grad behandler langtidssykmeldte og uføre, enn de helprivate psykologene. Det er også en litt mindre andel blant de helprivate som oppgir at mange av pasientene står uten arbeid som følge av sine psykiske plager, sammenlignet med alle private psykologer.

47 prosent oppgir at alle eller mange av pasientene har kort reisevei til behandling, som er lavere andel sammenlignet med de kommunale psykologene. I underkant av 40 prosent oppgir at ingen av pasientene har lang reisevei til behandling, som er lavere sammenlignet med blant de kommunale psykologene, og litt høyere sammenlignet med utvalget av alle private psykologer.

45 prosent av de helprivate psykologene oppgir at ingen eller få av pasientene har gjentatte behandlingsforløp. 15 prosent oppgir at mange eller alle av pasientene har gjentatte behandlingsforløp. Sammenlignet med de kommunale psykologene, er det flere blant de helprivate som behandler pasienter med gjentatte behandlingsforløp.

Figur 4-27. Andel av de helprivate psykologenes pasienter innen ulike kategorier.



N=181. Spørsmål: Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «…»?

5. Bruk av psykiske helsetjenester

De siste ti årene har det vært en stabil økning i bruken av psykiske helsetjenester i Norge, noe som gjelder for de fleste tjenesteområder. Det er geografiske forskjeller både i antall behandlede pasienter og kapasitet. Det er eksempelvis store forskjeller i antall pasienter som oppsøker privatpraktiserende psykologer mellom fylkene. Sammenlignet med bydelene lokalisert øst i Oslo er det mange pasienter som oppsøker private psykologer i de vestlige og sentrumsnære bydelene, noe som indikerer at sosioøkonomiske forhold er av betydning. Også når det gjelder legemiddelbruk er det store geografiske forskjeller, hvor særlig Oslo skiller seg ut med få legemiddelbrukere, mens Agder, Innlandet og Vestfold og Telemark har mange.

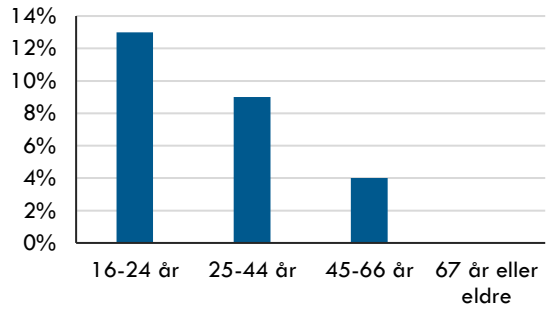
Basert på data fra HELFOs KUHR register, Norsk pasientregister (NPR), Reseptregisteret og SSB belyser vi i dette kapittelet hvilke helsetjenester de ulike tjenesteleverandørene tilbyr, og hvem som er brukerne av ulike tjenester/tjenesteleverandører. Mye av dette er allerede presentert i den nylige publiserte rapporten til Riksrevisjonen (35), og dette er kun en kort oppsummering basert på egne analyser av tilgjengelige data. Analysene har særlig fokus på geografisk ulikhet i bruk av tjenester.

Vi vil presenterer informasjon og statistikk om bruk av private psykologer og psykiatere med driftsavtale med helseforetak, fastlege- og legevakttjenester for mennesker med psykiske lidelser, bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten, herunder psykisk helsevern, rusbehandling, somatiske sykehus, samt bruk av legemidler knyttet til psykiske lidelser.

5.1 Generell bruk av psykologtjenester

Vi har hentet data for befolkningens generelle bruk av psykologtjenester i 2019 fra SSB. Statistikken er basert på levekårsundersøkelsen og representerer et tverrsnitt av befolkningen. I 2019 hadde seks prosent av befolkningen konsultert psykolog, herunder fire prosent av menn og åtte prosent av kvinner. Fra 2008 er dette en økning på to prosentpoeng. Gjennomsnittlig antall kontakter per 100 brukere av psykologtjenester var 1174, med høyere antall blant kvinner (1303) enn menn (935). Figur 5-1 viser andelen av befolkningen som har konsultert psykolog i 2019 fordelt etter aldersgrupper. Det er klart størst andel som oppsøker psykolog i den laveste aldersgruppen, og andelen synker med økende alder.

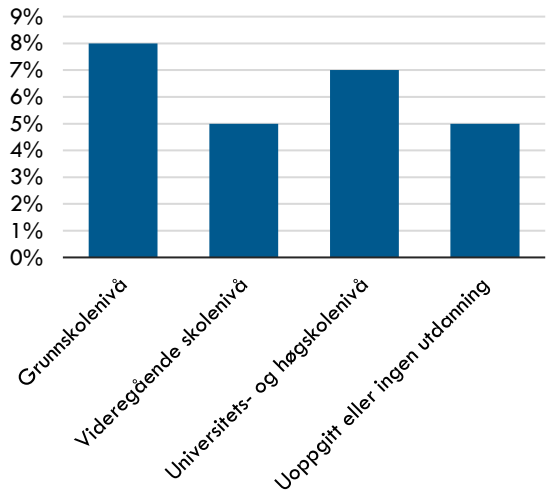
Figur 5-1. Andelen av befolkningen som har konsultert psykolog fordelt etter aldersgrupper (2019)



Kilde: SSB tabell 11201

Figur 5-2 viser fordelingen av bruk av psykologtjenester etter utdanningsnivå. Andelen er høyest blant de med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanningsnivå.

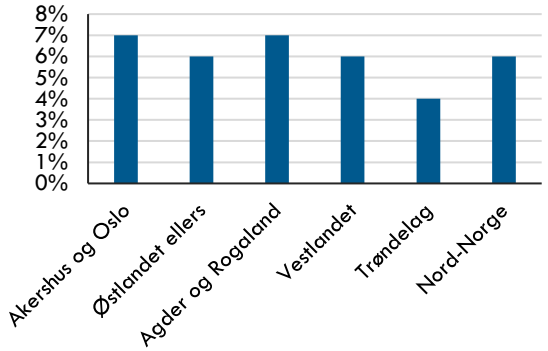
Figur 5-2. Andelen av befolkningen som har konsultert psykolog fordelt etter utdanningsnivå (2019)



Kilde: SSB tabell 11202

Det er også geografisk variasjon i bruk av psykologtjenester. Figur 5-3 viser andelen av befolkningen som har konsultert psykolog fordelt etter landsdeler. Andelen er høyest i Akershus og Oslo, og lavest i Trøndelag.

Figur 5-3. Andel av befolkningen som har konsultert psykolog fordelt etter landsdel (2019)



Kilde: SSB tabell 11207

En studie fra SSB (53) undersøker sosial ulikhet i bruk av helsetjenester basert på tallene fra levekårsundersøkelsen. Studien finner at behovet for helsetjenester generelt er størst i lavinntektsgrupper og grupper med lav utdanning. Videre er det stor variasjon i bruk av ulike helsetjenester for ulike grupper. Grupper som oppgir å ha svekket helse oppsøker psykolog i større grad, og blant disse er det særlig unge menn med lav utdanning og kvinner med høy utdanning. Det er også høyere bruk av psykolog- og psykiatertjenester blant de som bor i lavinntektshushold, definert som husholdningsinntekt under 60 prosent av medianinntekten i befolkningen. 16 prosent av arbeidsledige har vært hos psykolog i 2019, og kun fem prosent av yrkesaktive. Rundt halvparten av dem som har vært hos psykolog det foregående året har hatt fem eller flere konsultasjoner.

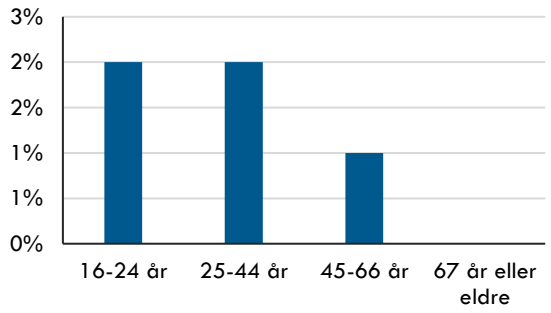
Undersøkelsen fra SSB (53) undersøker også befolkningens udekkede behov for psykologtjenester. Undersøkelsen viser at to prosent av alle menn og seks prosent av alle kvinner hadde et udekket behov for psykolog eller psykiater. Dette er færre sammenlignet med andre tjenester, og en årsak til dette antas å være at det er stigmatiserende å erkjenne at man har behov for psykologtjenester, og at det er mørketall i statistikken. Det er flere kvinner enn menn som oppgir å ha et udekket behov, og det er flere yngre enn eldre. Arbeidsledige, uføre og studenter utgjør en stor andel, samt de som bor alene. Det er ellers små forskjeller etter landbakgrunn og utdanningsnivå. En av fire opplyser at de har ikke har besøkt psykolog til tross for behov på grunn av dårlig råd. En av fire sier det tar for lang tid å få en time. Andelen med udekket behov for psykolog synker med inntekt (53).

5.2 Generell bruk av psykiatertjenester

Data for befolkningens bruk av psykiatertjenester i 2019 er også hentet fra SSB og er basert på levekårsundersøkelsen. Kun en prosent av befolkningen konsultere psykiater i 2019, hvorav en prosent av menn og to prosent av kvinner. Det er en uendret andel som konsulterer psykiater fra 2008 til 2019. Per 100 kontakter var gjennomsnittlig antall brukere av psykiatertjenester 902, men noe høyere andel for kvinner (989) enn menn (766). Undersøkelsen fra SSB (53) viser at andelen som har konsultert med psykiater i løpet av 2019, er særlig stor blant de som oppgir å ha svekket helse.

Figur 5-4 viser andelen av befolkningen som har konsultert psykiater i 2019 fordelt etter aldersgrupper. Andelen er lav for alle aldersgrupper, men høyere for de i alderen 16-44 år, enn for de i alderen 45-66 år.

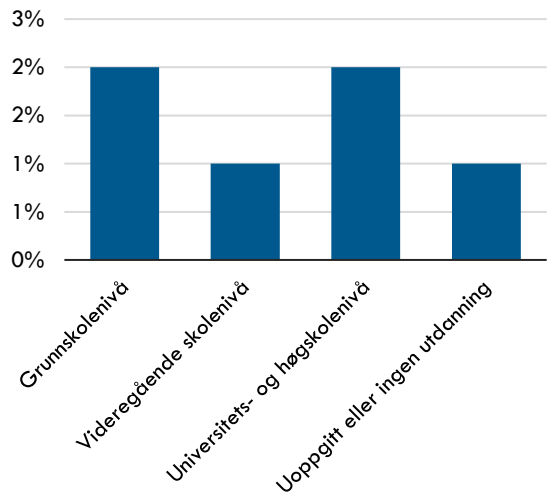
Figur 5-4. Andelen av befolkningen som har konsultert psykiater fordelt etter aldersgrupper (2019)



Kilde: SSB tabell 11201

Figur 5-5 viser andelen av befolkningen som har konsultert psykiater i 2019 etter utdanningsnivå. Det er generelt en lav andel som har oppsøkt psykiater i befolkningen. Andelen er noe høyere blant de med grunnskolenivå og universitets- og høgskolenivå som høyeste fullførte utdanningsnivå, sammenlignet med videregående skolenivå.

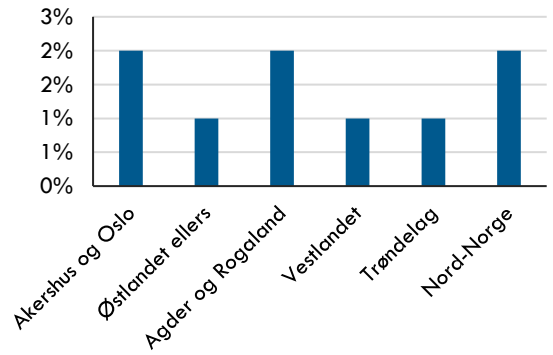
Figur 5-5. Andelen av befolkningen som har konsultert psykiater fordelt etter utdanningsnivå (2019)



Kilde: SSB tabell 11202

Figur 5-6 viser andelen av befolkningen som har konsultert psykiater fordelt etter landsdeler. Andelen er høyest i Akershus og Oslo, Agder og Rogaland og Nord-Norge. Andelen er imidlertid lav i alle landsdeler.

Figur 5-6. Andel av befolkningen som har konsultert psykiater fordelt etter landsdel (2019)



Kilde: SSB tabell 11207

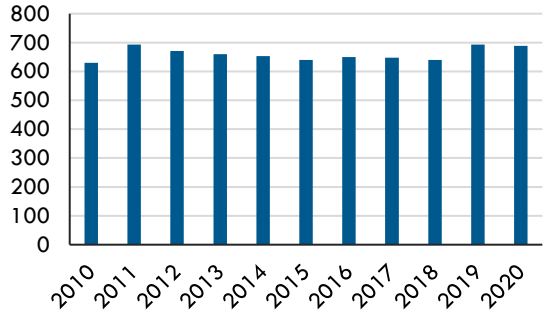
Tallene viser at det generelt er en lav andel av befolkningen som har konsultert psykiater i 2019. Det er også lite variasjoner mellom ulike grupper, både fordelt etter sosiale forhold og geografisk.

5.3 Private psykologer med driftsavtale

Fra HELFOs KUHR-register har vi innhentet data for private psykologer driftsavtale med et helseforetak. Dataene inkluderer alle privatpraktiserende psykologer som mottar refusjon fra Folketrygden gjennom HELFO. Uttrekket er basert på pasienter i kontakt med private psykologer som mottar refusjon fra HELFO med en psykisk lidelse som hoveddiagnose (ICD-10 F01-99).

Om lag 37 000 pasienter (690 per 100 000 innbygger) var i kontakt med en privat psykolog med refusjon fra HELFO i forbindelse med en psykisk lidelse i 2020 (Figur 5-7). Tilsvarende tall i 2010 var 30 600 (630 per 100 000 innbygger), noe som viser at veksten i antall pasienter har vært 20 prosent i perioden 2010-2020 (10 prosent vekst justert for befolkningsvekst).

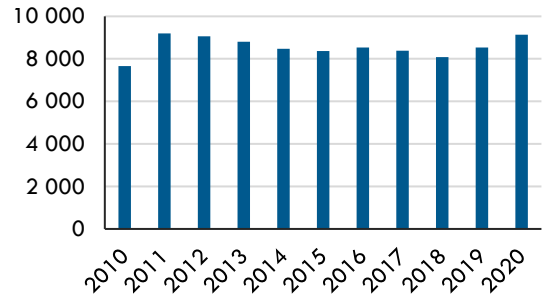
Figur 5-7. Antall pasienter med en psykisk lidelse i kontakt med private psykologer med avtale, per 100 000 innbygger, 2010-2020



Kilde: HELFO og SSB (Tabell 07459). Merk: omfatter alle private psykologer som mottar refusjon fra HELFO.

Figur 5-8 viser at antall kontakter hos private psykologer med avtale har økt fra 7700 til 9100 kontakter per 100 000 innbyggere i perioden 2010 til 2020. Totalt ble det registret 490 000 kontakter med private psykologer med avtale i 2020 der en psykisk lidelse var oppgitt som hovedårsaken for besøket.

Figur 5-8. Antall kontakter med private psykologer med avtale der en psykisk lidelse var hoveddiagnose, per 100 000 innbyggere, 2010-2020



Kilde: HELFO og SSB (Tabell 07459). Merk: omfatter alle private psykologer som mottar refusjon fra HELFO.

Om lag 30 000 pasienter (560 per 100 000 innbygger) var i 2019 i kontakt med en privat

psykolog med avtale i forbindelse med depresjonslidelser, andre affektive lidelser eller angstlidelser (Tabell 5-1). Disse pasientene hadde i gjennomsnitt 12,8 kontakter knyttet til en diagnose relatert til depresjon eller angst. Pasienter med spiseforstyrrelser (17,0), personlighetsforstyrrelser (14,8) og schizofreni og paranoide lidelser (12,7) hadde også et relativt høyt antall kontakter i gjennomsnitt.

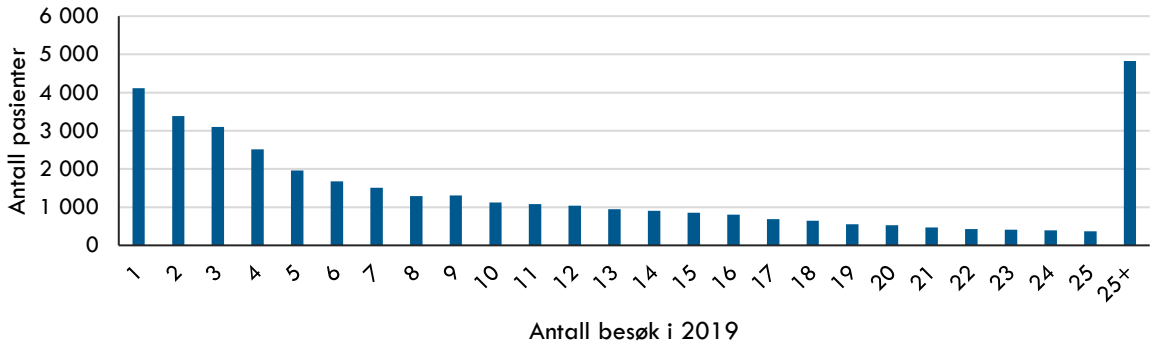
Tabell 5-1. Antall pasienter i kontakt med private psykologer med avtale og gjennomsnittlig antall kontakter i 2019, per diagnosegruppe

Diagnosegruppe	Antall pasienter	Antall pasienter per 100 000 innbygger	Gjennomsnittlig antall kontakter
Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser	29 833	560	12,8
Hyperkinetiske forstyrrelser	1 950	37	5,2
Personlighetsforstyrrelser	1 673	31	14,8
Uspesifisert psykisk lidelse	1 480	28	8,2
Utviklingsforstyrrelser	805	15	5,5
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	659	12	9,5
Organiske psykiske lidelser (unntatt demens)	456	09	3,9
Spiseforstyrrelser	380	07	17,0
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddelmisbruk	291	5	7,1
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	195	4	12,7
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (ekskl. spiseforstyrrelser)	162	3	9,9
Psykisk utviklingshemming	99	2	5,0
Demenslidelser	21	0	3,5

Kilde: HELFO og SSB (Tabell 07459). Merk: omfatter alle private psykologer som mottar refusjon fra HELFO. En og samme pasient kan inngå i flere diagnosegrupper.

Av de om lag 37 000 pasientene i kontakt med en privat psykolog med avtale i 2019 hadde 4 100 pasienter (11 prosent) kun en kontakt, mens 1 600 pasienter (44 prosent) hadde ti eller flere besøk (Figur 5-9). 4 800 pasienter (13 prosent) hadde flere enn 25 besøk i 2019.

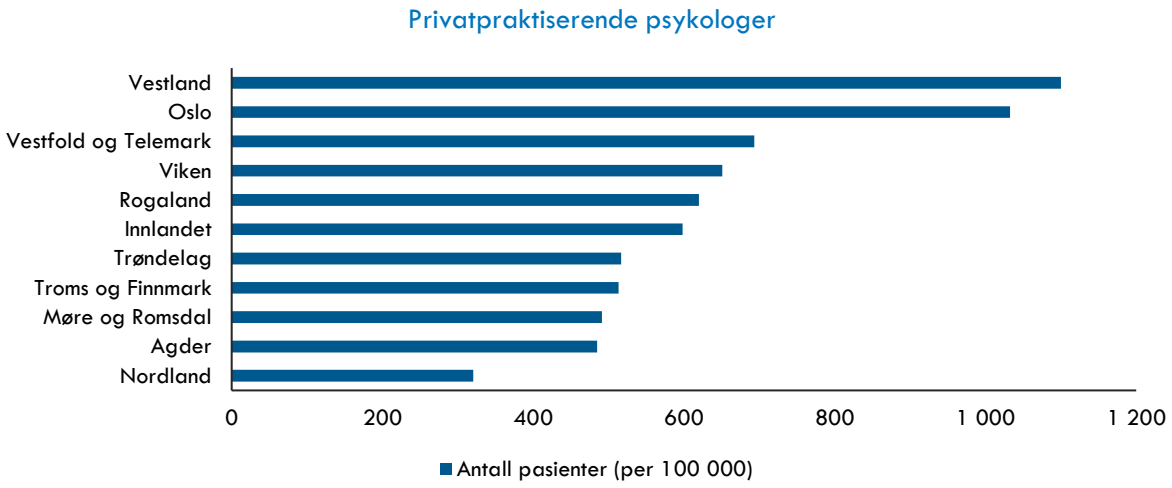
Figur 5-9. Antall pasienter fordelt etter antall besøk knyttet til en psykisk lidelse hos private psykologer med avtale i 2019



Kilde: HELFO. Merk: omfatter alle private psykologer som mottar refusjon fra HELFO.

Figur 5-10 illustrerer geografiske forskjeller i antall pasienter i kontakt med privatpraktiserende psykologer som mottar refusjon. Som det fremgår av figuren, er det store forskjeller mellom fylkene. Antall pasienter med en psykisk lidelse i kontakt med private psykologer er, justert for innbyggertall, langt høyere i for eksempel Oslo og Vestfold og Telemark enn i Nordland, Agder og Møre og Romsdal.

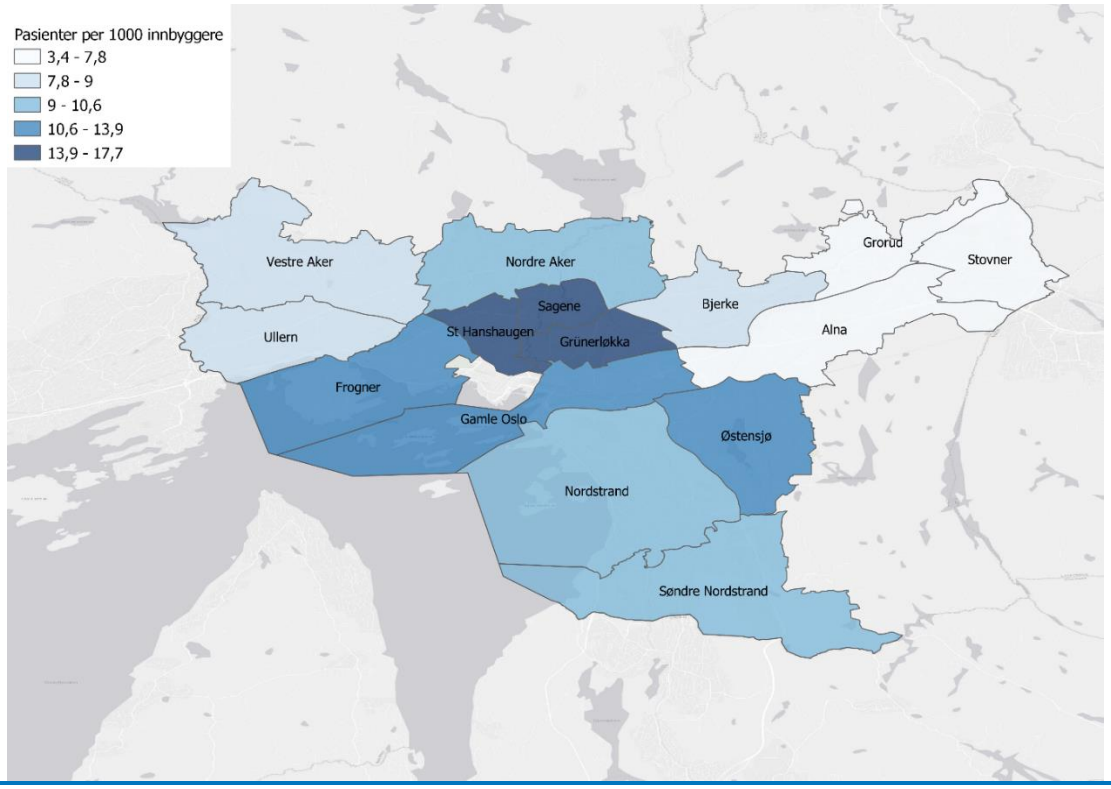
Figur 5-10. Fylkesvis fordeling av antall pasienter (per 100 000 innbygger) med en psykisk lidelse med besøk hos en privatpraktiserende psykolog, 2019



Kilde: HELFO og SSB (Tabell 10826). Merk: inkluderer private psykologer som mottar refusjon fra HELFO. Kontakter omfatter kun kontakter der en psykisk lidelse var hoveddiagnosen.

I tillegg til å studere variasjon mellom fylkene har vi innhentet data på bydelsnivå i Oslo. Disse er presentert i Figur 5-11. For antall pasienter i kontakt med private psykologer er det særlig Sagene, St. Haugen og Grünerløkka som skiller seg ut. Analysene er ikke justert for aldersforskjeller, noe som kan bidra til å forklare forskjellene. Dataene indikerer at det er forskjeller mellom bydelene lokalisert i øst og vest, der bydelene i vest har et høyere antall pasienter justert for innbyggertall.

Figur 5-11. Fordeling av antall pasienter (per 1000 innbygger) med en psykisk lidelse med besøk hos en privatpraktiserende psykolog, fordelt etter bydeler i Oslo, 2019



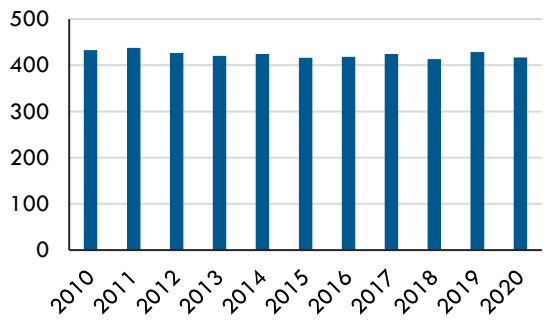
Kilde: HELFO og SSB (Tabell 10826). Merk: inkluderer private psykologer som mottar refusjon fra HELFO. Kontakter omfatter kun kontakter der en psykisk lidelse var hoveddiagnosen.

5.4 Private psykiatere med driftsavtale

Vi har innhentet data fra HELFOs KUHR-register for private avtalespesialister med driftsavtale med et helseforetak. Dataene inkluderer alle privatpraktiserende avtalespesialister som mottar refusjon fra Folketrygden gjennom HELFO. Uttrekket ble basert på kontakter med en psykisk lidelse som hoveddiagnose (ICD-10 F01-99). Privatpraktiserende spesialister omfatter i all hovedsak leger med spesialisering i psykiatri, men også enkelte andre medisinske spesialister der legen har behandlet pasienter med en psykisk lidelse.

Om lag 22 000 pasienter (420 per 100 000 innbygger) var i kontakt med en privat avtalespesialist (i all hovedsak psykiater) i forbindelse med en psykisk lidelse i 2020 (Figur 5-12). Tilsvarende tall i 2010 var 21 000 (430 per 100 000 innbygger), noe som viser at antall pasienter behandlet hos en privatpraktiserende psykiater har vært forholdsvis stabilt i perioden 2010-2020.

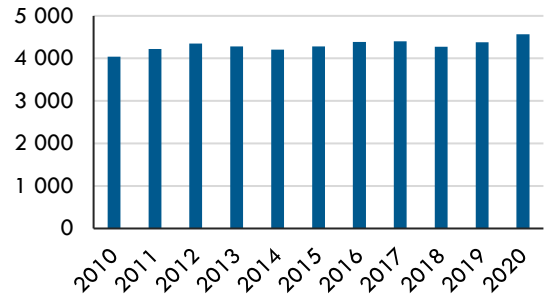
Figur 5-12. Antall pasienter med en psykisk lidelse i kontakt med private avtalespesialister, per 100 000 innbyggere, 2010-2020



Kilde: HELFO og SSB (Tabell 07459). Merk: Kontakter med avtalespesialister omfatter i hovedsak kontakt med spesialister i psykiatri, samt noen med annen medisinsk spesialisering.

Figur 5-13 viser at antall kontakter hos private spesialister har økt fra 4000 til 4700 kontakter per 100 000 innbyggere i perioden 2010 til 2020. Totalt ble det registret 244 500 kontakter med private avtalespesialister i 2020 der en psykisk lidelse var oppgitt som hovedårsaken for besøket.

Figur 5-13. Antall kontakter med private avtalespesialister der en psykisk lidelse var hoveddiagnose, per 100 000 innbyggere, 2010-2020



Kilde: HELFO og SSB (Tabell 07459). Merk: Kontakter med avtalespesialister omfatter i hovedsak kontakt med spesialister i psykiatri, samt noen med annen medisinsk spesialisering.

I overkant av 16 000 pasienter (300 per 100 000 innbygger) var i 2019 i kontakt med en privat avtalespesialist i forbindelse med depresjonslidelser, andre affektive lidelser eller angstlidelser (Tabell 5-2). Disse pasientene hadde i gjennomsnitt 11,3 kontakter knyttet til en diagnose relatert til depresjon eller angst. Pasienter med personlighetsforstyrrelser (13,4), spiseforstyrrelser (11,1) og schizofreni og paranoide lidelser (8,6) hadde også et relativt høyt antall kontakter i gjennomsnitt.

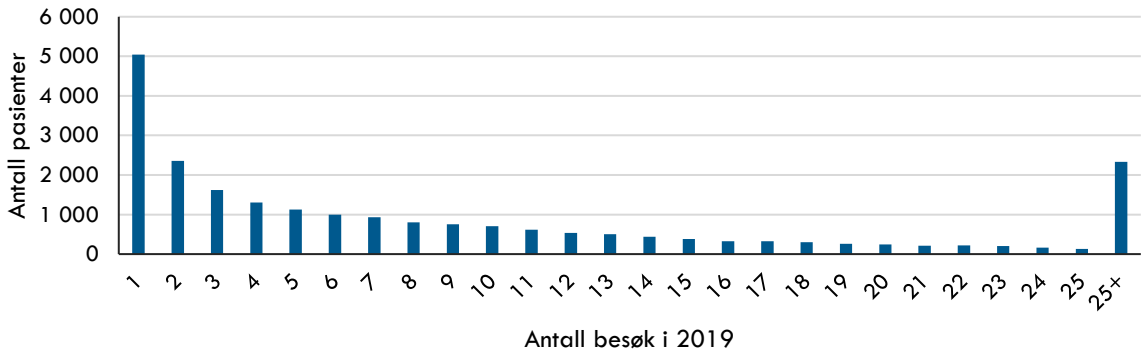
Tabell 5-2. Antall pasienter i kontakt med private avtalespesialister og gjennomsnittlig antall kontakter i 2019, per diagnosegruppe

Diagnosegruppe	Antall pasienter	Antall pasienter per 100 000 innbygger	Gjennomsnittlig antall kontakter
Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser	16 299	306	11,3
Hyperkinetiske forstyrrelser	2 543	48	6,5
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	1 055	20	4,7
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (ekskl. spiseforstyrrelser)	838	16	2,2
Personlighetsforstyrrelser	820	15	13,4
Uspesifisert psykisk lidelse	412	8	7,6
Utviklingsforstyrrelser	400	8	4,3
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	365	7	8,6
Spiseforstyrrelser	365	7	11,1
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddelmisbruk	217	4	6,7
Organiske psykiske lidelser (unntatt demens)	121	2	5,2
Demenslidelser	107	2	2,6
Psykisk utviklingshemming	45	1	1,7

Kilde: HELFO og SSB (Tabell 07459). Merk: Kontakter med avtalespesialister omfatter i hovedsak kontakt med spesialister i psykiatri, samt noen med annen medisinsk spesialisering. En og samme pasient kan inngå i flere diagnosegrupper.

Av de om lag 22 000 pasientene i kontakt med private avtalespesialister med en psykisk diagnose i 2019 hadde 5 000 pasienter (22 prosent) kun en kontakt, mens 7 900 pasienter (35 prosent) hadde ti eller flere besøk. 2 300 pasienter (ti prosent) hadde flere enn 25 besøk i 2019.

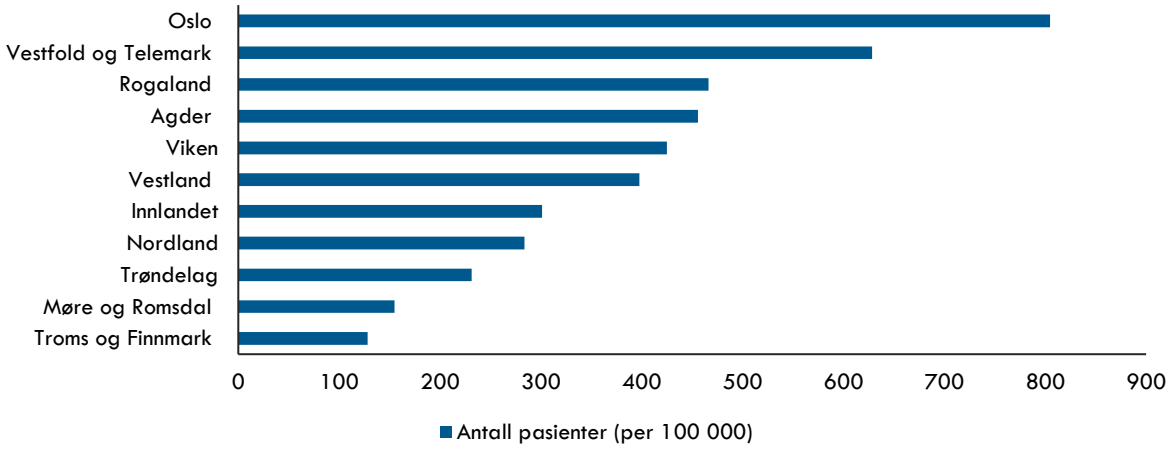
Figur 5-14. Antall pasienter fordelt etter antall besøk knyttet til en psykisk lidelse hos private avtalespesialister i 2019



Kilde: HELFO. Merk: Kontakter med avtalespesialister omfatter i hovedsak kontakt med spesialister i psykiatri, samt noen med annen medisinsk spesialisering.

Figur 5-15 illustrerer geografiske forskjeller i antall pasienter i kontakt med privatpraktiserende avtalespesialister. Som det fremgår av figuren, er det store forskjeller mellom fylkene. Antall pasienter med en psykisk lidelse i kontakt med private avtalespesialister er, justert for innbyggertall, langt høyere i Oslo og til dels Vestfold og Telemark, enn fylker som Troms og Finnmark, Møre og Romsdal og Trøndelag.

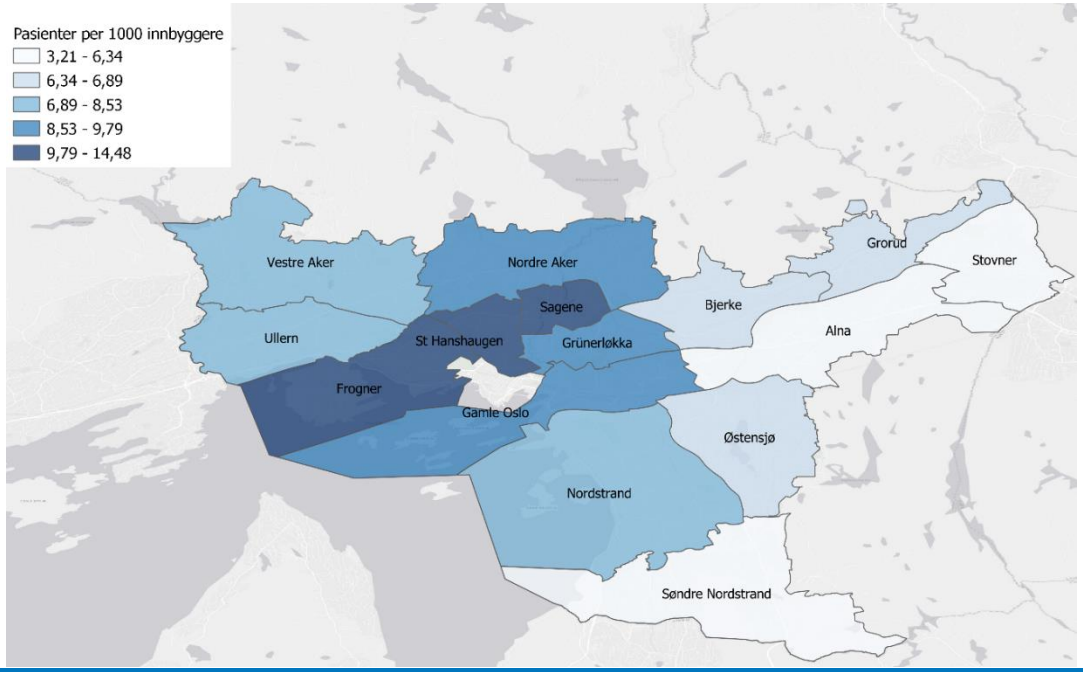
Figur 5-15. Fylkesvis fordeling av antall pasienter (per 100 000 innbygger) med en psykisk lidelse med besøk hos en privatpraktiserende avtalespesialist, 2019



Kilde: HELFO og SSB (Tabell 10826). Merk: inkluderer private avtalespesialister som mottar refusjon fra HELFO. Kontakter omfatter kun kontakter der en psykisk lidelse var hoveddiagnosen.

Som for private psykologer har vi også sett på forskjeller mellom bydelene i Oslo. Disse er presentert i Figur 5-16. For antall pasienter i kontakt med private avtalespesialister er det særlig Sagene, St. Haugen og Frogner som skiller seg ut. Analysene er ikke justert for aldersforskjeller, noe som kan bidra til å forklare forskjellene. Dataene indikerer også at det er forskjeller mellom bydelene lokalisert i øst og vest, der bydelene i vest har et høyere antall pasienter justert for innbyggertall. Tilsvarende bilde var også gjeldene for privatpraktiserende psykologer (se kapittel 5.3).

Figur 5-16. Fordeling av antall pasienter (per 1000 innbygger) med en psykisk lidelse med besøk hos en privatpraktiserende avtalespesialist, fordelt etter bydeler i Oslo, 2019



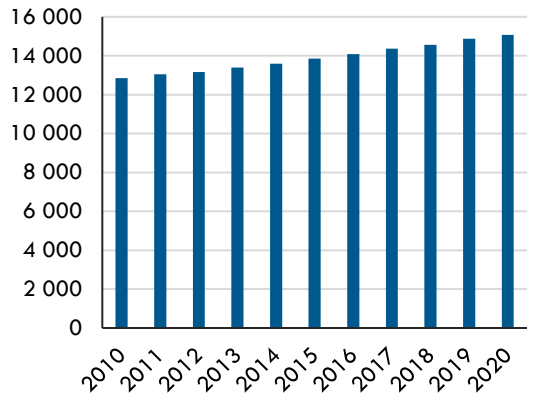
Kilde: HELFO og SSB (Tabell 10826). Merk: inkluderer private avtalespesialister som mottar refusjon fra HELFO. Kontakter omfatter kun kontakter der en psykisk lidelse var hoveddiagnosen.

5.5 Fastleger og legevakt

For primærhelsetjenesten har vi innhentet data fra HELFOs KUHR-register for å belyse tilgangen til, og bruk av helsetjenester hos fastleger og legevakter. Nasjonale data om tjenestebruken i den øvrige delen av primærhelsetjenesten er mangelfull, og dette delkapittelet er derfor begrenset til å omfatte

fastleger og legevakter. I det følgende presenteres data for behandling der en psykisk lidelse (ICPC-2 kode P01-P99) var registret som hoveddiagnose.

Figur 5-17. Antall pasienter med en psykisk lidelse i kontakt med fastlege og legevakt, per 100 000 innbyggere, 2010-2020

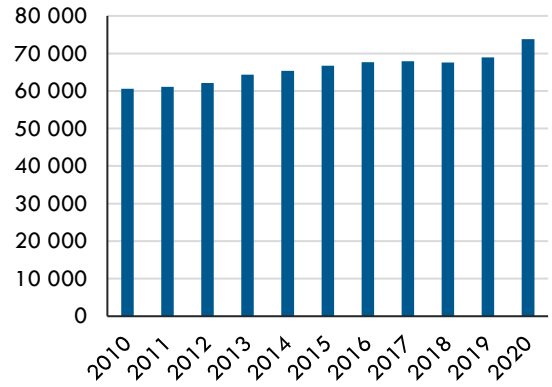


Kilde: HELFO og SSB (Tabell 07459)

I overkant av 800 000 pasienter (15 000 per 100 000 innbygger) var i kontakt med enten en fastlege eller legevakt i forbindelse med en psykisk lidelse i 2020 (Figur 5-17). Tilsvarende tall i 2010 var 625 000 (12 900 per 100 000 innbygger), noe som tilsvarer en vekst på om lag 30 prosent i perioden 2010-2020 (16 prosent vekst justert for befolkningsvekst).

Figur 5-18 viser at antall kontakter hos fastleger og legevakter har økt fra 60 000 til om lag 74 000 kontakter per 100 000 innbyggere i perioden 2010 til 2020. Totalt ble det registret 3,8 millioner kontakter med fastleger og i overkant av 100 000 besøk ved legevakten i 2020 der en psykisk lidelse var oppgitt som hovedårsaken for besøket.

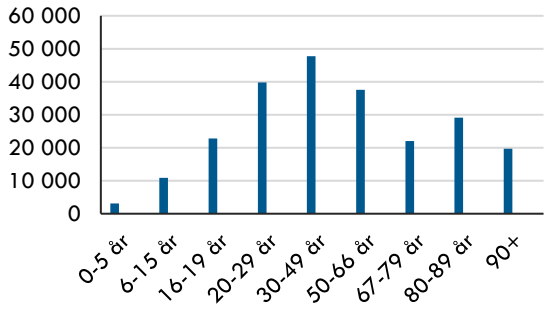
Figur 5-18. Antall kontakter med fastlege eller legevakt der en psykisk lidelse var hoveddiagnose, per 100 000 innbyggere, 2010-2020



Kilde: HELFO og SSB (Tabell 07459)

Figur 5-19 viser aldersfordelingen per 100 000 innbyggere i 2020. Som det fremgår av figuren, er bruken høyest blant pasienter i aldersgruppen 20-66 år.

Figur 5-19. Antall konsultasjoner i allmenn-legetjenesten per 100 000 innbyggere, fordelt på aldersgrupper, 2020



Kilde: SSB Tabell 10141. Merk: tallene fra SSB inkluderer ikke "enkle pasientkontakter" (inkl. enkle forespørsler og rådgivning ved personlig fremmøte, brev eller telefon, skriving av resepter og sykemeldinger uten konsultasjon), prøvetaking uten konsultasjon og hjemmebesøk er holdt utenfor og avviker derfor fra tallene fra HELFOs KUHR-register.

Det er store variasjoner i bruken av tjenester mellom pasienter med ulike psykiske lidelser. Over 430 000 pasienter (8 100 per 100 000 innbygger) var i 2019 i kontakt med en fastlege eller legevakt i forbindelse med depresjonslidelser, andre affektive lidelser eller angstlidelser (Tabell 5-3), og denne diagnosegruppen skiller seg ut med et særlig stort omfang. Disse pasientene hadde i gjennomsnitt 4,3 kontakter knyttet til en diagnose relatert til depresjon eller angst. Pasienter med schizofreni og paranoide lidelser (7,0), psykiske lidelser grunnet rusmisbruk (5,7) og spiseforstyrrelser (4,7) hadde også et relativt høyt antall kontakter i gjennomsnitt.

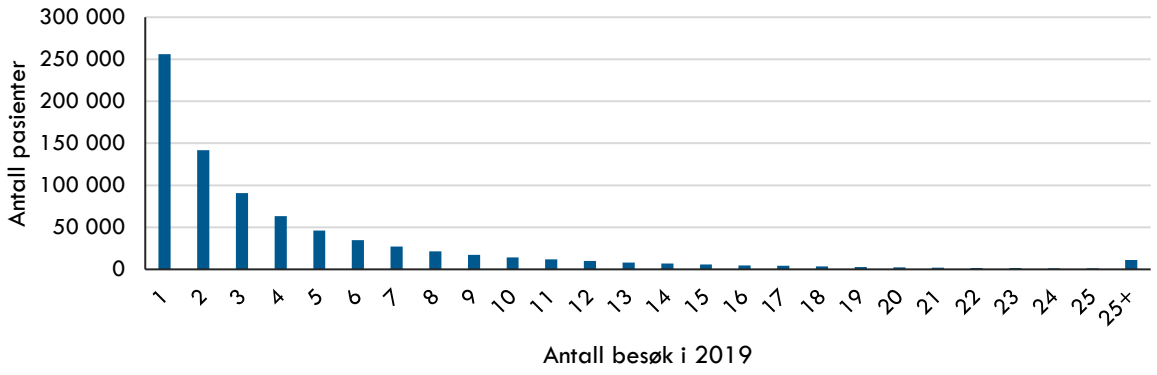
Tabell 5-3. Antall pasienter i kontakt med fastlege/legevakt og gjennomsnittlig antall kontakter per diagnosegruppe, 2019

Diagnosegruppe	Antall pasienter	Antall pasienter per 100 000 innbygger	Gjennomsnittlig antall kontakter
Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstli delser	433 214	8 130	4,3
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrr elser og fysiske faktorer (ekskl. spiseforstyrrelser)	193 402	3 630	2,7
Uspesifisert psykisk lidelse	109 052	2 050	3,1
Utviklingsforstyrrelser	45 071	850	2,5
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddel misbruk	44 707	840	5,7
Hyperkinetiske forstyrrelser	46 228	870	3,8
Demenslidelser	23 757	450	5,2
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser s om vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	11 085	210	2,1
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	18 119	340	7,0
Personlighetsforstyrrelser	9 908	190	4,3
Psykisk utviklingshemming	11 020	2,1	4,5
Organiske psykiske lidelser (unntatt demens)	3 861	70	2,9
Spiseforstyrrelser	3 340	60	4,7

Kilde: HELFO. En og samme pasient kan inngå i flere diagnosegrupper.

Av de om lag 800 000 pasientene i kontakt med fastlege eller legevakt med en psykisk diagnose i 2019 hadde 256 000 pasienter (32 prosent) kun en kontakt, mens 93 000 pasienter (12 prosent) hadde ti eller flere besøk. 11 000 pasienter (1,4 prosent) hadde flere enn 25 besøk i 2019.

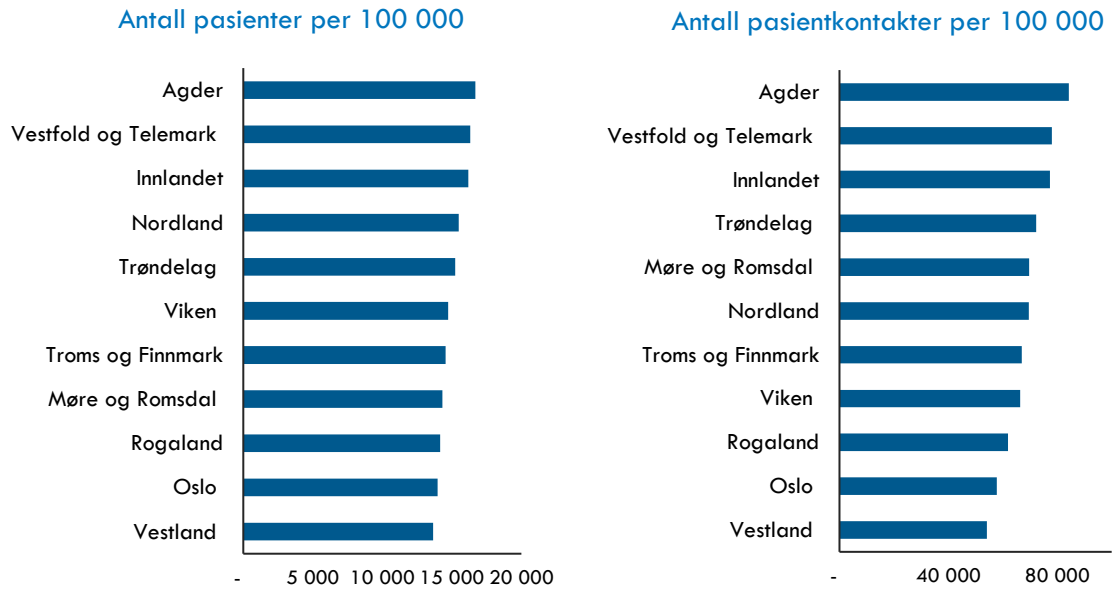
Figur 5-20. Antall pasienter fordelt etter antall besøk knyttet til en psykisk lidelse hos fastlege/legevakt, 2019



Kilde: HELFO

Figur 5-21 illustrerer geografiske forskjeller i antall pasienter i kontakt med fastleger og antall pasientkontakter med fastleger der en psykisk lidelse var hoveddiagnosen (merk: inkluderer ikke legevakt). Som det fremgår av figuren, er det store forskjeller mellom fylkene. Antall pasienter med en psykisk lidelse i kontakt med fastleger og antall pasientkontakter, justert for innbyggertall, er høyest i Agder, Vestfold og Telemark og Innlandet. Aktiviteten er lavest i Vestland, Oslo og Rogaland.

Figur 5-21. Fylkesvis fordeling av antall pasienter og antall pasientkontakter (per 100 000 innbygger) med en psykisk lidelse hos fastleger, 2019



Kilde: HELFO og SSB (Tabell 10826). Merk: inkluderer private psykologer/avtalespesialister som mottar refusjon fra HELFO. Kontakter omfatter kun kontakter der en psykisk lidelse var hoveddiagnosen.

At flere oppsøker fastlege for psykiske lidelser betyr ikke nødvendigvis at flere mottar behandling, men det gjenspeiler at flere oppsøker og/eller registreres i helsetjenesten med psykisk plager. Fastlegetjenesten er allerede under press, og fastlegen vil trolig ha lite ressurser til å behandle mennesker med psykiske lidelser. I de tilfeller fastleger vurderer det som nødvendig, kan de henvise pasientene videre til spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid mange pasienter som regnes som «ikke syke nok», og som dermed blir avvist i spesialisthelsetjenesten. I mangel på andre behandlingstilbud i kommunene, overlater dermed behandling og oppfølging av disse pasientene til fastlegene igjen. Det mangelfulle behandlingstilbudet for denne gruppen i mange kommuner utgjør en svakhet i tjenestetilbudet. Det medfører at mange pasienter ikke får helsehjelpen de har behov for og det medfører en stor belastning på et allerede presset fastlegesystem.

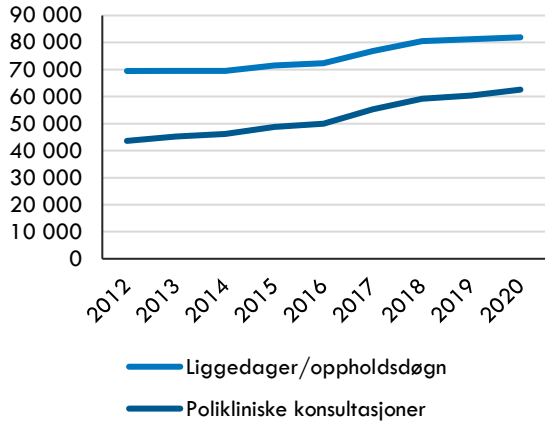
5.6 Psykisk helsevern

Data fra Helsedirektoratet viser at i 2020 hadde rundt 56 700 barn og unge kontakt med psykisk helsevern for barn og unge, og i underkant av 154 000 personer var i kontakt med psykisk helsevern for voksne (54). Det var 825 kontakter med helseforetak/private foretak per 1 000 innbyggere 0-17 år i psykisk helsevern for barn og unge. Antall oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere 0-17 år var 75. I psykisk helsevern for voksne var det i 2020 435 kontakter med helseforetak/privat foretak per 1 000 innbyggere 18+ og 226 oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere 18+. Det var altså et større antall kontakter med helseforetak/private foretak per 1 000 innbyggere i psykisk helsevern for barn og unge, men et større antall oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere i psykisk helsevern for voksne.

Fra SSB har vi innhentet data om bruk av tjenester i psykisk helsevern. Tallene som presenteres i det følgende omfatter både psykisk helsevern for voksne og BUP.

I 2020 var det registrert 4,4 millioner behandlingsepisoder i psykisk helsevern. Fra 2012 er dette en økning på 27 prosent. Figur 5-22 viser hvordan antall behandlingsepisoder fordeler seg mellom polikliniske konsultasjoner (inkludert dagbehandlinger) og liggedager/oppholdsdøgn.

Figur 5-22. Antall behandlingsepisoder per 100 000 innbyggere i psykisk helsevern, 2012-2020

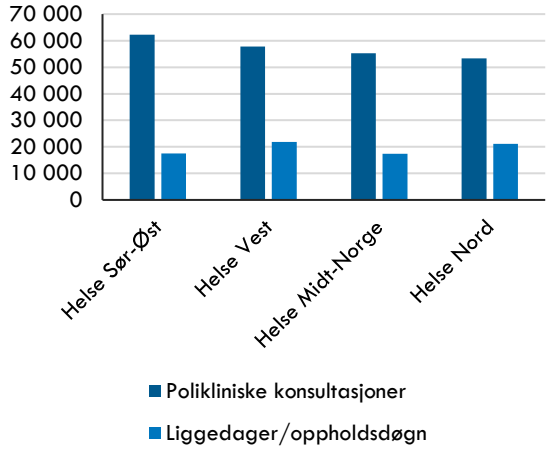


Kilde: SSB tabell 06922. Merk: Antall polikliniske konsultasjoner inkluderer dagbehandlinger. Fra 2018 inkluderer polikliniske konsultasjoner avtalespesialister. Tallene omfatter både psykisk helsevern for voksne og BUP. Innføringen av innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, gjør at antall konsultasjoner for 2018 ikke er direkte sammenlignbare med tidligere år.

Figur 5-22 viser at den største andelen av behandlingsepisodene i psykisk helsevern var registrert som polikliniske konsultasjoner, og at behandlingen i økende grad har gått fra liggedager/oppholdsdøgn til polikliniske konsultasjoner. I perioden 2012-2020 økte andelen polikliniske konsultasjoner fra 63 prosent til 76 prosent, mens andelen liggedager/oppholdsdøgnfalt fra 37 prosent til 24 prosent. Dette gjenspeiler den generelle trenden i helsetjenesten og målet om en overgang fra liggedager/oppholdsdøgn til poliklinikk og ambulerende tjenester (35).

Figur 5-23 viser antall behandlingsepisoder per 100 000 innbyggere i psykisk helsevern i 2019 fordelt på helseregion. Helse Sør-Øst har et større antall polikliniske konsultasjoner per 100 000 innbyggere enn de andre helseregionene, og antall liggedager/oppholdsdøgn per 100 000 innbyggere er høyest i Helse Vest og Helse Nord.

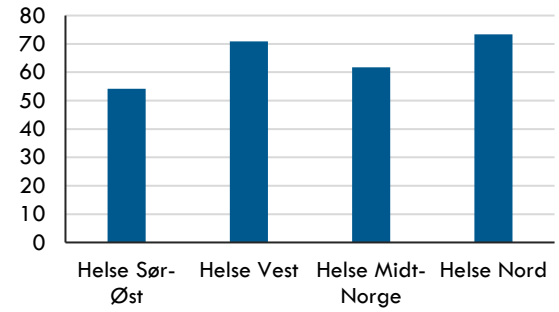
Figur 5-23. Antall behandlingsepisoder per 100 000 innbyggere i psykisk helsevern i 2019 fordelt på helseregion



Kilde: SSB tabell 06922. Merk: Antall polikliniske konsultasjoner inkluderer dagbehandlinger. Fra 2018 inkluderer polikliniske konsultasjoner avtalespesialister. Tallene omfatter både psykisk helsevern for voksne og BUP. Tall for 2020 antas å være påvirket av covid-19, og vi viser derfor 2019-tall.

I 2020 var det over 3 000 døgnplasser for psykisk helsevern, noe som innebærer en betydelig reduksjon fra 2012 da tallet var 4 305. Figur 5-24 viser hvordan plassene fordeler seg mellom landets helseregioner, målt i antall døgnplasser per 100 000 innbyggere. Justert for antall innbyggere er dekningen særlig god i Helse Nord og Helse Vest, mens Helse Sør-Øst har lavest dekning med 13,45 plasser per 100 000 innbyggere.

Figur 5-24. Antall døgnplasser per 100 000 innbyggere i psykisk helsevern fordelt etter helseregion, 2020



Kilde: SSB tabell 06922. Merk: Tallene omfatter både psykisk helsevern for voksne og BUP.

I 2020 var 3 284 av døgnplassene forbeholdt voksne og 298 av døgnplassene var forbeholdt barn og unge (SSB tabell 04511 og tabell 04513).

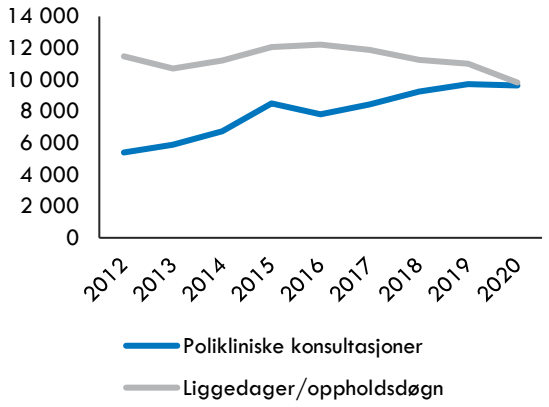
Beleggsprosenten har vært stabil på omkring 86 prosent de siste årene (SSB tabell 11209). Denne indikatoren er beregnet som antall liggedager delt på tilgjengelig sengedøgn i psykisk helsevern. For hele

landet har denne I 2020 falt den derimot til 83 prosent, noe som kan skyldes omprioriteringer og pågang i forbindelse med Covid-19. Beleggsprosenten fordelt på helseregioner viser at kapasitetsutnyttelsen er høyest i Helse Sør-Øst og Helse Vest, med en beleggsprosent på henholdsvis 87 og 86 prosent i 2019. I Helse Midt-Norge og Helse Nord var belegget noe lavere, med henholdsvis 81 og 80 prosent samme år. I perioden 2012-2020 har antall døgnplasser blitt redusert, samtidig som beleggsprosenten har holdt seg relativt stabil. Dette skyldes i hovedsak at færre pasienter får døgnbehandling og mottar behandling ved poliklinikken.

5.7 Rusbehandling

I 2020 var det registrert over én million behandlingsepisoder innen rusbehandling, som er en økning på 24 prosent fra 2012 (SSB tabell 06922). Figur 5-25 viser hvordan behandlingsepisodene fordeler seg mellom polikliniske konsultasjoner (inkludert dagbehandlinger) og liggedager/oppholdsdøgn.

Figur 5-25. Antall behandlingsepisoder per 100 000 innbygger i rusbehandlingen, 2012-2020

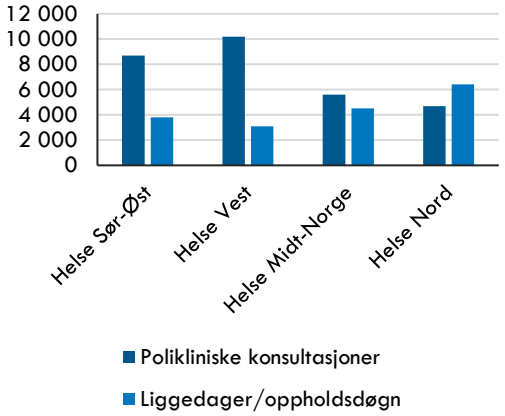


Kilde: SSB tabell 06922. Merk: Antall polikliniske konsultasjoner inkluderer dagbehandlinger. Fra 2018 inkluderer polikliniske konsultasjoner avtalespesialister. Innføringen av innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, gjør at antall konsultasjoner for 2018 ikke er direkte sammenlignbare med tidligere år.

I 2020 var det omtrent like mange liggedager/oppholdsdøgn som polikliniske konsultasjoner i rusomsorgen. På lik linje med behandlingsepisodene i psykisk helsevern og somatiske sykehus er det registrert en vekst i antall polikliniske konsultasjoner. I perioden 2012-2020 økte andelen polikliniske konsultasjoner fra 32 prosent til 50 prosent. Antall liggedager/oppholdsdøgn har over samme periode falt fra 68 prosent til 50 prosent.

Figur 5-26 viser antall polikliniske konsultasjoner og liggedager/oppholdsdøgn per 100 000 innbyggere i rusbehandling i 2019 fordelt på de ulike helseregionene.

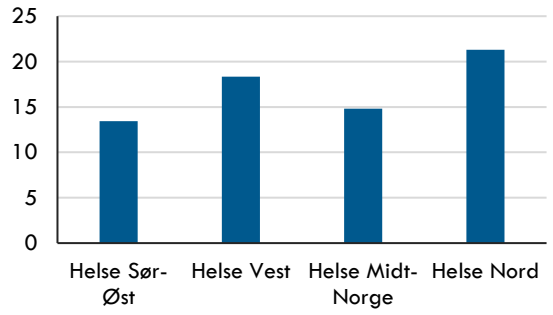
Figur 5-26. Antall behandlingsepisoder per 100 000 innbyggere i rusbehandling 2019 fordelt på helseregioner



Kilde: SSB tabell 06922. Merk: Antall polikliniske konsultasjoner inkluderer dagbehandlinger. Fra 2018 inkluderer polikliniske konsultasjoner avtalespesialister. Innføringen av innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, gjør at antall konsultasjoner for 2018 ikke er direkte sammenlignbare med tidligere år.

I 2020 var det 800 døgnplasser for rusbehandling. I perioden mellom 2012 og 2020 har antall døgnplasser i rusbehandlingen falt fra 1021. Antall døgnplasser justert for antall innbyggere er noe høyere i Helse Nord og Helse Vest sammenlignet med Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge (Figur 5-27).

Figur 5-27. Antall døgnplasser i rusbehandlingen fordelt etter helseregion, 2020



Kilde: SSB tabell 06922

Beleggsprosenten i rusbehandlingen for hele landet har lagt stabilt omkring 90 prosent. I 2020 falt den derimot til 78 prosent, noe som trolig skyldes omprioriteringer og pågang i forbindelse med Covid-19. Beleggsprosenten per helseregion viser at kapasitetsutnyttelsen er høyest i Helse Nord og Helse Midt-Norge, med en beleggsprosent på henholdsvis 92 og 85 prosent i 2019. I Helse Vest og Helse Sør-Øst var beleggsprosenten henholdsvis 78 og 78 prosent i 2019. Over analyseperioden har antall

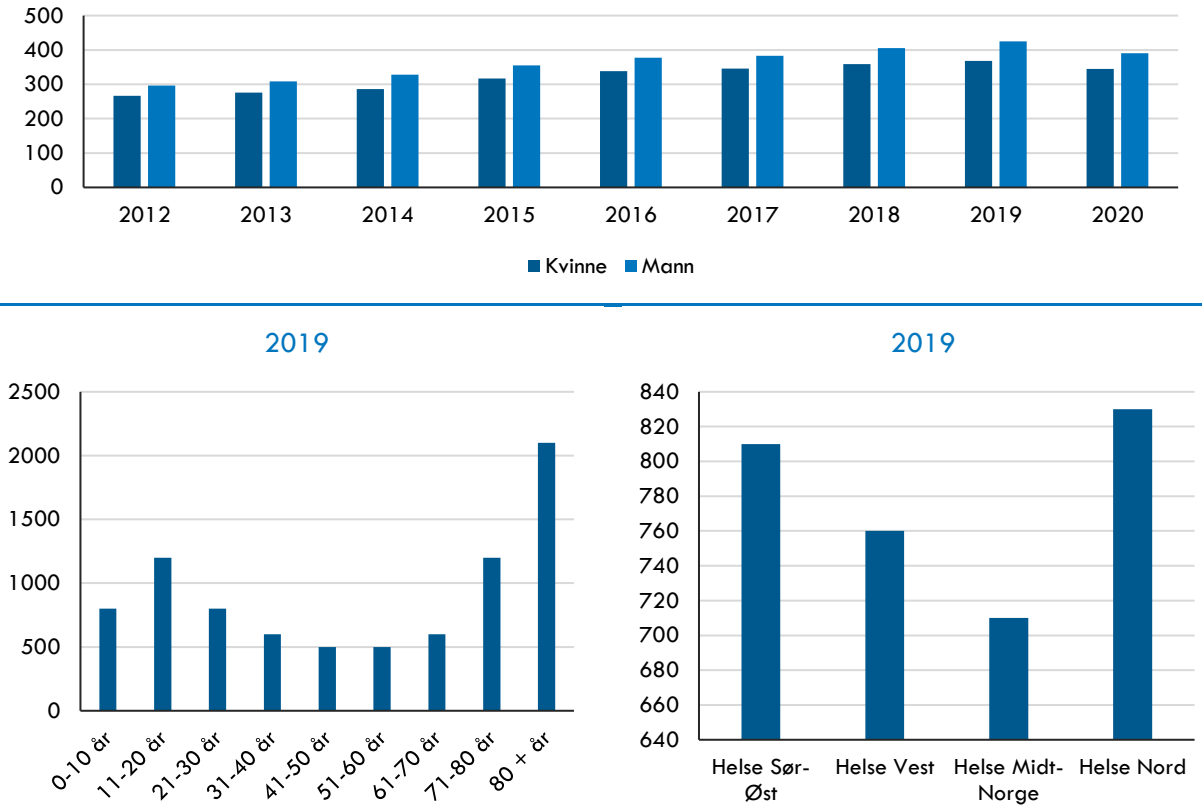
døgnplasser blitt redusert, samtidig som beleggsprosenten har holdt seg relativt stabil. Dette er ifølge SSB fordi færre pasienter får døgnbehandling og flere gjennomfører polikliniske konsultasjoner.

5.8 Somatiske sykehus

Vi har hentet data om behandling av pasienter med psykiske lidelser ved somatiske sykehus fra NPR. NPR registrerer alle behandlingsepisoder (pasientkontakter) i offentlig finansierte sykehus og uttrekket er basert registrering av psykiske lidelser som hoveddiagnose (ICD-10: F01-99). Analyser fordelt på kjønn og alder er presenter i Vedlegg B.

Figur 5-28 viser utviklingen i antall pasienter i kontakt med somatiske sykehus i perioden 2012-2020. Antall pasienter har økt fra 28 000 i 2012 til 42 300 i 2019. Antall pasienter falt noe fra 2019 til 2020, og dette antas å ha sammenheng med lavere aktivitet i sykehusene som følge av covid-19-pandemien.

Figur 5-28. Antall pasienter per 100 000 innbygger i kontakt med somatiske sykehus med psykiske lidelser, 2012-2020

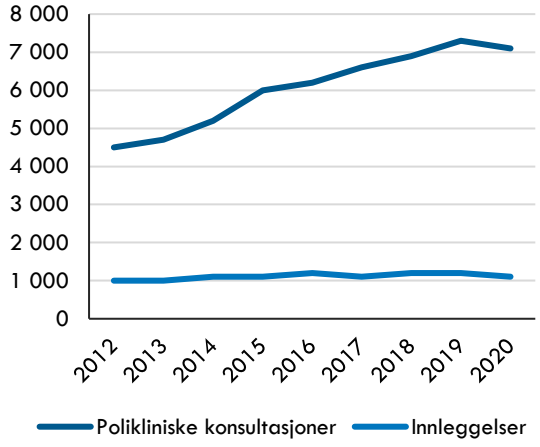


Datakilde: NPR Kuben. Analyse Oslo Economics. Tall for 2020 antas å være påvirket av covid-19-pandemien

I motsetning til i primærhelsetjenesten er det noe flere menn i kontakt med somatiske sykehus med en psykisk lidelse. Fra 2012 til 2020 økte andelen menn fra 51 til 53 prosent. Justert for folketall er det flest pasienter i aldersgruppen 80+, som utgjør om lag 25 prosent av pasientene. 14 prosent av pasientene er mellom 71 og 80 år. Fra 2012 til 2020 har andelen i aldersgruppen 80+ falt fra 27 til 25 prosent, mens andelen i aldersgruppen 0-10 og 11-20 år økte henholdsvis fra 9 og 11 prosent til 14 og 15 prosent. Justert for folketall er det også flest pasienter som mottar behandling i Helse Sør-Øst og Helse Nord (760 per 100 000 innbyggere). Fylkesvis fordeling av antall pasienter i kontakt med somatiske sykehus grunnet psykiske lidelser er presentert i Vedlegg B.

Figur 5-29 viser utviklingen i antall kontakter/opphold ved somatiske sykehus der psykiske lidelser var registret som hoveddiagnose og er presentert per 100 000 innbygger.

Figur 5-29. Antall opphold per 100 000 innbygger i somatiske sykehus der en psykiske lidelser var hoveddiagnose, 2012-2020

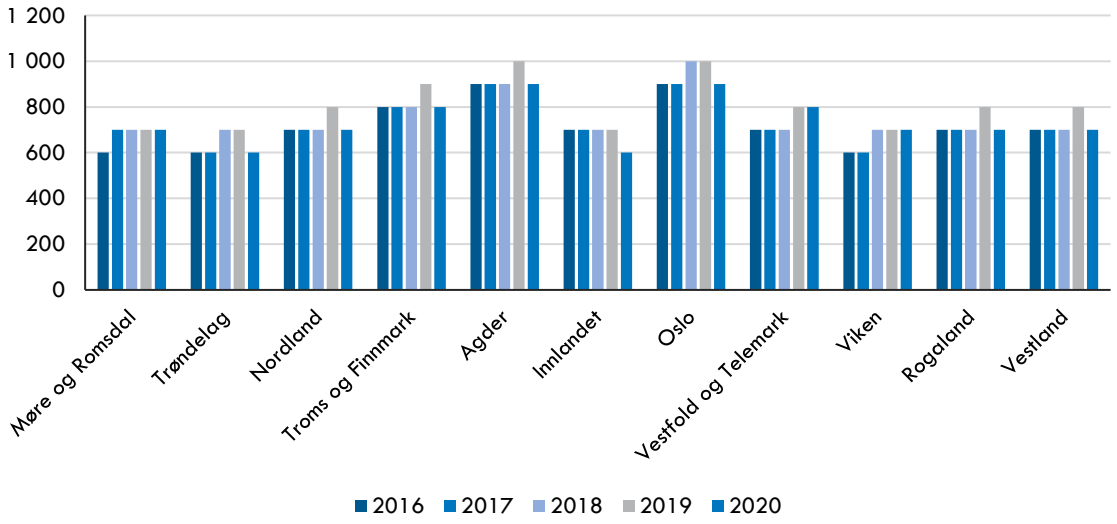


Kilde: NPR Kuben. Merk: Antall polikliniske konsultasjoner inkluderer dagbehandlinger. Tall for 2020 antas å være påvirket av covid-19-pandemien

Den største andelen av oppholdene er polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger, og disse utgjorde 86 prosent av pasientkontaktene for psykiske lidelser ved somatiske sykehus i 2020. Det har særlig vært en vekst i antall polikliniske kontakter, også når man justerer for befolkningsvekst. Veksten i antall innleggelser har i perioden 2012 til 2020 vært relativt stabil. Innleggelser utgjorde 19 prosent av kontaktene i 2012, mot 14 prosent i 2020. I perioden 2012-2020 har antall innleggelser økt med 11 prosent, mens tilsvarende vekst var 58 prosent for polikliniske konsultasjoner. Til sammenligning økte antall pasienter med minst en kontakt med sykehus med 39 prosent i perioden. Tallene viser at en stadig mindre andel av pasientene legges inn ved sykehus og at behandlingen i større grad foregår ved poliklinikkene.

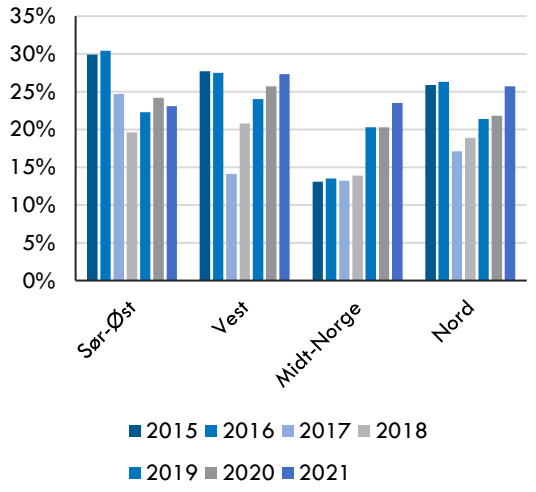
Figur 5-30 illustrerer utviklingen i antall pasienter per innbygger i kontakt med somatiske sykehus i forbindelse med en psykisk lidelse fordelt etter fylker. Som det fremgår av figuren, skiller særlig Oslo og Agder seg ut med mange pasienter justert for befolkningsstørrelsen. For de aller fleste fylkene har det vært en økning i antall pasienter i perioden 2016-2019. Innlandet skiller seg ut ved å ha hatt en reduksjon i antall pasienter i perioden. Nedgangen i de fleste fylker fra 2019 til 2020 antas å ha sammenheng med covid-19-pandemien.

Figur 5-30. Antall pasienter i kontakt med somatiske sykehus med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, per 100 000 innbygger, fordelt etter fylke



Kilde: Norsk pasientregister. Tall for 2020 antas å være påvirket av covid-19-pandemien.

Figur 5-31. Andel avviste henvisninger innen psykisk helsevern for voksne, 2015-2021



Kilde: Helsedirektoratet (55)

Det er stor variasjon i andelen avviste henvisninger innen psykisk helsevern mellom helseregionene. I Helse Sør-Øst og i Helse Nord var andelen høy i 2015 og 2016, før den ble redusert og dermed økt igjen i 2020 og 2021. I Helse Midt-Norge har andelen økt med over ti prosentpoeng fra 2015 til 2021. I 2021 var andelen høyest i Helse Vest, på over 27 prosent.

Det er også stor variasjon mellom de ulike helseforetakene, og andelen avvisninger varierer fra åtte prosent (NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus) til over 74 prosent (Privat Vest HF) i 2021.

Også i Riksrevisjonen sin undersøkelse kommer det frem at det er høy avvisningsfrekvens i psykisk helsevern (35). Det fremkommer i spørreundersøkelsen til BUP-behandlere at høy avvisningsfrekvens kan henge sammen med at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ofte ikke har samme forståelse av ansvarfordeling av behandling. Det kan også være ulike rutiner for samarbeid om henvisningene.

En rapport publisert av Barneombudet i 2020 om den psykiske helsetjenesten for barn og unge finner at det er stor variasjon i praksis ved vurderinger av henvisninger i spesialisthelsetjenesten (BUP). Det vises til at relativt mange klager fikk medhold, noe som indikerer at mange henvisninger avvises uten tilstrekkelig grunnlag. Fra intervjuer med behandlere i BUP kommer det frem at det er stor variasjon mellom kommuner i hvilke typer helseplager som kommunene behandler og hvilke som henvises videre til BUP (56).

5.9 Høy andel avvisninger i spesialisthelsetjenesten

Etter at psykolog eller annet helsepersonell i primærhelsetjenesten henviser til spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten foreta en vurdering av om vedkommende har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, på bakgrunn av prioriteringsveilederen. Henvisningen avvises dersom det vurderes at vedkommende ikke har behov for helsehjelp i denne delen av tjenesten.

Statistikk fra Helsedirektoratet viser at en stor andel henvisninger innen psykisk helsevern for voksne avvises (55). I Figur 5-31 presenteres andelen avvisninger fordelt på helseregionene.

5.10 Lang ventetid

Det har vært et sentralt mål å korte ned ventetiden fra spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning til behandling begynner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling de siste årene (57). Mennesker med psykiske lidelser og rusbruksproblemer kan risikere å få forverret sin tilstand dersom de ikke mottar helsehjelp når de har behov for det. I Helse- og omsorgsdepartementet sitt oppdragsdokument for 2020 er et styringsmål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager i psykisk helsevern for voksne, lavere enn 35 dager i psykisk helsevern for barn og unge, og lavere enn 30 dager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (57). Disse styringsmålene er også videreført i oppdragsdokumentet for 2021.

Statistikk for 2021 fra Helsedirektoratet viser at det generelt er lang ventetid i psykisk helsevern og rusbehandling (58). Ventetider i spesialisthelsetjenesten for ulike helseregioner og private institusjoner presenteres i Figur 5-32. Gjennomsnittlig ventetid er 52 dager for barn og unge, 49 for voksne og 32 for rusbehandling. Det er variasjon i ventetider mellom helseforetakene. Helse Nord har lengst ventetid for voksne, og helse Midt-Norge har lengst ventetid for barn og unge. Det er kun Helse Vest som innfridde ventetidskravet i psykisk helsevern for voksne, ingen av helseforetakene innfridde ventetidskravet for barn og unge, og kun to av helseforetakene innfridde ventetidskravet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helse Vest og Midt-Norge). Private institusjoner skiller seg særlig ut, og har mye lengre ventetid i psykisk helsevern og rusbehandling enn de regionale helseforetakene (58).

Figur 5-32. Ventetider 2021

	Helse Nord	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst	Private institusjoner
Psykisk helsevern for voksne	62	39	47	46	63
Psykisk helsevern for barn og unge	55	47	57	48	87
Rusbehandling	41	28	27	32	111

Kilde: Helsedirektoratet (58)

I Riksrevisjonens rapport pekes det på en sammenheng mellom avvisninger i spesialisthelsetjenesten og lang ventetid (35). I de tilfellene spesialisthelsetjenesten vurderer at en person som er henvist ikke har behov for spesialisthelsetjenester, og dermed avviser henvisningen, må vedkommende vente unødvendig lenge på behandling. En høy andel avvisninger i spesialisthelsetjenesten innebærer at det er mange mennesker med psykiske lidelser må vente unødvendig lenge på behandling. Problemer med utilstrekkelig kapasitet og rekruttering av psykologer kan også medføre at ventetiden før mennesker med psykisk lidelser mottar behandling blir lang (35).

5.11 Bruk av legemidler

Vi har innhentet data fra Reseptregisteret for å beskrive legemiddelbruken knyttet til psykiske lidelser og plager i Norge. Reseptregisteret inneholder data om alle legemidler utlevert fra norske apoteker på resept. Det ble innhentet data om følgende legemiddelgrupper:

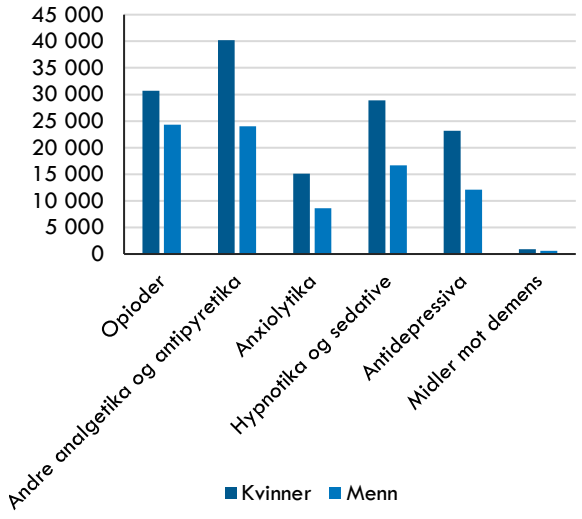
- Opioider (N02A)
- Andre analgetika og antipyretika (N02B)
- Anxiolytika (N05B)
- Hypnotika og sedative (N05C)
- Antidepressiva (N06A)
- Midler mot demens (N06D)

En beskrivelse av utvikling i antall brukere over tid og fordeling etter alder og geografi per legemiddelgruppe er presentert i Vedlegg C.

I Figur 5-33 presenteres en oversikt over antall brukere per 100 000 innbyggere for de nevnte legemiddelgruppene i 2020 fordelt på kjønn. En bruker er definert som unike individer med minst ett uttak av et legemiddel som inngår i gruppen. I 2020 var det særlig mange brukere av opioider og analgetika og antipyretika med henholdsvis 550 000 og 640 000 brukere. Hypnotika og sedative (450 000 brukere) og antidepressiva (350 000 brukere) var også hyppig brukt i 2020.

Det er en overvekt av kvinner som bruker legemidler mot psykiske lidelser og plager i Norge. For alle legemiddelgruppene var det flere kvinnelige brukere enn menn. Eksempelvis var det nesten 70 prosent flere kvinnelige brukere av analgetika og antipyretika enn mannlige i 2020.

Figur 5-33. Antall brukere av legemidler mot psykiske lidelser per 100 000 fordelt etter legemiddelgrupper i 2020



Kilde: Reseptregisteret

Analysene presentert i vedlegg C viser at det har vært en betydelig vekst i antall brukere for flere av legemiddelgruppene. Dette gjelder spesielt brukere av analgetika og antipyretika, som økte med 440 prosent i perioden 2004-2020. For flere av legemiddelgruppene har det vært et fall i antall brukere fra 2019 til 2020. Analysene viser også at antall brukere er økende med alderen, og for alle legemiddelgruppene er det flest brukere blant de over 75 år.

Analyser presenter i vedlegg C viser også at det har vært en positiv utvikling i antall brukere av legemidler knyttet til psykiske lidelser (per 100 000 innbyggere) i perioden 2016-2020 i tilnærmet alle fylker. Det er betydelig variasjon i antall brukere av legemidler, og antallet er særlig lavt i Oslo. Agder, Innlandet og Vestfold og Telemark har særlig mange brukere. For alle fylkene, med unntak av Oslo, har det vært en vekst i antall brukere justert for befolkningsveksten som står på minst et av de nevnte legemidlene. Veksten har vært særlig stor i Møre og Romstad, Nordland, Rogaland og Vestland.

Tidligere studier har også undersøkt geografiske forskjeller i legemiddelbruk. I folkehelserapporten 2018 kommer det frem at det er store fylkesvise forskjeller i bruk av antidepressiver, og bruken er høyest i Østfold og Oppland. Her er bruken nesten

dobbelt av det i Finnmark og Troms, der andelen er lavest. Det totale bruket av antidepressiver har vært relativt stabilt de siste årene, men andelen som blir behandlet med antidepressiver for angst har økt. Andelen som bruker antidepressiver som behandling er generelt høyere blant kvinner enn menn. 5,9 prosent av kvinner fikk antidepressiva mot depresjon i 2020, og 1,9 prosent fikk antidepressive mot angst. For menn var andelene 3,4 prosent og 1 prosent for henholdsvis depresjon og angst (7). Tidligere forskning har også sett på sammenhengen mellom utdanningsnivå og bruk av legemidler. Eksempelvis finner en nylig publisert studie at lavt utdannede kvinner med depresjon har høyere sannsynlighet for å bli behandlet legemidler enn høyt utdannede kvinner, mens høyt utdannede kvinner har høyere sannsynlighet for å motta samtaleterapi (59).

6. Psykologenes oppfatning av dagens tjenestetilbud

Vår spørreundersøkelse rettet mot psykologer i kommunene og privat sektor viser at det er stor variasjon i hvordan psykologene vurderer dekningen av psykologer rundt omkring i landet. Generelt vurderes dekningen som mangelfull. Respondenter fra Oslo vurderer i større grad at dekningen er god, mens respondenter i Nord-Norge oppgir i større grad at dekningen er dårlig. Innad i Oslo vurderer psykologene i de østlige bydelene dekningen som bedre enn de i vestlige bydeler. Flere peker også på at sosioøkonomiske forhold er av betydning for tilgang til tjenester.

Vi har utarbeidet en spørreundersøkelse med formål om å innhente informasjon om psykologenes vurdering av dekningen knyttet til psykologtjenester, med særlig fokus på det kommunale og private tjenestetilbudet.

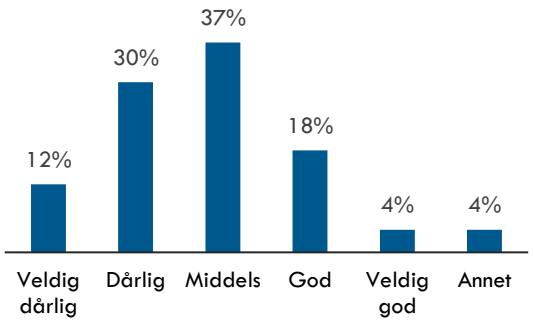
6.1 Kort om spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen ble sendt til alle medlemmene i NPF ved bruk av verktøyet Questback. Invitasjonen til spørreundersøkelsen ble distribuert gjennom NPF. Ansatte i sykehus ble bedt om å ikke delta, da undersøkelsen var rettet mot psykologer i kommunene og i privat sektor. Totalt 517 respondenter besvarte undersøkelsen. Manglende data i NPFs medlemsregister gjør det uklart akkurat hvor mange respondenter som var i målgruppen, og det er derfor krevende å anslå en presis svarprosent for undersøkelsen. Vi anslår at det er i overkant av 400 helprivate psykologer i Norge, mens 179 respondenter i undersøkelsen oppga at de jobbet helprivat (dvs. ikke har offentlig avtale). Det finnes ingen eksakt oversikt over antall kommunepsykologer i Norge, men vi antar at det totalt er snakk om et par hundre kommunepsykologer. Totalt oppga 41 respondenter i undersøkelsen at de var kommunalt eller offentlig ansatt. Øvrige respondenter oppga at de jobbet i «privat praksis med offentlig avtale» (87 respondenter) eller «annet» (36 respondenter). Vi har ikke hatt mulighet til å etterprøve om andre respondenter enn målgruppen har deltatt i i undersøkelsen.. En beskrivelse av psykologene som responderte på undersøkelsen og pasientene disse behandler er presentert i Vedlegg A.

6.2 Psykologenes oppfatning av dagens tjenestetilbud

I undersøkelsen ble psykologene bedt om å vurdere dekningen av psykologer i forhold til befolkningen i kommunen (eller bydelen) de arbeider i.

Figur 6-1. Respondentenes svar på hvordan de vurderer dekningen av psykologer i forhold til befolkningen



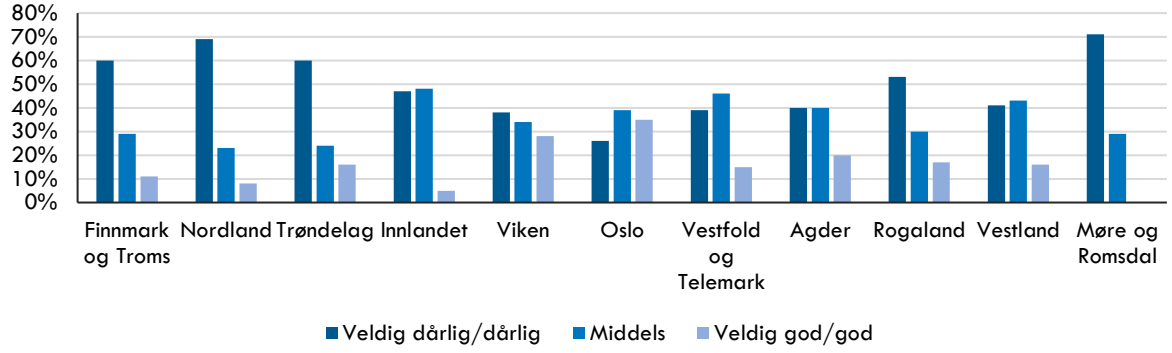
N=510. Spørsmål: Hvordan vurderer du dekningen av psykologer i forhold til befolkningen i kommunen eller der du arbeider?

37 prosent av respondentene vurderer dekningen som middels, mens 42 prosent vurderer dekningen som veldig dårlig eller dårlig. Mindre enn én av fire respondenter oppgir at de vurderer dekningen av psykologer i forhold til befolkningen som god eller veldig god. Av de som svarte «annet» (fire prosent) pekes det på at det er god dekning i enkelt kommuner, men ikke i alle, samt at det er dårlig dekning av offentlige psykologer, men at det er godt dekket med tanke på private psykologer.

6.2.1 Dekning av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på geografi

Vi har undersøkt hvordan respondentene vurderer dekningen av psykologer i forhold til befolkningen der de arbeider fordelt på fylkene som respondentene oppgir å arbeide i. Figur 6-2 viser fordelingen av respondentenes svar.

Figur 6-2. Dekningen av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på fylker

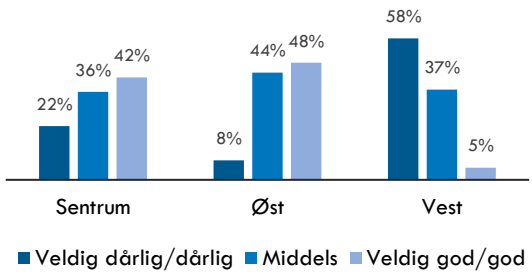


N=513. Finnmark og Troms: N=28. Nordland: N=13. Trøndelag: N=37. Innlandet: N=19. Viken: N=105. Oslo: N=140. Vestfold og Telemark: N=33. Agder: N=15. Rogaland: N=30. Vestland: N=74. Møre og Romsdal: N=14. I enkelte fylker er det et lavt antall respondenter, noe som medfører at svarene i spørreundersøkelsen ikke nødvendigvis er representative og må tolkes med varsomhet.

Resultatene viser at generelt vurderes dekningen som dårlig i de fleste fylker. Det er størst andel (71 prosent) som oppgir at dekningen er dårlig i Møre og Romsdal. Det er også en stor andel som mener dette i Nordland (69 prosent), Finnmark og Troms (60 prosent) og Trøndelag (60 prosent). I Oslo (39 prosent), Vestfold og Telemark (46 prosent) og Vestland (43 prosent) vurderer størst andel av respondentene dekningen som middels. I ingen av fylkene mener flertallet av respondentene at dekningen som god.

Ser man på svarende blant psykologer innad i Oslo er det store forskjeller mellom bydelene (Figur 6-3). I Oslo Vest er det en betydelig større andel som svarer at dekningen av psykologer i forhold til befolkningen er dårlig eller veldig dårlig sammenlignet med de andre bydelene. Både i Sentrum og Oslo Øst svarer flesteparten av respondentene at dekningen er god eller veldig god. Årsaken til disse forskjellene kan i prinsippet både skyldes forskjeller i kapasitet og forskjeller i behov, men trolig er det også ulike forventninger til tjenestetilgang og etterspørsel. Dataene for bruk av psykologer i de ulike bydelene presentert i kapittel 4.6 viser at bruken er langt høyere i sentrumsnære og vestlige bydeler i Oslo. Det er grunn til å tro at mennesker bosatt i disse områdene, som ofte har høyere sosioøkonomisk status enn de bosatt på østkanten, i større grad etterspør og oppsøker psykologer. Slike forhold kan være med på å forklare hvorfor psykologene i enkelte bydeler vurderer dekningen som dårligere sammenlignet med psykologer fra andre bydeler. Det er også verdt å merke seg at langt flere psykologer i Oslo Vest og Sentrum enn i Øst besvarte undersøkelsen (hhv. 39 og 58 mot 19).

Figur 6-3. Dekningen av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på bydeler i Oslo

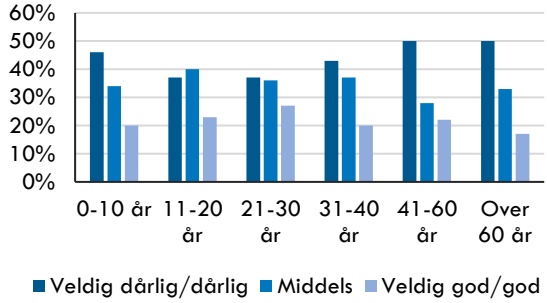


N=116. Sentrum: N=58. Øst: N=19. Vest: N=39.

6.2.2 Dekning av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på aldersgrupper

Vi har undersøkt hvordan respondentene vurderer dekningen av psykologer i forhold til befolkningen sortert etter aldersgruppene som de oppgir at de arbeider mest med (Figur 6-4).

Figur 6-4. Dekningen av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på aldersgrupper



N=501. 1-10 år: N=70. 11-20 år: N=91. 21-30 år: N=134. 31-40 år: N=135. 41-60 år: N=65. Over 60 år: N=6.

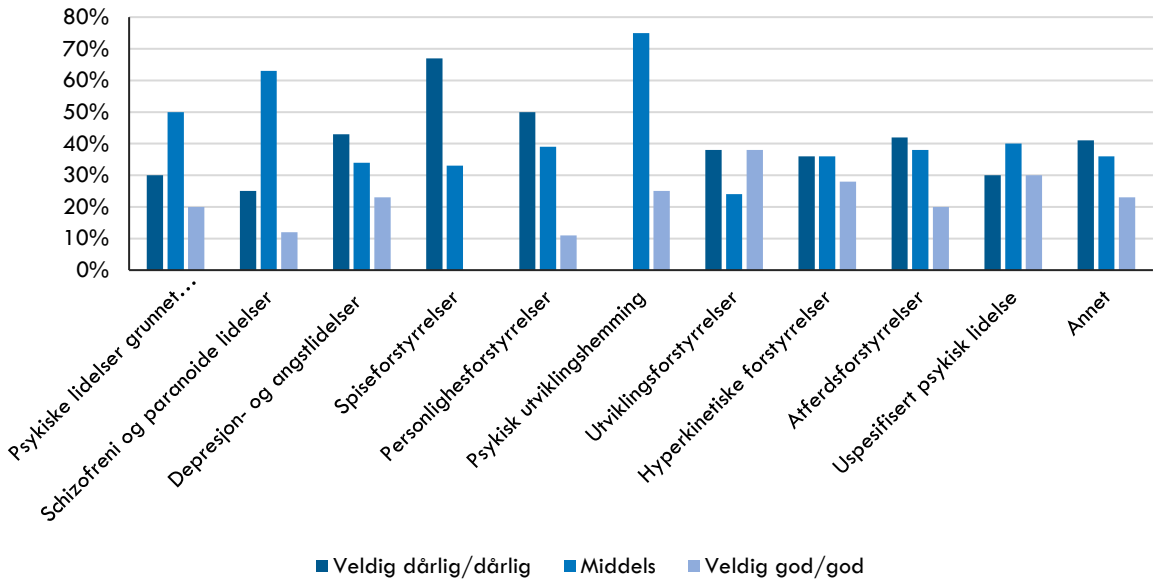
For tilnærmet alle aldersgrupper vurderer størst andel av respondentene dekningen av psykologer som veldig dårlig eller dårlig. Denne andelen er størst for

de aller eldste og de aller yngste, henholdsvis 50 prosent og 46 prosent av respondentene. Kun i aldersgruppen 11-20 år angir flertallet av respondentene at dekningen er middels god (40 prosent). For ingen av aldersgruppene angir størst andel av respondentene at dekningen er god/veldig god. Det er flest som oppgir at dekningen er god/veldig god for aldersgruppen 21-30 år (27 prosent), som indikerer at respondentene samlet sett mener at dekningen er best for denne aldersgruppen.

6.2.3 Dekning av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på diagnosegrupper

Vi har undersøkt hvordan respondentene vurderer dekningen av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på diagnosegruppene de arbeider mest med (Figur 6-5).

Figur 6-5. Dekning av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på diagnosegrupper

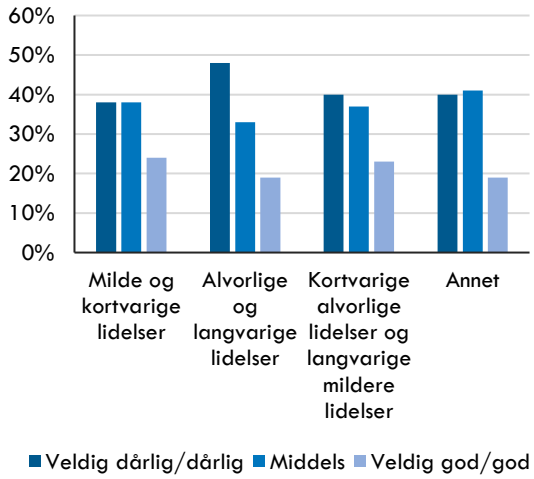


Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk: N=10. Schizofreni og paranoide lidelser: N=8. Depresjon- og angstlidelser: N=319. Spiseforstyrrelser: N=3. Personlighetsforstyrrelser: N=18. Psykisk utviklingshemming: N=4. Utviklingsforstyrrelser: N=8. Hyperkinetiske forstyrrelser: N=11. Atferdsforstyrrelser: N=48. Uspesifisert psykisk lidelse: N=20. Annet: N=44. For enkelte av diagnosegruppene er det et lavt antall respondenter som oppgir å arbeide mest med denne diagnosegruppen. Dette innebærer at svarene ikke nødvendigvis er representative og må tolkes med varsomhet.

For en rekke av kategoriene vurderer flertallet av respondentene dekningen som dårlig/veldig dårlig, herunder diagnosegruppene demenslidelser, depresjon og angstlidelser, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, atferdsforstyrrelser og kategorien annet. Andelen som vurderer dekningen som veldig god/god er størst blant respondentene som arbeider mest med diagnosegruppen utviklingsforstyrrelser. I kategorien *annet* nevnes blant annet familieterapi/samspillsvanger, tilpasningsforstyrrelser, belastninger, traumelidelser, kriser, ROP og utbrenthet.

Respondentenes vurdering av dekning av psykologer i forhold til befolkningen fordelt etter beskrivelsen av pasientens lidelser er presentert i Figur 6-6.

Figur 6-6. Dekningen av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på beskrivelsen av pasientenes lidelser



Milde og kortvarige lidelser: N=324. Alvorlige og langvarige lidelser: N=274. Kortvarige alvorlige lidelser og langvarige mildere lidelser: N=320. Annet: N=83.

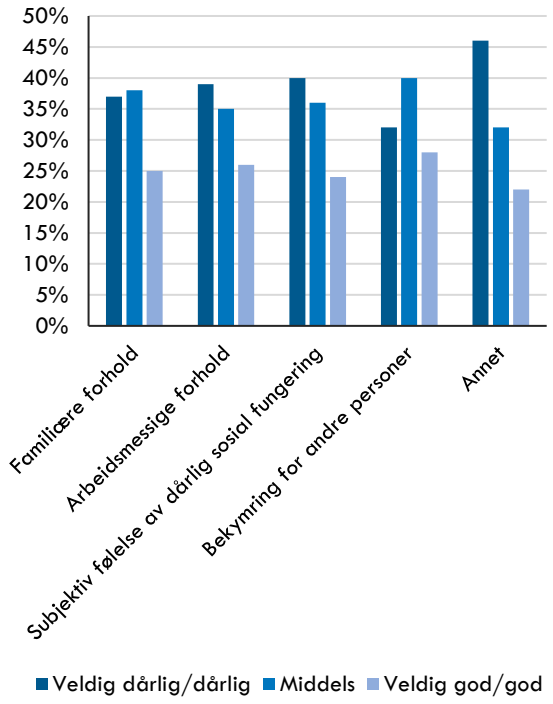
For alle typene beskrivelser av lidelser oppgir en stor andel av respondentene at dekningen av psykologer i forhold til befolkningen er veldig dårlig/dårlig. Andelen er særlig høy blant alvorlige og langvarige lidelser (48 prosent). Kun i kategorien annet oppgir flesteparten at de vurderer dekningen av psykologer som middels (40 prosent). Blant milde og kortvarige lidelser er det like stor andel som vurderer dekningen som veldig dårlig/dårlig og middels (38 prosent).

Blant de som svarer *annet* nevnes det at en del psykiske helseutfordringer ikke tilfredsstiller til noen diagnose. Eksempler som nevnes er relasjonsvansker, arbeidsrelaterte vansker, familieterapi og parterapi, utbrenthet, kartleggingssamtaler, stress, sorg og kriser og forebygging.

6.2.4 Dekningen av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på henvendelsesårsaker

Figur 6-7 viser hvordan respondentenes vurderer dekningen av psykologer i forhold til befolkningen fordelt etter henvendelsesårsaker.

Figur 6-7. Dekningen av psykologer i forhold til befolkningen fordelt på henvendelsesårsaker



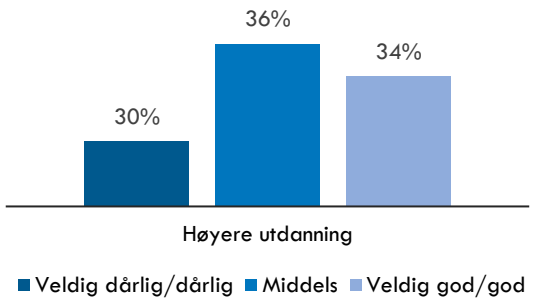
Familiære forhold: N=292. Arbeidsmessige forhold: N=172. Subjektiv følelse av dårlig sosial fungering: N=333. Bekymring for andre personer: N=115. Annet: N=161.

Særlig blant de som oppgir at det oftest er arbeidsmessige forhold eller subjektiv følelse av dårlig sosial fungering som er konsultasjonsårsak for pasienten, oppleves tilgangen til tjenester som dårlig (henholdsvis 39 prosent og 40 prosent). Denne andelen er også særlig stor blant de som svarer kategorien *annet* (46 prosent). Eksempler på årsaker som nevnes her er angst og depresjon, henvisning fra andre (for eksempel barnevern og pårørende), lærevansker, relasjonelle utfordringer, traumer og symptomer. Blant respondentene som oppgir at familiære forhold eller bekymring for andre personer er vanligste konsultasjonsårsak, oppgir størst andel av respondentene at dekningen av psykologer er middels god (henholdsvis 38 prosent og 40 prosent).

6.2.5 Dekningen av psykologer i forhold til befolkningen blant psykologer som primært behandler mennesker med høy utdanning

Videre har vi sett på vurderingen av dekningen av psykologer blant de som i hovedsak behandler pasienter med høyere utdanning (dette er 64 prosent av respondentene) (Figur 6-8).

Figur 6-8. Dekningen av psykologer i forhold til befolkningen blant psykologer som primært behandler mennesker med høyere utdanning



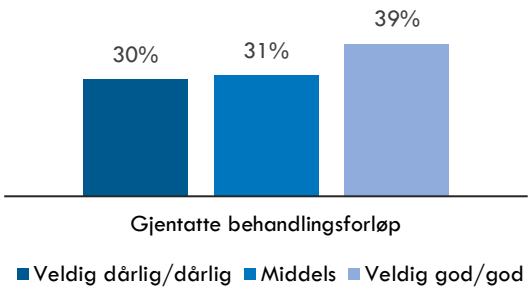
N=314. Merk: Andelene er basert på respondentene som svarer at halvparten, mange eller alle av pasientene har høyere utdanning (dette utgjør 64 prosent).

Flertallet av respondentene vurderer dekningen av psykologer for mennesker med høyere utdanning som middels. Deretter er det en større andel som vurderer dekningen som veldig god/god enn veldig dårlig/dårlig. Når vi undersøker psykologenes vurdering av dekningen av psykologer for mennesker med høyere utdanning, ser vi at det er en høyere andel som vurderer dekningen som middels god og veldig god/god, sammenlignet med vurderingen av dekningen generelt og for andre undergrupper. Dette kan indikere at psykologene vurderer dekningen for mennesker med høyere utdanning som bedre enn for andre grupper. Samtidig er det et lavt antall respondenter som oppgir å ha pasienter med lav sosioøkonomisk status i vår spørreundersøkelse, og svarene kan dermed ikke direkte sammenlignes.

6.2.6 Dekningen av psykologer i forhold til befolkningen for mennesker med gjentatte behandlingsforløp

Vi har undersøkt hvordan respondentene vurderer dekningen av psykologer i forhold til befolkningen for mennesker med gjentatte behandlingsforløp. Figur 6-9 viser respondentenes svar.

Figur 6-9. Dekningen av psykologer i forhold til befolkningen for de med gjentatte behandlingsforløp



N=247. Merk: Andelene er basert på respondentene som svarer at halvparten, mange eller alle av pasientene har gjentatte behandlingsforløp (dette utgjør 49 prosent).

Flertallet av respondentene oppgir at de vurderer dekningen av psykologer for mennesker med gjentatte behandlingsforløp som veldig god/god (39 prosent). Deretter svarer 31 prosent av de vurderer dekningen som middels. 30 prosent oppgir at dekningen er veldig dårlig/dårlig. At det er størst andel som vurderer dekningen som veldig god/god er i motsetning til hvordan psykologene generelt vurderer dekningen av psykologer.

6.3 Vurderinger av forskjeller i tilgang og behandling av ulike grupper

På spørsmål om psykologene mener at det er store forskjeller i tilgangen til psykologtjenester av tilstrekkelig kvalitet, oppgir mange at det er geografiske forskjeller i tjenestetilbudet, som fører til personer med samme typer lidelser opplever ulikt tilbud av behandling i kommunene. Flere trekker frem at det kan være kapasitetsproblemer i kommunene som er årsaken til dette, og at det i enkelte kommuner er lange reiseveier til behandling som forhindrer pasientene i å dra. Dette gjelder for eksempel i Nord-Norge. Mange trekker frem at de opplever at mennesker med lavere sosioøkonomisk status og minoritetsgrupper har dårligere tilgang til psykologtjenester. For eksempel nevnes mennesker uten helseforsikring, og flyktninger med traumelidelser.

Flere av respondentene mener det er utilstrekkelig tilgang til psykologtjenester ved at mange mennesker med behov for hjelp ikke kommer inn til behandling hos spesialisthelsetjenesten, herunder BUP og DPS. I likhet med i kommunene, trekkes det frem av mange at det kan være kapasitet som er problemet. Det er ofte mennesker med milde til moderate psykiske lidelser som avvises i spesialisthelsetjenesten fordi disse er «for friske» til å bli behandlet i spesialisthelsetjenesten. Det er også utilstrekkelig oppfølging som fører til dårlig overgang fra BUP til DPS, som medfører at mange mennesker med behov for helsehjelp «faller mellom to stoler».

Enkelte peker på at det er stor variasjon mellom kommunene i tilgang til psykologhjelp for barn og unge. I noen kommuner er psykisk helse for unge et tydelig fokusområde, og det er ansatt egne psykologstillinger til dette. Andre steder er det mangel på psykologhjelp til barn og unge, for eksempel mangel på psykologer i barnevernet. Dette rammer særlig barn og unge med spiseforstyrrelser. Det trekkes også frem at de aller eldste ikke har noen egen psykologressurs, og at det kun i fåtall av sykehjem er egne psykologer.

Mange av respondentene mener at pasienter med langvarige kroniske lidelser, og alvorlige sammensatte lidelser har et utilstrekkelig tjenestetilbud. Både i primær- og spesialisthelsetjenesten er det generelt korttidstilbud som tilbys, og dette dekker ikke behovene for mennesker med behov for langtidsterapi. Disse opplever dermed utilstrekkelig behandling. Også for mennesker med lidelser som har høy grad av mobilitet er behandling utilstrekkelig. Dette er for eksempel mennesker med ADHD som har høy sannsynlighet for å utvikle andre lidelser, som for eksempel depresjon, men som kun behandles for ADHD og ikke forebyggende for å forhindre utvikling av andre lidelser.

Det opplyses at det er for lite lavterskeltilbud i kommunene og mangel på ambulante team. Det er mange som er «for syke» til å oppsøke hjelp på egen hånd, og flere informanter mener det derfor kan være gunstig med flere oppsøkende team.

Et problem som løftes frem av mange respondenter er at det er lange ventetider i offentlig psykisk helsehjelp, som fører til at mange oppsøker private psykologer. Dette er imidlertid dyrere, og mange mennesker har ikke midler og ressurser, og dermed ikke mulighet til å oppsøke private psykologer. Dette bidrar til å øke forskjellene i tilgang til behandling. Noen trekker frem at det er for få avtalespesialister, og at disse er tungt belastet, blant annet fordi de behandler pasienter over et lengre tidsløp enn behandling i DPS/BUP og primærhelsetjenesten.

Flere respondenter opplyser at det er for lite fagkompetanse i RUS, og for lite muligheter til å øke kompetansen ved for eksempel videreutdanning. Dette gjør at behandlingen til mennesker med rusbruksproblemer er utilstrekkelig og ikke bidrar til å redusere sannsynligheten for tilbakefall.

Vi har også spurt respondentene om deres synspunkt rundt om det er noen grupper psykologer generelt ikke ønsker å behandle. Flertallet av respondentene understreker at de fleste psykologer ikke generelt

ønsker å jobbe mer eller mindre med noen grupper, og at alle pasienter med behov for psykologhjelp behandles.

Det trekkes imidlertid frem at mange av respondentene har inntrykk av at psykologer generelt ønsker å behandle mennesker med lettere psykiske lidelser som angst og depresjon, pasienter som har vilje og ønske om å jobbe med seg selv og sin psykiske helse, samt tilstander med lite komorbiditet. Det trekkes også frem at det kan være enklere å arbeide med barn med psykiske lidelser eller plager som har en stabil omsorgssituasjon, fremfor barn som er i kontakt med barnevernet og som har en ustabil omsorgssituasjon.

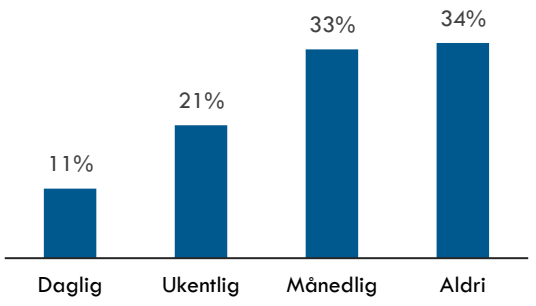
Flere respondenter trekker frem at en del psykologer kan ønske å unngå pasienter som er emosjonelt ustabile, som mennesker med personlighetsforstyrrelser og høy selvmordsrisiko. Dette gjelder også mennesker med plager som krever mer sammensatt og tverrfaglig oppfølging enn øvrige grupper. Enkelte trekker frem at de opplever at det kan være krevende å arbeide med eldre mennesker med psykiske lidelser, mennesker med ME eller mennesker med rusbruksproblemer, men at årsaken til dette ofte kan være mangel på egnet kompetanse.

Mange respondenter opplyser at inntrykket er at psykologer generelt ønsker å behandle mennesker med lidelser som lettere kan gå over. En årsak kan være kapasitetsproblemer blant psykologer, og at pasienter med lettere lidelser krever mindre behandlingstid og dermed tid til å behandle et større antall pasienter. Her er det forskjell mellom ansatte i offentlig og privat psykisk helsetjeneste, og det er særlig psykologer i offentlig helsetjeneste som ønsker å ha kortere behandlingsforløp.

6.4 Tid til pasienter

Vi stilte også spørsmål om hvor ofte respondentene opplever at de har for liten tid til å behandle pasientene på en tilfredsstillende måte. Figur 6-10 viser respondentenes svar.

Figur 6-10. Respondentenes svar på hvor ofte de har for liten tid til å behandle pasientene på en tilfredsstillende måte.



N=480.

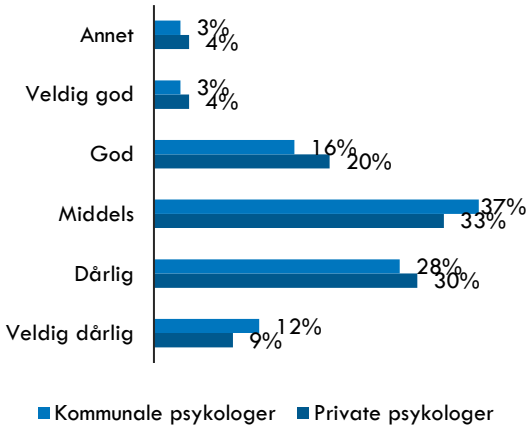
Størst andel av respondentene oppgir at det aldri er for liten tid til å behandle pasientene på en tilfredsstillende måte. Det er imidlertid en nesten like stor andel som mener det er for liten tid månedlig. Om lag én av fem mener det er utilstrekkelig tidskapasitet på ukentlig basis og kun én av ti mener dette gjelder daglig.

Som svar på spørsmål om hvilke grupper dette oppleves oftest med, svarer mange respondenter at dette gjelder mennesker med behov for langvarig oppfølging, for eksempel mennesker med psykose og personlighetsforstyrrelser. Andre trekker frem mennesker som ikke har råd til å betale for behandlingen selv, og som er avhengige av hjelp i det offentlige tjenestetilbudet, eldre på sykehjem og mennesker med sammensatte behov som faller mellom to stoler.

6.5 Forskjeller i private og kommunale psykologers oppfatning av dagens tjenestetilbud

Vi har skilt ut responsen fra private (både med og uten drifstavtale) og kommunale psykologer, for å undersøke om det er systematiske forskjeller i hvordan disse vurderer dekningen av psykologtjenester.

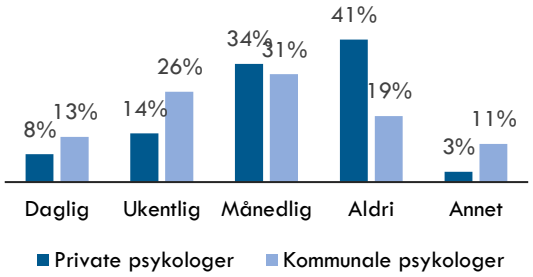
Figur 6-11. Psykologenes vurdering av dekningen av psykologer i forhold til befolkningen.



Private psykologer: N=269. Kommunale psykologer: N=210. Spørsmål: Hvor godt vurderer du dekningen av psykologer i forhold til befolkningen i kommunen(e) (eller bydelen) der du arbeider?

Sammenlignet med kommunale/offentlige psykologer er det en litt større andel blant private psykologer som vurderer dekningen som god/veldig god (24 prosent mot 19 prosent), og en litt mindre andel private enn kommunale som vurderer dekningen som middels (33 mot 37 prosent).

Figur 6-12. Respondentenes svar på hvor ofte de har for liten tid til å behandle pasientene på en tilfredsstillende måte.



Private psykologer: N=279. Kommunale psykologer: N=210. Spørsmål: Hvor ofte opplever du å ha for liten tid til å behandle pasientene på en tilfredsstillende måte?

Sammenlignet med kommunale psykologer, så opplever private psykologer sjeldnere å ha for liten tid til å behandle pasientene på en tilfredsstillende måte. 41 prosent av de private svarer at det aldri er for liten tid, sammenlignet med 19 prosent blant de kommunale/offentlige.

Disse funnene indikerer at psykologene anser tjenestetilbudet blant private psykologer som noe mer tilgjengelig enn blant det kommunale tilbudet. Slik som funn i kapittel 4.5 viser, er det imidlertid forskjeller mellom hvilke pasienter de private og de kommunale psykologene behandler.

7. Diskusjon

Til tross for en betydelig økning i ressursbruk til psykiske helsetjenester de siste årene, er det fortsatt ulik tilgang til tjenester i befolkningen og behandlingstilbudet er mange steder mangelfullt. Vår oppfatning er at dette særlig gjelder i kommunene, blant de med milde psykiske lidelser og for barn og unge. Mangelfulle tjenester gjør at mange pasienter ikke mottar behandling som kunne gitt økt livskvalitet og forhindret utenforskap, noe som har konsekvenser både for den enkelte og samfunnets verdiskapning. Ulik tilgang til tjenester forsterker eksisterende sosioøkonomiske forskjeller i samfunnet, det er blant annet variasjon i hvilke typer pasienter som behandles av private og offentlige psykologer. Samtidig er det grunn til å tro at den underliggende etterspørselen etter offentlig finansierte psykologtjenester er svært høy, og det er derfor behov for å finne et riktig nivå på tjenestetilbudet.

Vår rapport gir oversikt over tilbud og bruk av psykologtjenester i Norge, noe det tidligere har vært lite systematisk oversikt over. Særlig kunnskap om de helprivate psykologene og deres pasienter har det vært manglende kunnskap om. Det er behov for kunnskap om tilbud og bruk av psykologtjenester for å kunne videreutvikle og tilpasse tjenestene slik at de bidrar til likeverdig tilgang til helsehjelp for mennesker med psykiske lidelser, mellom ulike geografiske områder og ulike befolkningsgrupper.

Økt ressursbruk til psykiske helsetjenester

Over de senere årene har det vært fokus på å styrke tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Det har blitt utdannet flere psykologer og antall årsverk for psykologer i helsetjenestene har økt, både i kommunehelsetjenesten, i psykisk helsevern og rusbehandling i spesialisthelsetjenesten og blant privatpraktiserende psykologer med driftsavtale. Det har også vært en sterk vekst i det private tilbudet av psykologtjenester. Samtidig har kommunene også fått økt ansvar for behandling av pasienter med psykiske lidelser, og det er økt behov for koordinering mellom kommuner og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Likevel manglende og svært ulik tilgang til psykisk helsehjelp i kommunene

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven har befolkningen rett til lik tilgang til tjenester av god kvalitet (60). Til tross for at Norge har et bredt tjenestetilbud for mennesker med psykiske lidelser, er det likevel variasjon i tilgangen til psykiske helse- og omsorgstjenester og bruk av disse tjenestene. Variasjonen i tjenestetilbudet er særlig stor i det kommunale tjenestetilbudet. Kommunene har svært ulik innretning av tjenestetilbudet for personer med psykiske lidelser, og det er gjennomgående dårlig tilgang til psykologkompetanse i mange kommuner. I primærhelsetjenesten var det i 2020 ansatt 257 psykologårsverk, altså i snitt 0,7 årsverk per kommune. Tilbudet i mindre kommuner er varierende, og vår oppfatning er at spesielt i mindre kommuner er tilbudet til pasienter med psykiske lidelser mangelfullt.

Riksrevisjonens undersøkelse har vist at en betydelig andel av norske kommuner fortsatt ikke har ansatt psykologkompetanse, på tross av det ble innført krav om dette i 2017. 30 prosent av norske kommuner har ikke oppsøkende tjenester til voksne pasienter med psykiske lidelser, og mer enn halvparten har ikke slike tjenester til barn og unge. Det medfører risiko for at personer som er for syke eller ressurssvake til å oppsøke tjenestene selv, ikke får muligheten til å motta hjelp. I tillegg er det åtte prosent av norske kommuner som ikke har øyeblikkelig døgntilbud til pasienter innenfor psykisk helse og rus, til tross for at de fra og med 2017 er forpliktet til å ha dette. Mange kommuner tilbyr heller ikke oppsøkende psykiske helsetjenester.

Begrenset lavterskeltilbud

De siste årene har det vært et politisk fokus på opprettelse av lavterskeltilbud for behandling av psykiske plager og lidelser i kommunene, for å forebygge utvikling av mer alvorlige lidelser. Rask psykisk helsehjelp er et slik lavterskeltilbud med dokumenterte positive effekter for milde til moderate psykiske lidelser. Foreløpig er det kun et 50-talls kommuner som tilbyr dette. Riksrevisjonen har vist at det i mer enn halvparten av norske kommuner er fastlegene som primært behandler barn og unge med psykiske plager, og påpeker at kommunenes behandlingstilbud for pasienter med psykiske plager og lidelser både er svært varierende og mange steder mangelfullt, særlig for barn og unge.

Mangelfullt tilbud i primærhelsetjenesten medfører trolig økt press på fastlegesystemet

Fastlegene bruker derimot mye av sin tid på oppfølging av personer med psykiske plager, og

antall konsultasjoner for psykiske plager og lidelser hos fastlegene har økt betydelig de siste årene. Det betyr ikke nødvendigvis at flere mottar behandling, men det gjenspeiler at flere oppsøker helsetjenesten med psykisk plager. Våre analyser viser at tjenestebruken hos fastleger er relativt høy i utvalgte fylker, og særlig i fylker der bruken av privatpraktiserende psykologer og psykiatere er relativt lav. I Oslo virker behandlingen i større grad å forekomme hos andre deler av tjenesten enn hos fastlegene. Fastleger kan henvise videre til behandling i spesialisthelsetjenester i de tilfeller det er nødvendig, men mange pasienter avvises i spesialisthelsetjenesten fordi de ikke er «syke nok». I kommuner med mangelfullt behandlingstilbud, overlates dermed ansvaret til fastlegene. Det mangelfulle behandlingstilbudet for denne gruppen i mange kommuner utgjør en betydelig svakhet i tjenestetilbudet. Det medfører at mange pasienter ikke får helsehjelpen de har behov for og det medfører en stor belastning på fastlegesystemet som allerede er presset.

Høy terskel for og variasjon i tilgang til behandling i spesialisthelsetjenesten

Mye tyder på at det også er mange pasienter med behov for behandling av psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten som ikke mottar hjelp eller som må vente for lenge på hjelp. På landsbasis avvises om lag 25 prosent av henvisninger til psykisk helsevern, men avvisningsandelen varierer i stor grad mellom helseregioner og klinikker. I spørreundersøkelsen vår til psykologer svarer mange at det er et mangelfullt behandlingstilbud til pasienter som er «for friske» til å behandles i spesialisthelsetjenesten, og dermed avvises, men som samtidig mangler et lavterskeltilbud eller tilbud i primærhelsetjenesten. Det kan dermed være at variasjoner i avvisningsandeler i spesialisthelsetjenesten skyldes varierende tjenestetilbud i primærhelsetjenesten.

Det er geografiske forskjeller i bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder behandling i somatiske sykehus og bruk av private psykologer og psykiatere med avtale med helseforetakene.

Private psykologer behandler til en viss grad andre pasientgrupper enn kommunale psykologer

Funn fra vår spørreundersøkelse tyder på at det er forskjell mellom hvilke typer pasientgrupper som behandles av kommunale psykologer og privatpraktiserende psykologer, med og uten driftsavtale. Det er lite variasjon i hvilke diagnosegrupper de private og kommunale psykologene behandler. Videre synes det å være slik at de yngste aldersgruppene i mindre grad oppsøker/blir henvist til private psykologer enn kommunale psykologtjenester.

De private psykologene med driftsavtale oppgir å i større grad behandle alvorlige og/eller langvarige lidelser, sammenlignet med kommunale psykologer og helprivate psykologer (private uten driftsavtale). Videre antyder våre funn at helprivate psykologer i større grad behandler befolkningsgrupper med høyere utdanning og i mindre grad befolkningsgrupper med lav sosioøkonomisk status, noe som kan henge sammen med at det er kostnadsfullt å oppsøke private psykologer. I tillegg behandles langtidssykmeldte og uføre pasienter i større grad av private psykologer med driftsavtale enn helprivate psykologer og kommunale psykologer. Det er flere blant de private psykologene (både med og uten driftsavtale) som oppgir å behandle pasienter med gjentatte behandlingsforløp, enn blant de kommunale psykologene.

Tilgang til tjenester påvirker både bruk og etterspørsel, som igjen påvirker tilgangen

Samtidig som behandlingstilbudet til personer med psykiske plager og lidelser har økt betydelig de siste årene, i tråd med økt fokus på psykisk helse og en politisk intensjon om økt behandlingstilbud, kan det virke som om behandlingstilbudet stadig oppleves som dårligere. Det er lite som tyder på at omfanget av psykiske plager og lidelser i befolkningen har økt mer enn behandlingstilbudet, og det er derfor grunn til å tro at tjenestetilbudet i forhold til underliggende sykdom er forbedret over tid.

Tilbud av og etterspørsel etter tjenester henger imidlertid sammen, og vil påvirke hverandre gjensidig. Økt tilgang til tjenester vil øke etterspørselen ved at tilbudet blir mer tilgjengelig. Samtidig vil økt etterspørsel etter psykologtjenester legge press på offentlige helsetjenester om å øke tilbudet, og gi grunnlag for et økt privat marked for psykologtjenester.

Det kan derfor tenkes at tjenestetilbudet i økende grad oppleves som dårlig, fordi etterspørselen øker i takt med, eller i høyere takt enn, tilbudet. I tillegg vil nasjonale føringer og målsetninger påvirke forventningene til tilbudet.

Det er grunn til å tro at den underliggende etterspørselen etter offentlig finansierte psykologtjenester er nær umettelig. Det er derfor viktig å finne et riktig nivå av tjenester. Tilgangen til tjenester bør imidlertid avhenge av pasientens sykdomsbyrde, og ikke av bosted, ressurstilgang eller sosial klasse.

Ulikheter i bruk av tjenester

Forskjeller i bruk av helsetjenester for personer med psykiske lidelser kan i prinsippet tenkes å delvis skyldes underliggende ulikheter i helse, eksempelvis grunnet ulik alderssammensetning eller sosioøkonomisk sammensetning av befolkningen. Flere studier finner at forekomsten av psykiske lidelser varierer av forhold som kjønn, alder og type lidelse. For eksempel er det særlig mange unge som opplever psykiske lidelser, og flere kvinner enn menn. Det er også flere med psykiske lidelser blant de med lavere utdanning. Videre er det variasjon i hvilke typer psykiske lidelser ulike grupper opplever hyppigst. Blant kvinner er det høyest forekomst av angst og depresjon, mens det for menn er vanligst med rusbrukslidelser og ADHD. Blant barn og unge er angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser som depresjon mest utbredt. Det er høy forekomst av psykiske lidelser blant mennesker med innvandrerbakgrunn, og denne gruppen opplever oftest depresjon og PTSD.

De demografiske forskjellene mellom fylker er isolert sett ikke så store at de kan forklare de store ulikhetene i behandling. Antall pasienter i kontakt med fastleger grunnet psykiske lidelser er særlig høyt i Agder, Vestfold og Telemark og Innlandet. Disse kommunene er også blant kommunene som har en relativt høy andel som bruker legemidler mot psykiske lidelser. Motsatt har for eksempel Oslo relativt lavt bruk av fastleger og legemidler, og relativt høyt bruk av private psykologer og avtalespesialister.

Forskjeller i bruk kan også skyldes ulik tilbøyelighet til å oppsøke tjenestene. Bruk av psykologtjenester kan være forbundet med skam og stigma i deler av befolkningen. Dette kan føre til at personer som ville hatt nytte av psykologtjenester lar være å oppsøke hjelp. Det kan også være at pasientene er for syke til å oppsøke tjenestene, eller manglende muligheter til å orientere seg i tjenestetilbudet. Det er imidlertid nærliggende å anta at forskjeller i bruk også til en viss grad skyldes ulik tilgang til tjenester. Både vanskeligheter med å oppsøke tjenestetilbudet og dårlig tilgang vil føre til at personer som har behov for, og som ville hatt nytte av psykologtjenester, ikke får den behandlingen eller hjelpen de burde ha.

Funn fra tidligere utredninger samt innspill fra vår spørreundersøkelse, tyder på at tilgangen til psykologtjenester i dag ikke er tilstrekkelig for å imøtekomme befolkningens behov. Rett under halvparten av psykologene i vår spørreundersøkelse opplever dekningen av psykologer i forhold til befolkningens behov som dårlig eller svært dårlig. Det er altså flere ting som tyder på at tilgangen til psykologtjenester i dag ikke er tilfredsstillende, og dermed at mange ikke får den hjelpen eller behandlingen de burde. Særlig psykologer i Nord-Norge, Trøndelag og Møre og Romsdal vurderer dekningen av psykologer i forhold til befolkningen som særlig dårlig, mens de i Oslo vurderer dekningen som noe bedre.

Årsaker til mangelfullt og ulikt tjenestetilbud

Det er trolig flere årsaker til den store variasjonen i tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Særlig for mindre kommuner er det krevende å tiltrekke seg og rekruttere riktig kompetanse, og interkommunale samarbeid er nødvendig for å få på plass et tjenestetilbud. Ressurssterke kommuner har i større grad kapasitet og evne til å søke på ulike tilskuddsordninger, og mottar derfor mer støtte til å utvikle bedre tjenester. Mindre kommuner er i større grad avhengig av enkeltpersoner og «ildsjeler» for å sikre gode tjenester, noe som bidrar til stor variasjon i tilbudet. Effekten av ulike tjenester og tiltak rettet mot personer med psykiske lidelser er ofte lite dokumenter, og det er manglende kunnskap om hva som faktisk virker. Dette gjør prioriteringsarbeidet på området enda mer krevende. Tilbudet til personer med midlere psykiske lidelser kan bli nedprioritert til fordel for mer akutte og alvorlige hendelser. Det er krevende å dokumentere og måle potensielle effekter av godt forebyggingsarbeid, og effektene utløses langt frem i tid.

Konsekvenser av ulik tilgang

Likhet er i seg selv et viktig mål i den norske helse- og omsorgstjenesten, og ulikhet i tilgang til tjenester av god kvalitet kan ha en rekke negative konsekvenser. I vår spørreundersøkelse fremkommer det at private psykologer i større grad behandler mennesker med høyere utdanning og i mindre grad mennesker med minoritetsbakgrunn og lav sosioøkonomisk status, sammenlignet med kommunale psykologer. Dette er antakelig knyttet til at mennesker med høyere sosioøkonomisk status har råd til å oppsøke private psykologer og slik unngår ventetid eller nedprioritering i den offentlige tjenesten. Ulik tilgang til helsetilbud blant personer med psykiske lidelser kan forsterke sosiale forskjeller, og mangelfull tilgang til tjenester vil typisk gå hardere utover de mindre ressurssterke. Den sosiale ulikheten er spesielt problematisk fordi mindre ressurssterke personer typisk også er mer utsatt for å utvikle helseproblemer, og økonomiske barrierer og manglende evne til å orientere seg i tilbudet kan forsterke forskjellene. Mangelfullt tilbud til personer med mildere psykiske lidelser kan videre innebære at flere utvikler mer alvorlige lidelser på sikt, noe som medfører store samfunnskostnader både i form av økt sykdomsbyrde, økt ressursbruk i helsetjenesten og lavere arbeidsdeltakelse i samfunnet. Mangel på et godt tilbud til personer med psykiske lidelser kan for eksempel bidra til flere reinnleggelser og økte kostnader i helsetjenesten, eller at personer med

utfordringer ikke evner å komme tilbake i arbeidsstyrken.

Variasjonen i tilbudet til personer med psykiske lidelser i kommunene kan ha konsekvenser for den øvrige delen av helsetjenesten. For eksempel kan mangel på tilbud gi økt press på fastlegene, eller øke risikoen for uønsket eller suboptimal legemiddelbruk. Manglende behandlingstilbud for psykiske lidelser medfører risiko for at pasientene i for stor grad medisineres, til tross for at det eksisterer alternative og bedre behandlingstilbud.

Ansatte i tjenestene kan også oppleve det som en belastning dersom tilbudet der de jobber er mangelfullt eller i stor grad avviker fra det som tilbys andre steder. Økt slitasje og belastning på de ansatte i tjenestene vil påvirke mulighetene til å rekruttere og bygge gode tjenester.

Behov for mer kunnskap

Det vil trolig være slik at vi som samfunn får mest igjen for pengene ved å bedre tilbudet til de som har mangelfullt tilbud i dag. For å oppnå dette er det behov for mer informasjon om tilbudet av psykiske tjenester som finnes, og hvordan disse tjenestene brukes. Særlig er det behov for mer kunnskap om de private psykologtjenestene og pasientene som bruker disse. Det er i tillegg relativt begrenset dokumentasjon knyttet til effekten av ulike tiltak innenfor psykiske helsetjenester. Effekten av Rask psykisk helsehjelp er dokumentert gjennom randomiserte forsøk, men mange av tjenestene har begrenset eller ingen dokumentert effekt. Å forstå virkningen av ulike tiltak er viktig for å sikre gode prioriteringer, og det er derfor behov for at man i større grad søker å forstå både kostnader og nytte (dvs. helseeffekt) av ulike tiltak innenfor psykisk helse.

8. Referanser

1. *Gradientutfordringen*. Sosial- og helsedirektoratet. s.l. : Sosial- og helsedirektoratet, 2005. 1.

2. Helsedirektoratet. Statistikk autorisert helsepersonell. *Helsedirektoratet*. [Internett] 2021. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-autorisert-helsepersonell.

3. Nordic Health and Welfare Statistics. Employed health care personnel in health and social services (NACE Q86) per 100 000 by Year, Country and Occupation. *Nordic Health and Welfare Statistics*. [Internett]

4. WHO. Mental health: strengthening our response. *World Health Organization*. [Internett] 2018. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

5. Folkehelseinstituttet. *Psykisk helse i Norge*. Oslo : Folkehelseinstituttet, 2018a.

6. Norsk Helseinformatikk. Psykisk helse. *NHI.no*. [Internett] https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/.

7. Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelserapporten . [Internett] 2018. https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/.

8. Knudsen, Ann Kristin Skrindo, et al. Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2021.

9. C., Kessler R., et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication . *Arch Gen Psychiatry*. 62, 2005, Vol. 6, ss. 593–602.

10. Hellevik, Ottar. The U-shaped age–happiness relationship: real or methodological artifact? *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*. 51, 2017, 1.

11. Jacobi, F, et al. Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults - Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 24, 2015, 4.

12. Wichstrøm, Lars, et al. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012.

13. Brage, Søren og Nossen, Jon Petter. Sykefravær på grunn av psykiske lidelser – utvikling siden 2003. *Arbeid og velferd nr. 2 - 2017*. 2017.

14. Oslo Economics & Frischsenteret. *Psykisk helse og uførhet*. 2020.

15. Folkehelseinstituttet. Målemetoder for psykisk helse. [Internett] 2015. https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/malemetoder-for-psykisk-helse/.

16. Gjesdal, S, et al. GP consultations for common mental disorders and subsequent sickness certification: registerbased study of the employed population in Norway. *Family Practice*. 33, 2016, 6.

17. Helsedirektoratet. Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne. *Helsedirektoratet.no*. [Internett] 2021. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelser-i-psykisk-helsevern-for-voksne.

18. —. Rapport: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker. *Helsedirektoratet*. [Internett] 27 Juni 2019. [Sitert: 5 Januar 2022.] https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker.

19. —. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015*. Oslo : Helsedirektoratet, 2019.

20. Folkehelseinstituttet. *Sykdomsbyrden i Norge 2016 - Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Studi 2016 (GBD 2016)*. Oslo : Folkehelseinstituttet, 2018b.

21. Helsedirektoratet. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker - Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer*. Oslo : Helsedirektoratet, 2015. IS-2264.

22. Finansdepartementet. *R-109 - Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo : Finansdepartementet, 2021. 21/2720-8.

23. Knudsen, A K, et al. Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatr Scanc*. 2013.

24. Dahli, Mina P, et al. Somatic symptoms and associations with common psychological diagnoses: a retrospective cohort study from Norwegian urban general practice. *Family Practice*. 38, 2021, 6.

25. Lien, Lars, Huus, Giite og Morken, Gunnar. Psykisk syke lever kortere. *Tidsskriftet Den Norske Legeforeningen*. 2015.

26. NAV. Arkiv - Sykefraværsstatistikk. *NAV*. [Internett] 25 November 2021. [Sitert: 3 Januar 2022.] https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar/arkiv-sykefravarsstatistikk_kap.

27. Helse- og omsorgsdepartementet. *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Oslo : s.n., 2017.

28. Helsedirektoratet. *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. 2015.

29. Helse- og omsorgsdepartementet. *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. s.l. : Regjeringen, 1998.

30. Arbeids- og inkluderingsdepartementet & helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*. 2007.

31. Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet. *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)*. s.l. : Regjeringen, 2013.

32. Helse- og omsorgsdepartementet. *St. meld. nr. 47. Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. s.l. : Regjeringen, 2009.

33. —. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. 2021.

34. Ekornrud, Trond, Stølan, Solveig Bryne Castberg og Thonstad, Merete. *4 av 5 kommuner med psykolog i helse- og omsorg*. s.l. : Statistisk sentralbyrå, 2021.

35. Riksrevisjonen. *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. s.l. : Riksrevisjonen, 2021.

36. Helsedirektoratet. *Utfordringer med å rekruttere helsepersonell i kommunene*. 2021.

37. SINTEF. *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020*. Trondheim : Helsedirektoratet, 2020.

38. Sintef. *Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2021*. s.l. : Sintef, 2021.

39. Helsedirektoratet. *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. 2014.

40. Rask Psykisk helsehjelp. *NAPHA*. [Internett] 2021. https://www.napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp.

41. Smith, O. R., Alves, D. E. og Knapstad, M. *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Oslo : Folkehelseinstituttet, 2016.

42. M., Knapstad, et al. Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 89, 2020, ss. 90-105.

43. Helsedirektoratet. *Oversikt over kommuner med frisklivssentral*. 2021.

44. Hansen, Mariann Bellika. Familiens hus. *uit.no*. [Internett] 2021. https://uit.no/prosjekter/prosjekt?p_document_id=349396.

45. Fontenehus Norge. Fontenehus Norge. [Internett] 2021. https://www.fontenehus.no/om-oss.

46. Norsk forening for kognitiv terapi. Behandlingstilbud ved psykiske lidelser. [Internett] https://www.kognitiv.no/hjelp-til-deg/behandlingstilbud/.

47. Helsedirektoratet. *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020*. 2018.

48. Helse- og omsorgsdepartementet. *Meld. St. 7. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. 2019.

49. Helsedirektoratet. Ambulant virksomhet i psykisk helsevern voksne (PHV). *Helsedirektoratet*. [Internett] 2021. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten/ambulant-virksomhet-i-psykisk-helsevern-voksne-phv.

50. —. *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2020*. 2020.

51. Strand, Gaute E. ACT- og FACT-team. *NAPHA.no*. [Internett] 2021. https://www.napha.no/content/13921/act--og-fact-team.

52. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen satser på psykisk helse. *regjeringen.no*. [Internett] 2021.

53. Lunde, Elin Skretting og Ramm, Jorunn. *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester - udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd*. s.l. : Statistisk sentralbyrå, 2021.

54. Helsedirektoratet. *Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2020*. 2021.

55. —. Avviste i psykisk helsevern for voksne. *Helsedirektoratet*. [Internett] 2021. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten/avviste-innen-psykisk%20helsevern%20for%20voksne.

56. Barneombudet. *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*. 2020.

57. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument. *Regjeringen.no*. [Internett] 2021. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/.

58. Helsedirektoratet. Ventetider og pasientrettigheter, per måned. [Internett] 2021. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter.

59. Hansen, Anneli Borge, et al. *General practitioners' drug treatment for depression by patients' educational level: registry-based study*. Bergen : Royal College of General Practitioners, 2020.

60. Helse- og omsorgsdepartementet. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. 2021.

61. —. *NOU 2018: 16: Det viktigste først - Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2018.

62. —. *Meld. St. 34 (2015–2016): Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2016.

63. Helsenorge. Psykisk helsehjelp for voksne. [Internett] 2021. [Sitert: 1 Mars 2021.] https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helsehjelp-for-voksne/.

64. Helsedirektoratet. Den gylne regel. [Internett] 2019. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/hovedtall.

65. Storvik, Anne Grete. - Den gylne regel er en politisk bløff. [Internett] 10 Desember 2018. [Sitert: 1 Mars 2021.] https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/12/10/-den-gylne-regel-er-en-politisk-bloff/.

66. Helsedirektoratet. *Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus?* s.l. : Helse Norge, 2020.

67. —. *Distriktspsykiatriske tjenester* . 2017.

68. Forskningsrådet. *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. s.l. : Norges Forskningsråd, 2009.

69. Heiervang, Einar, et al. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* . 2007.

70. Helsetilsynet. *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse* . s.l. : Helsetilsynet, 2019.

71. Helsedirektoratet. Om prioriteringsveilederen. *Helsedirektoratet*. [Internett] 2015. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/om-prioriteringsveilederen.

72. Helse- og omsorgsdepartementet. *Prop. 71 L (2016-2017) Endringer i helselovgivningen*. 2017.

73. Ådnanes, Marian, et al. *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. s.l. : SINTEF, 2021.

74. Helse- og omsorgsdepartementet. *Prop. 71 L (2016-2017) Endringer i helselovgivningen*. s.l. : Regjeringen, 2017.

75. NAV. Mottakere av uføretrygd som andel av befolkmningen *). etter kjønn og alder. Pr. 31.12.2011-2020. Prosent. *NAV*. [Internett] [Sitert: 3 Januar 2022.] https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/tabeller/mottakere-av-uforetrygd-som-andel-av-befolkningen-.etter-kjonn-og-alder.pr.31.12.2011-2020.prosent.ny.

76. —. Arkiv - Sykefraværsstatistikk. *NAV*. [Internett] 25 November 2021. [Sitert: 3 Januar 2022.] https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar/arkiv-sykefravarsstatistikk.

77. —. Diagnoser uføretrygd - Statistikk per 31. desember 2016. *NAV*. [Internett] 3 September 2021. [Sitert: 3 Januar 2022.] https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd.

Vedlegg A: Spørreundersøkelse til psykologer

8.1 Om spørreundersøkelsen

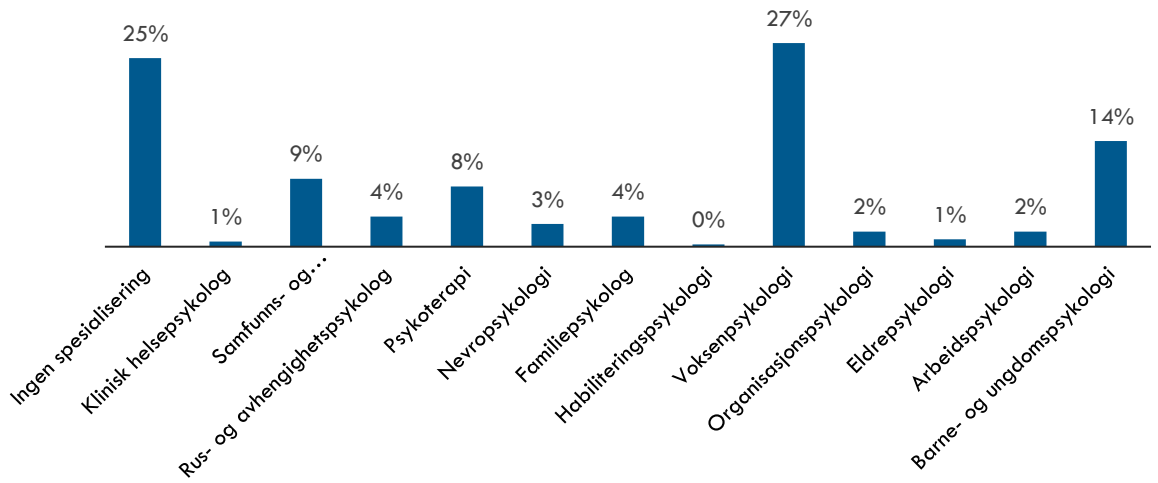
Spørreundersøkelsen ble sendt til alle NPFs medlemmer (om lag 10 000) ved bruk av verktøyet Questback. Invitasjonen til spørreundersøkelsen ble distribuert gjennom NPF. Ansatte i sykehus ble bedt om å ikke delta, da undersøkelsen var rettet mot psykologer i kommunene og i privat sektor. Totalt 517 respondenter besvarte undersøkelsen. Manglende data i NPFs medlemsregister gjør det uklart akkurat hvor mange respondenter som var i målgruppen, og det er derfor krevende å anslå en presis svarprosent for undersøkelsen. Vi anslår at det er i overkant av 400 helprivate psykologer i Norge, mens 179 respondenter i undersøkelsen oppga at de jobbet helprivat (dvs. ikke har offentlig avtale). Det finnes ingen eksakt oversikt over antall kommunepsykologer i Norge, men vi antar at det totalt er snakk om et par hundre kommunepsykologer. Totalt oppga 41 respondenter i undersøkelsen at de var kommunalt eller offentlig ansatt. Øvrige respondenter oppga at de jobbet i «privat praksis med offentlig avtale» (87 respondenter) eller «annet» (36 respondenter). Vi har ikke hatt mulighet til å etterprøve om andre respondenter enn målgruppen har deltatt i undersøkelsen.

Formålet med undersøkelsen var å kartlegge hvem som benytter seg av, samt hvem som tilbyr psykologtjenester i Norge. Videre presenteres spørreundersøkelsen i helhet.

8.2 Om psykologene

Figur 8-1 viser fordelingen av respondentenes spesialiseringer.

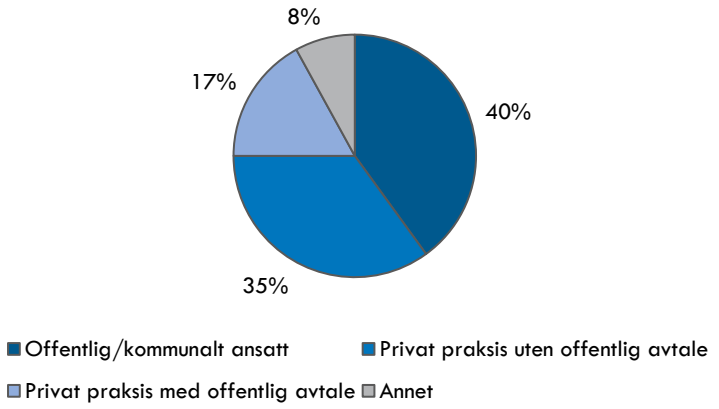
Figur 8-1. Hva slags type spesialisering har du? (Her kan du krysse av for flere spesialiseringer dersom det er tilfellet).



N=585.

Figur 8-2 viser fordelingen av psykologer etter hvilken type avtale de jobber under. I kategorien annet nevnes det blant annet arbeid i bedriftshelsetjenesten, både offentlig og privat, konsulent, PPT, sakkyndig, stiftelse og studentsamskipnad.

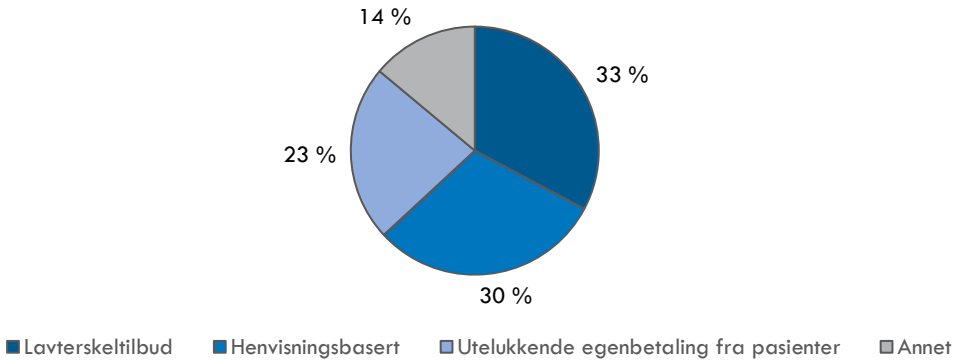
Figur 8-2. Hvilken type avtale jobber du under?



N=511.

Figur 8-3 viser fordelingen av respondentens karakterisering av tilbudet de gir. Kategorien *annet* inkluderer blant annet arbeidsrettet behandling, bedriftsavtale/psykolog, forsikring, henvendelser fra retten/sakkyndig, samfunnsarbeid, lavterskel, PPT og systemarbeid.

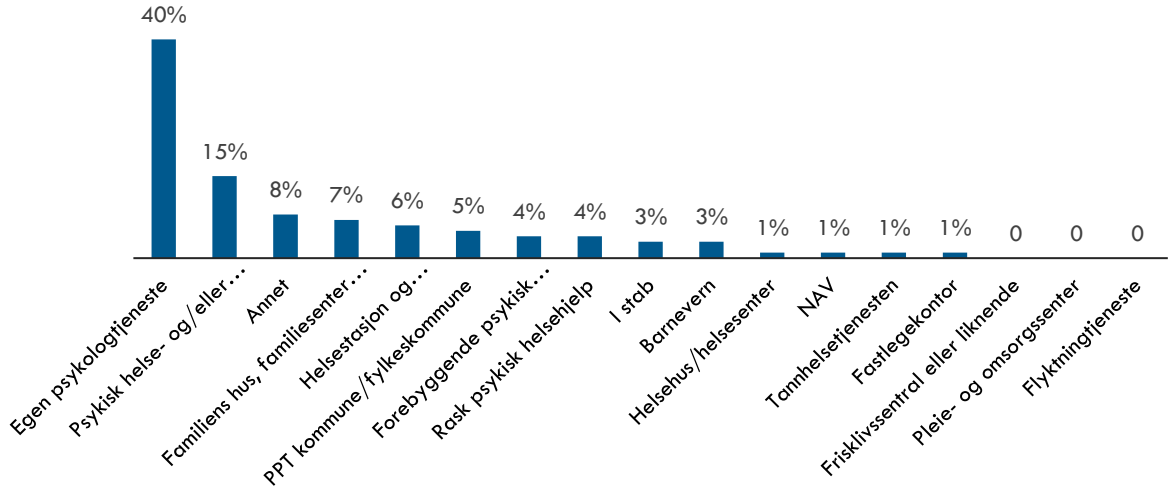
Figur 8-3. Hvordan vil du karakterisere tilgangen til det tilbudet du gir?



N=512.

Figur 8-4 viser hvor respondentene formelt er plassert. Blant kategorien *annet* ble det nevnt rettspsykiatri, bedriftshelsetjeneste, universitet og forskning, privat praksis eller stiftelse og student-/skolepsykolog.

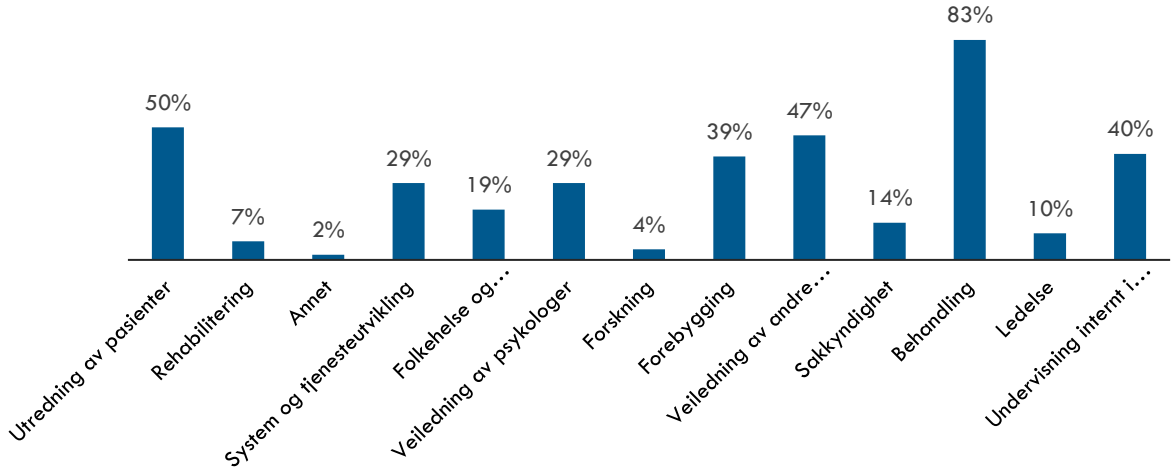
Figur 8-4. Hvor er du formelt plassert? Dersom du jobber flere av disse stedene, legg gjerne inn prosentandel stilling per sted.



N=615.

Figur 8-5 viser fordelingen av hvilke typer arbeidsoppgaver respondentene oppgir å arbeide med. Blant *annet* ble det nevnt foreldreveiledning på vedtak fra barneverntjenesten, behandling av lettere psykiske lidelser, kartlegging av behov hos tunge rusmisbrukere på lavterskeltilbud, kurs, lederutvikling, konsulenttjenester, oppfølging, organisasjonsutvikling, konflikthåndtering, veiledning av fosterforeldre og av helsesykepleiere.

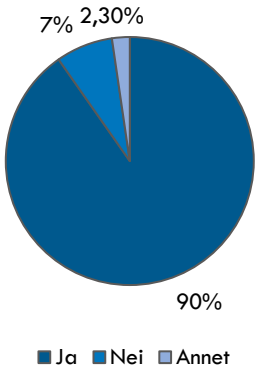
Figur 8-5. Hvilke typer oppgaver har du? Huk av flere alternativer om nødvendig.



N=515.

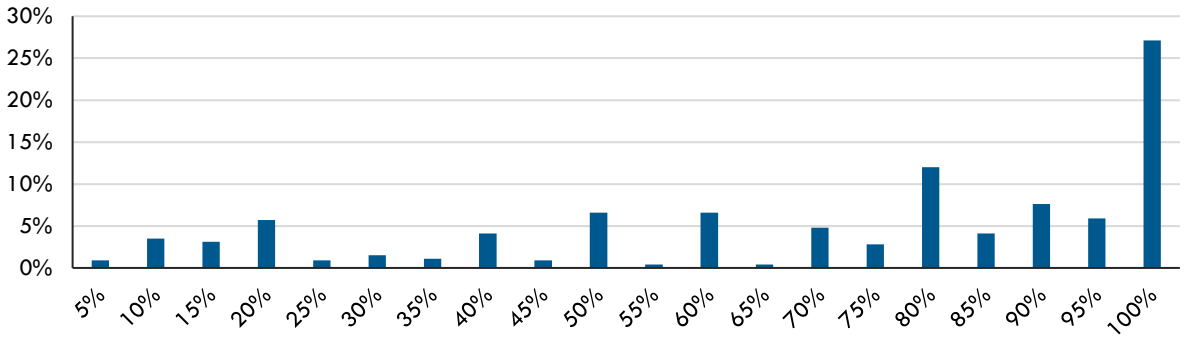
Figur 8-6 viser andelen av respondentene som har direkte pasientrettet arbeid som en del av stillingen.

Figur 8-6. Har du direkte pasientrettet arbeid som en del av stillingen din?



N=512

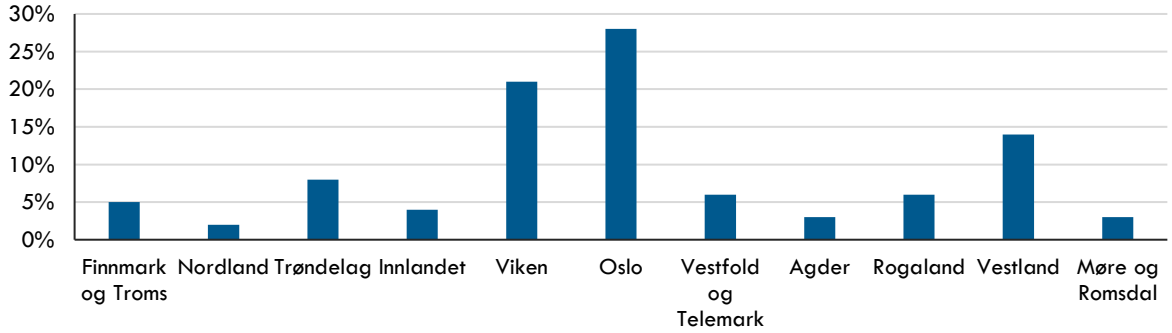
Figur 8-7. Hvis ja, hvor stor andel utgjør pasientrettet arbeid av din stilling?



N=458

Figur 8-8 viser den geografiske fordelingen av respondenter.

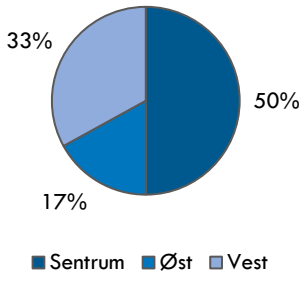
Figur 8-8. Hvor i landet arbeider du?



N= 510.

Figur 8-9 viser fordeling av respondentene i Oslo etter bydel.

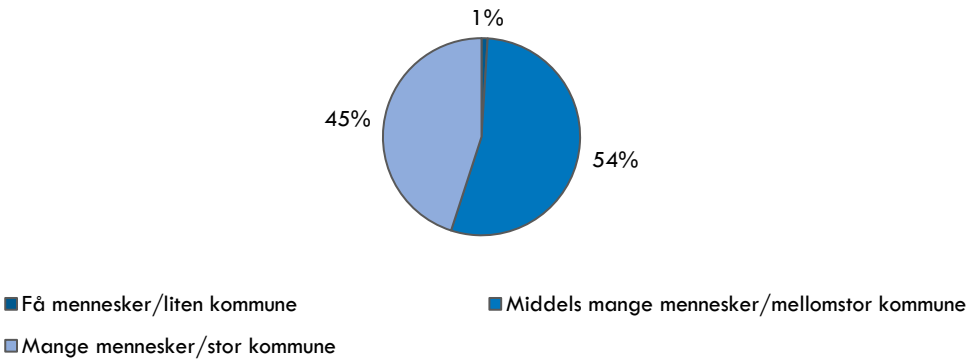
Figur 8-9. Hvor i Oslo arbeider du?



N=118

Figur 8-10 viser respondentenes svart på hvor mange mennesker som bor i kommunen/bydelen de har ansvar for.

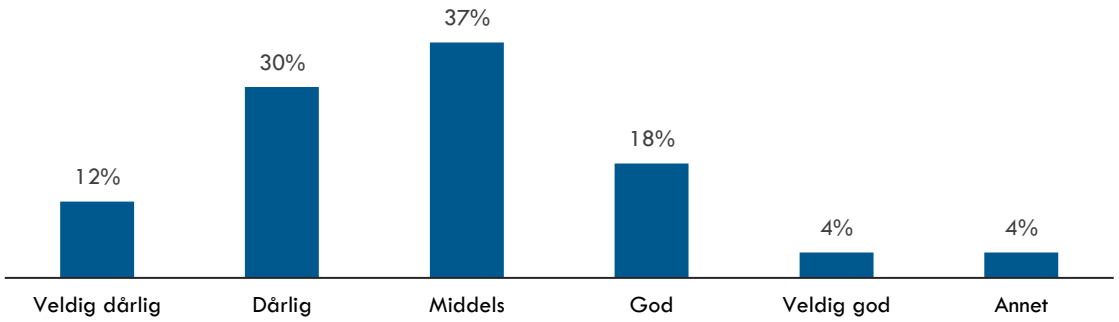
Figur 8-10. Omtrent hvor mange mennesker bor i kommunen(e)/bydelen(e) du har ansvar for?



N=501

Figur 8-11 viser hvordan respondentene vurderer dekningen av psykologer i forhold til befolkningen i kommunen eller bydelen der de arbeider. I kategorien *annet* nevnes det at det er god dekning i enkelt kommuner, men ikke i alle, samt at det er dårlig dekning av offentlige psykologer, men at det er godt dekket med tanke på private psykologer.

Figur 8-11. Hvor godt vurderer du dekningen av psykologer i forhold til befolkningen i kommunen(e) (eller bydelen) der du arbeider?



N=510

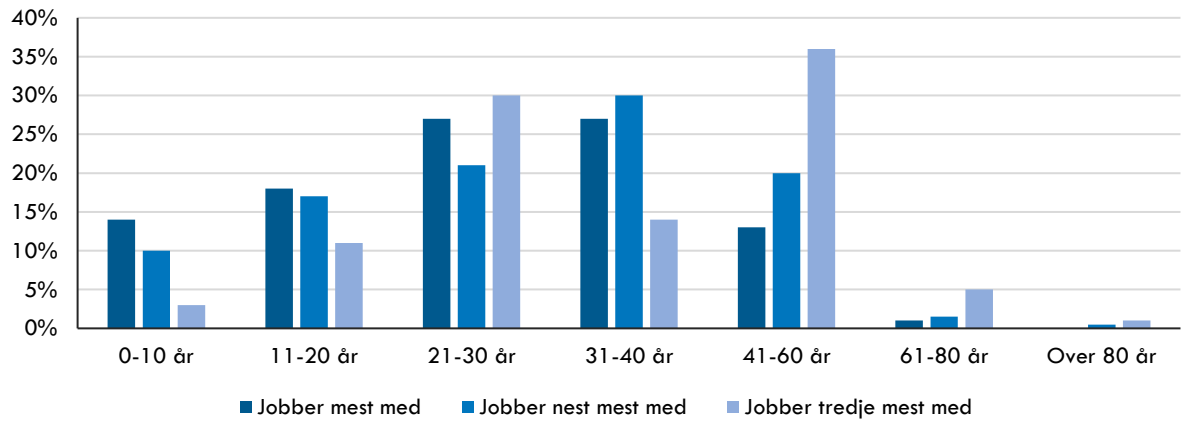
8.3 Pasientkarakteristika

I spørreundersøkelsen undersøker vi karakteristika ved pasientene til respondentene.

Figur 8-12 viser respondentenes fordeling av hvilke tre aldersgruppene de arbeider mest med. Størst andel oppgir å arbeide mest med aldersgruppene 21-30 år og 31-40 år, etterfulgt av 11-20 år og 0-10 år. Størst

andel oppgir å arbeide nest mest med aldersgruppene 31-40 år, etterfulgt av 21-30 år og 41-60 år. Størst andel oppgir å arbeide tredje mest med aldersgruppen 41-60 år, og deretter 21-30 år.

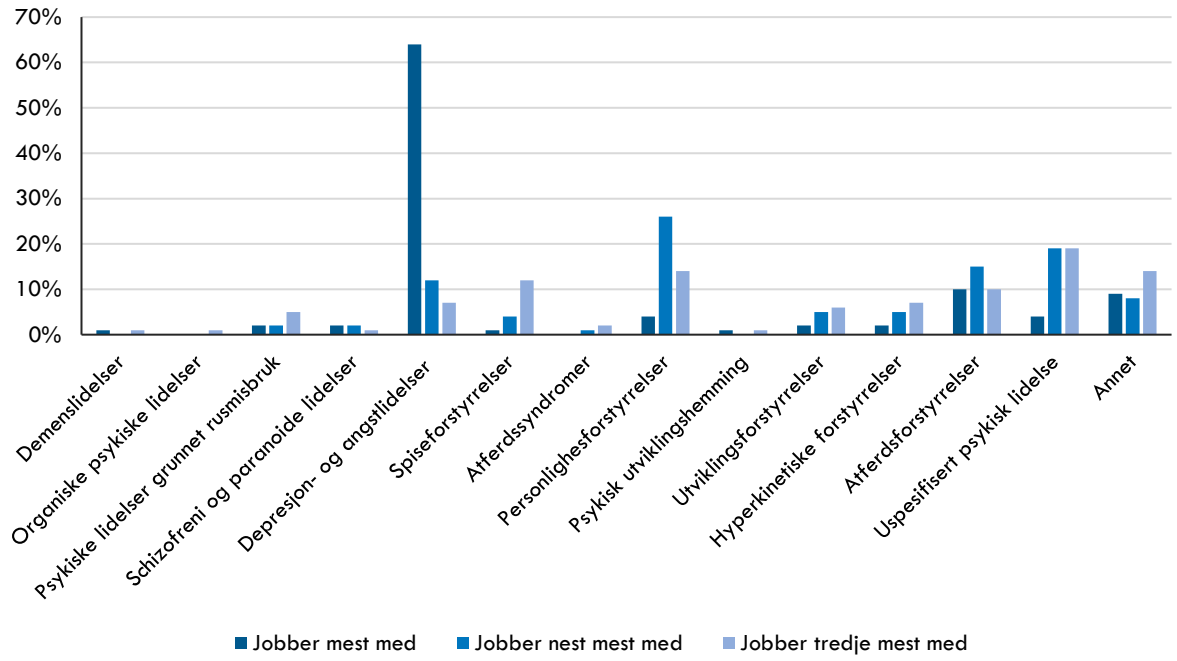
Figur 8-12. Vennligst ranger de tre aldersgruppene du arbeider mest med: Fra 1 til 3, der 1 er den aldersgruppen du arbeider mest med (dersom du kun arbeider innenfor én eller to aldersgrupper trenger du ikke indikere flere)



Jobber mest med: N=504. Jobber nest med: N=473. Jobber tredje mest med: N=384.

Figur 8-13 viser respondentenes fordeling av hvilke tre diagnosegruppene de arbeider mest med. Klart størst andel oppgir å arbeide mest med depresjon- og angstlidelser. Deretter følger atferdsforstyrrelser og kategorien annet. Størst andel oppgir å arbeide nest mest med personlighetsforstyrrelser, etterfulgt av uspesifisert psykisk lidelse og atferdsforstyrrelser. Størst andel oppgir å arbeide tredje mest med uspesifisert psykisk lidelse, annet, spiseforstyrrelser og atferdsforstyrrelser. Blant kategorien annet nevnes lavterskelhjelp og personer som ikke tilfredsstiller til diagnose, utbrenthet, barnevernlov, traumer, selvfølelsesproblematikk, PTSD, parterapi, foreldreveiledning, arbeidsveiledning, livskrise, vold og ROP. Det som går igjen mest innenfor «annet»-kategorien er traumer/PTSD og familie/par-terapi.

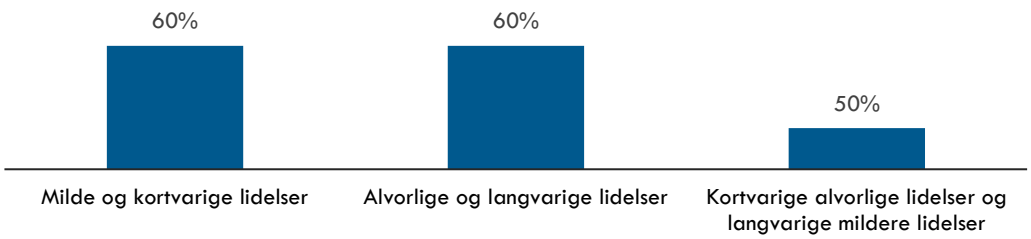
Figur 8-13. Vennligst ranger de tre diagnosegruppene du arbeider mest med: Fra 1 til 3, der 1 er den diagnosegruppen du arbeider mest med (dersom du kun arbeider innenfor én eller to diagnosegrupper trenger du ikke indikere flere)



N=499. Demenslidelser: N=7. Organiske psykiske lidelser: N=4. Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk: N=41. Schizofreni og paranoide lidelser: N=20. Depresjon- og angstlidelser: N=399. Spiseforstyrrelser: N=62. Atferdssyndromer: N=12. Personlighetsforstyrrelser: N=182. Psykisk utviklingshemming: N=11. Utviklingsforstyrrelser: N=49. Hyperkinetiske forstyrrelser: N=58. Atferdsforstyrrelser: N=151. Uspesifisert psykisk lidelse: N=167. Annet: N=128.

Figur 8-14 viser fordelingen av hvilken beskrivelse som best passer for lidelsene til pasientene respondentene mest med.

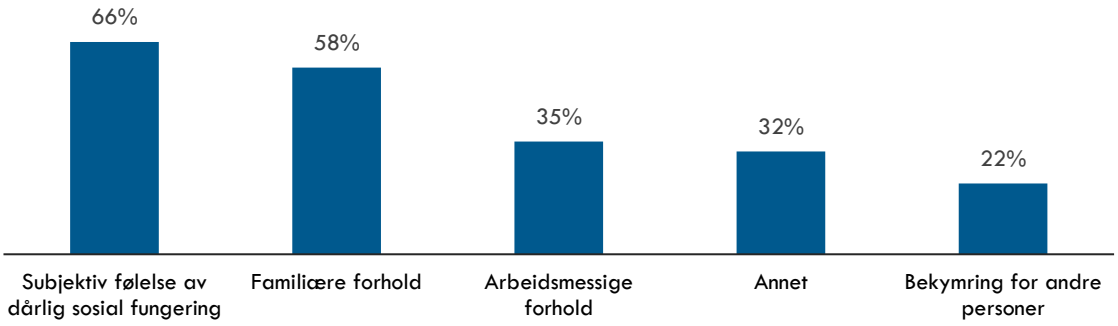
Figur 8-14. Hvilke beskrivelser passer best for lidelsene til pasienter du jobber mest med?



N=517. Respondentene kunne her krysse av for flere alternativer.

Figur 8-15 viser hvordan respondentene beskriver de vanligste årsakene til at brukerne henvender seg til tjenestene deres. Blant kategorien *annet* nevnes angst og depresjon, henvisning fra andre (for eksempel barnevern og pårørende), lærevansker, relasjonelle utfordringer, traumer og symptomer.

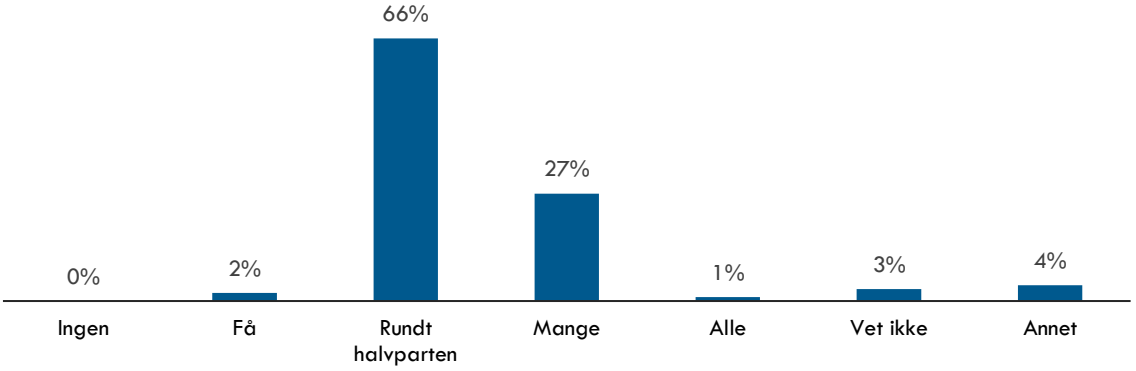
Figur 8-15. Hvordan vil du beskrive de vanligste årsakene til at brukerne henvender seg til dine tjenester?



N=503. Respondentene kunne her krysse av for flere alternativer.

Figur 8-16 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som er kvinner.

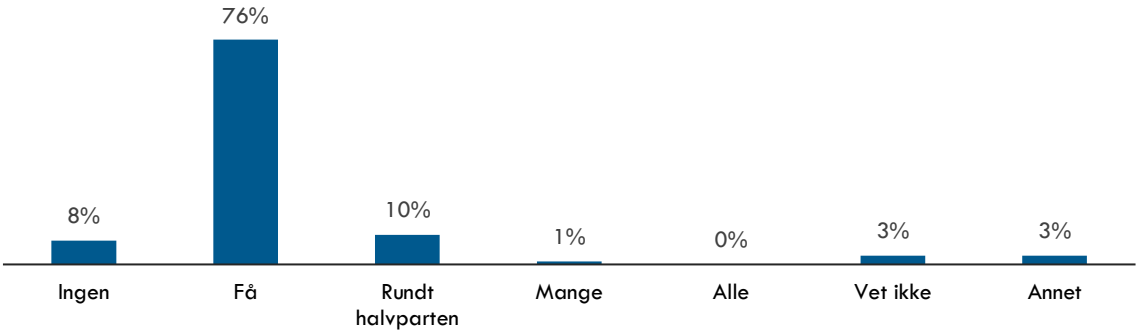
Figur 8-16. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «kvinner»?



N=493.

Figur 8-17 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som har minoritetsbakgrunn.

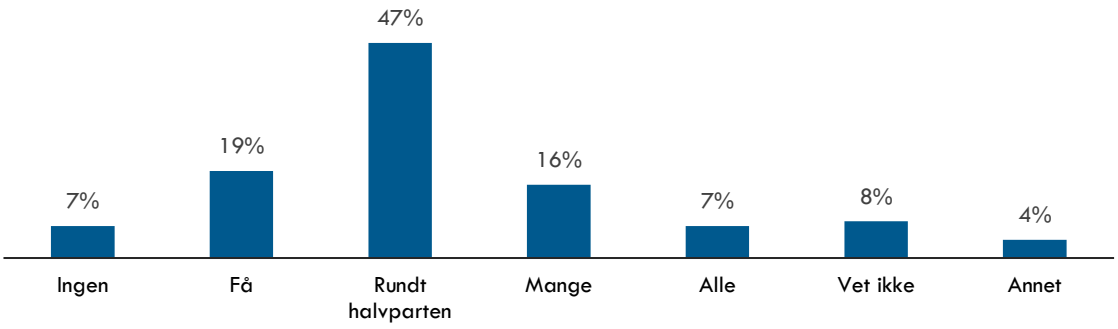
Figur 8-17. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «har minoritetsbakgrunn»?



N=494.

Figur 8-18 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som har høyere utdanning.

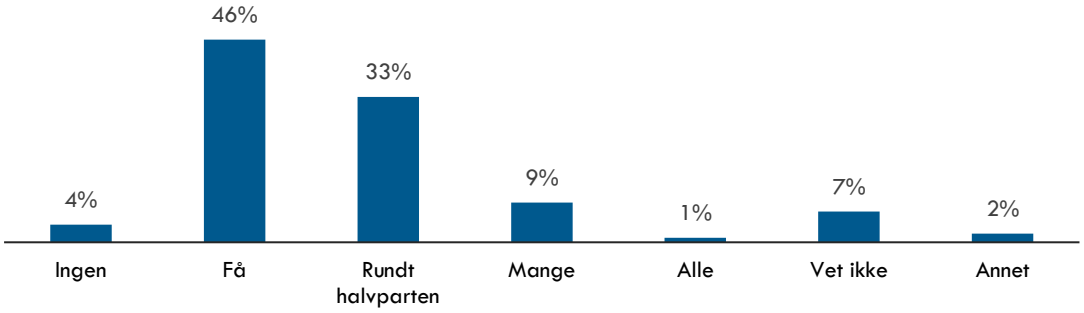
Figur 8-18. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «har høyere utdanning»?



N=489.

Figur 8-19 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som har lav sosioøkonomisk status.

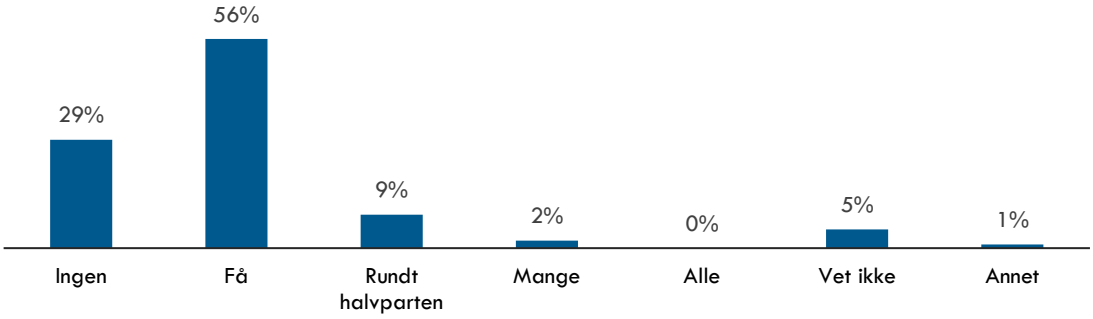
Figur 8-19. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «har lav sosioøkonomisk status»?



N=492.

Figur 8-20 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som har kognitiv funksjonsnedsettelse.

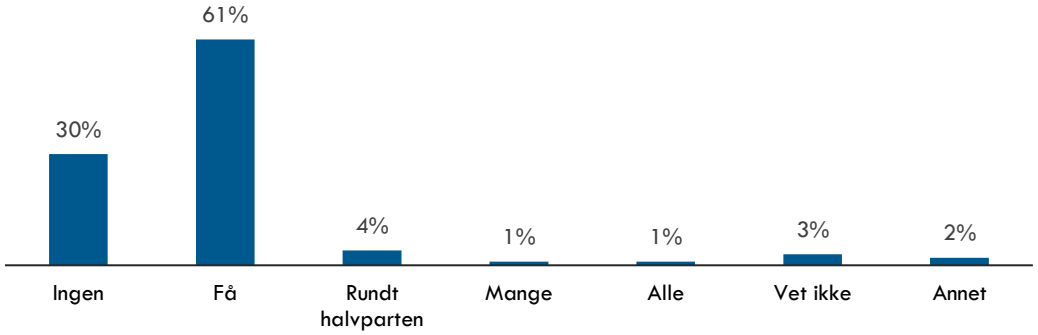
Figur 8-20. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «har kognitiv funksjonsnedsettelse»?



N=495.

Figur 8-21 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som har fysisk funksjonsnedsettelse.

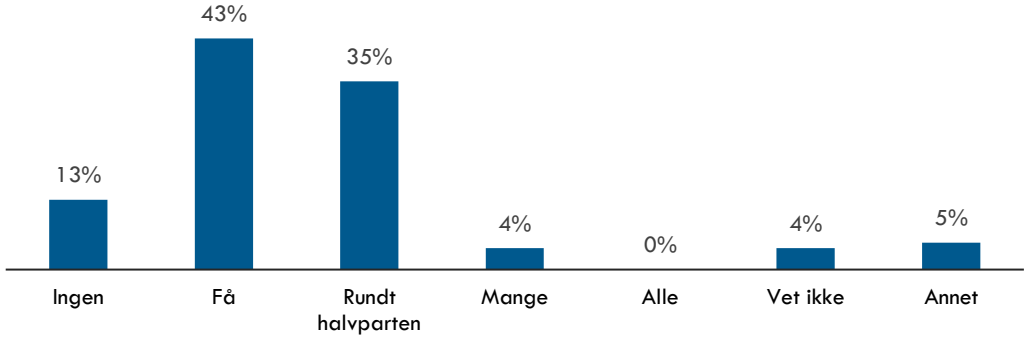
Figur 8-21. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «har fysisk funksjonsnedsettelse»?



N=487.

Figur 8-22 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som er korttidssykmeldt.

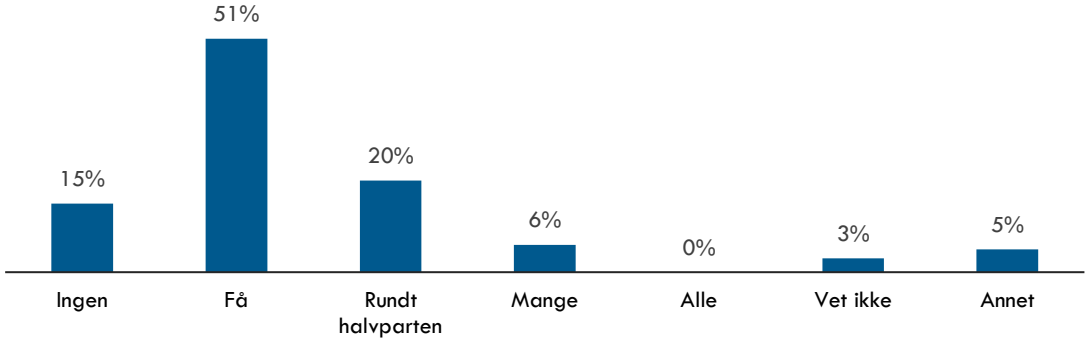
Figur 8-22. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «er korttidssykmeldt»?



N=480.

Figur 8-23 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som er langtidssykmeldte eller uføre.

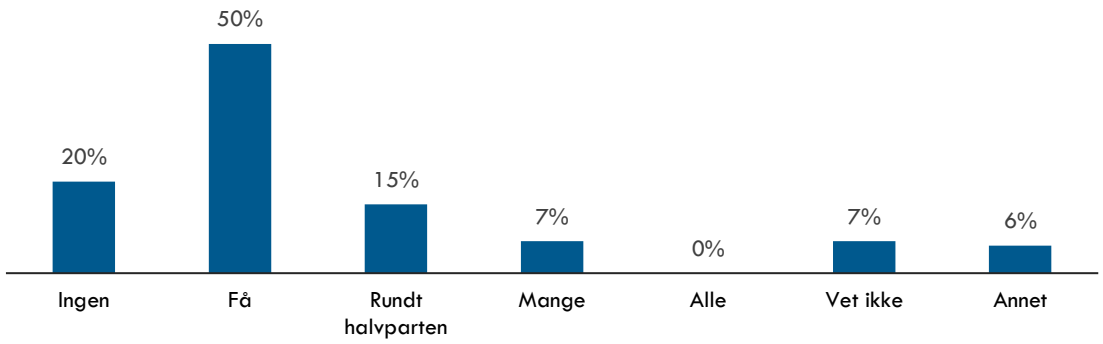
Figur 8-23. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «er langtidssykmeldte eller uføre»?



N=486.

Figur 8-24 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som står uten arbeid som følge av sine psykiske helseplager.

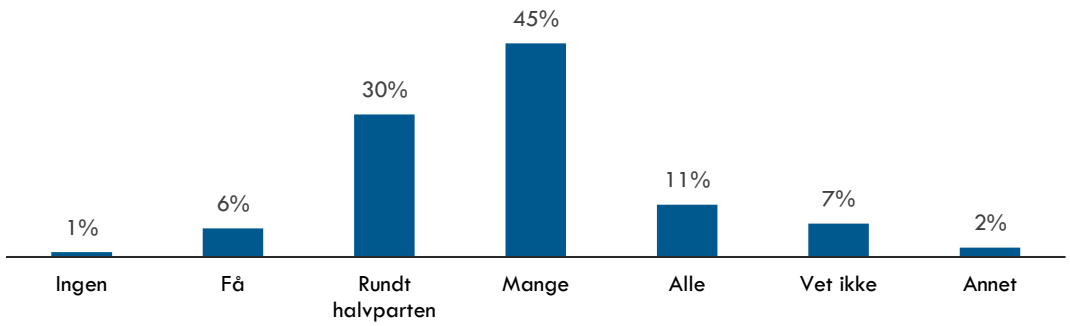
Figur 8-24. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «står uten arbeid som følge av sine psykiske helseplager»?



N=483.

Figur 8-25 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som har kort reisevei til behandling.

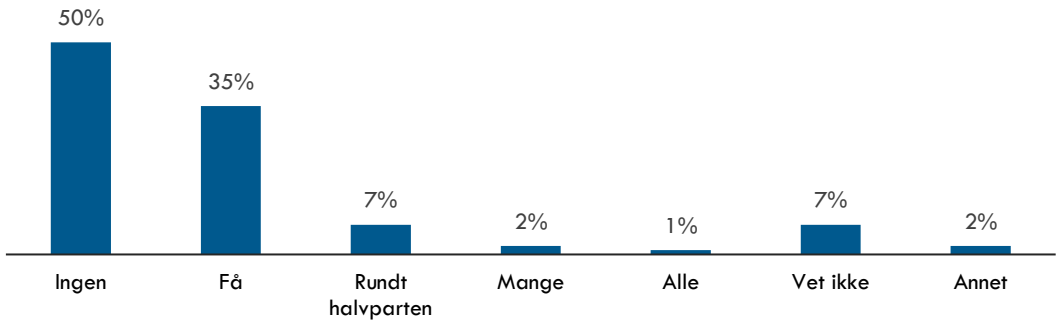
Figur 8-25. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «har kort reisevei til behandling»?



N=492.

Figur 8-26 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som har lang reisevei til behandling.

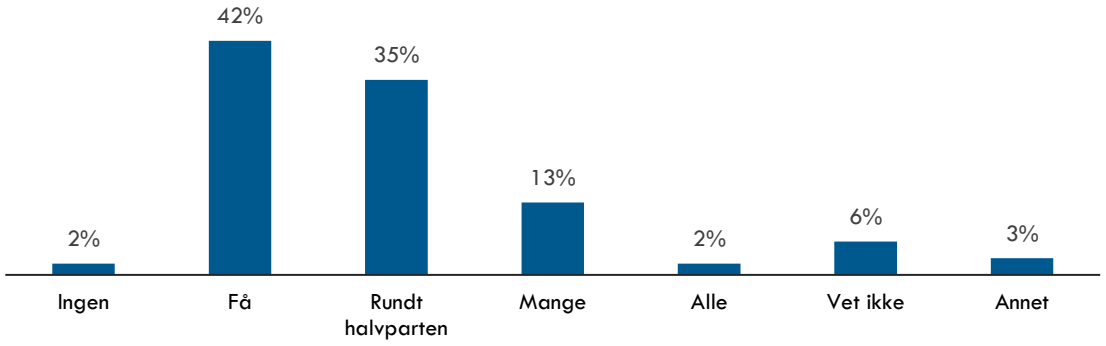
Figur 8-26. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «har lang reisevei til behandling»?



N=486.

Figur 8-27 viser respondentenes svar til hvor stor andel av pasientene som har gjentatte behandlingsforløp.

Figur 8-27. Hvor stor andel av pasientene dine passer i kategorien «har gjentatte behandlingsforløp»?



N=491.

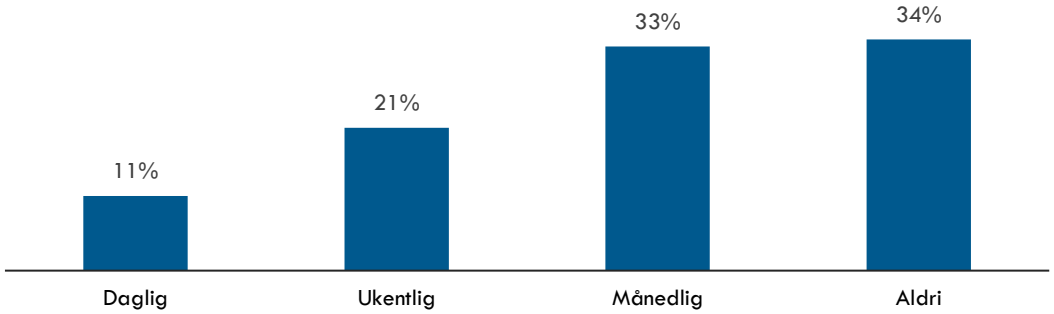
Psykologenes vurderinger

Av spørsmål med fritekstsvar har vi spurt respondentene

- Mener du det er store forskjeller i tilgangen til psykologtjenester av tilstrekkelig kvalitet? Hvis ja, er det noen grupper du mener har et for dårlig tilbud?
- Opplever du at det er noen pasientgrupper eller diagnoser psykologer (generelt) har mer lyst til / ønsker å behandle enn andre diagnoser?
- Er det noen spesielle pasientgrupper du opplever å ha for liten tid til å behandle på en tilfredsstillende måte?

Respondentenes svar på alle fritekstspørsmålene står beskrevet i avsnitt 6.3.

Figur 8-28. Hvor ofte opplever du å ha for liten tid til å behandle pasientene på en tilfredsstillende måte?



N=480.

Vedlegg B: Data fra Norsk Pasientregister (somatiske sykehus)

I det følgende presenteres diagnosespesifikke data fra Norsk Pasientregister (NPR). Antall pasienter med psykiske lidelser i kontakt med somatiske sykehus er i det følgende fordelt etter kjønn og alder.

Figur 8-29. Antall pasienter i 2019 og 2020 fordelt etter diagnosegruppe

Diagnosegruppe	2019			2020		
	Kvinne	Mann	Sum	Kvinne	Mann	Sum
Alle psykiske diagnoser (F00-F99)	19 627	22 639	42 266	18 518	20 980	39 498
Demenslidelser (F01-F03)	1 261	1 297	2 558	1 259	1 265	2 524
Organiske psykiske lidelser (unntatt demens) (F04-F09)	2 937	2 741	5 678	2 751	2 579	5 330
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk (F10-F19)	3 110	5 801	8 911	2 872	5 492	8 364
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F20-F29)	225	283	508	216	273	489
Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser (F30-F48)	4 370	2 041	6 411	4 312	1 954	6 266
Spiseforstyrrelser (F50)	615	98	713	788	111	899
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F51-59)	836	616	1 452	829	533	1 362
Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)	958	990	1 948	183	102	285
Psykisk utviklingshemming (F70-F79)	1 915	2 506	4 421	1 990	2 665	4 655
Utviklingsforstyrrelser (F80-F88)	1 570	3 634	5 204	1 480	3 514	4 994
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	381	827	1 208	435	863	1 298
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F91-F98)	1 514	2 767	4 281	1 526	2 704	4 230
Uspesifisert psykisk lidelse (F99)	73	30	103	62	27	89

Kilde: Norsk pasientregister

Figur 8-30. Antall pasienter i 2019 fordelt etter diagnosegruppe per 100 000 innbygger, fordelt på aldersgrupper

Diagnosegruppe	Aldersgruppe								
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	80 +
Alle psykiske diagnoser (F00-F99)	790	1180	840	590	500	510	570	1160	2070
Demenslidelser (F01-F03)	0	0	0	0	0	10	60	260	580
Organiske psykiske lidelser (unntatt demens) (F04-F09)	0	10	20	20	30	60	150	480	960
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk (F10-F19)	0	210	270	200	180	200	180	100	50
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F20-F29)	0	10	10	10	10	10	10	10	10
Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser (F30-F48)	300	110	140	170	150	130	90	120	140
Spiseforstyrrelser (F50)	0	50	30	10	10	10	0	0	0
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F51-59)	100	20	50	40	30	30	30	10	10
Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)	0	110	110	30	20	10	0	0	0
Psykisk utviklingshemming (F70-F79)	900	230	130	70	50	50	30	10	0
Utviklingsforstyrrelser (F80-F88)	350	260	100	30	10	10	0	0	0
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	600	90	10	10	0	0	0	0	0
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F91-F98)	330	260	20	10	10	10	0	0	0
Uspesifisert psykisk lidelse (F99)	0	20	3	3	3	2	2	0	0

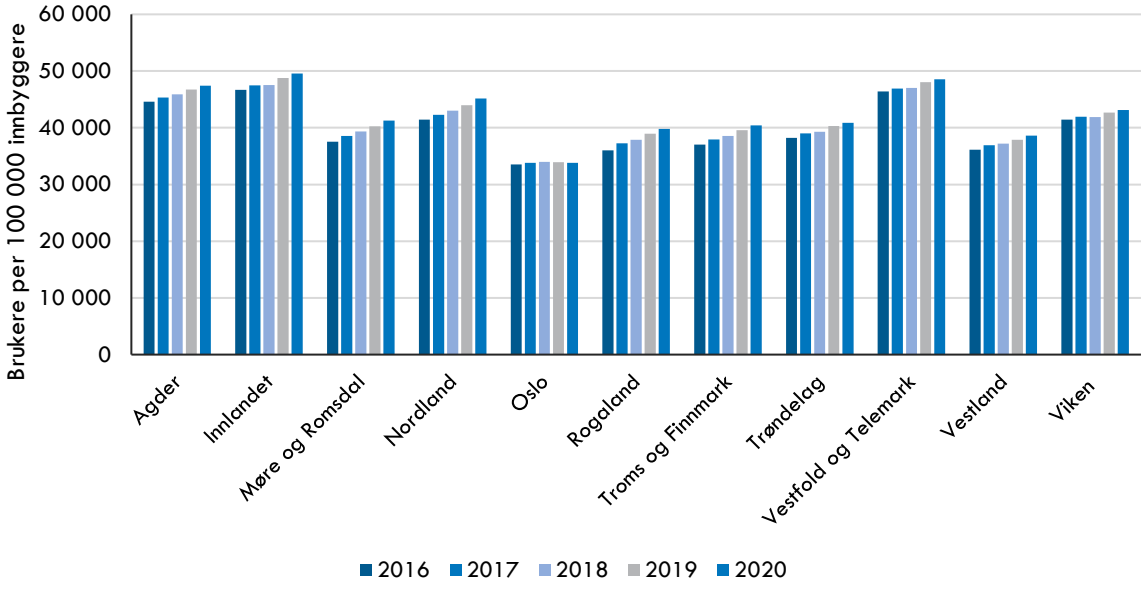
Kilde: Norsk pasientregister

Vedlegg C: Data fra Reseptregisteret (legemiddelbruk)

I det følgene presenteres statistikk for legemiddelbruken i Norge basert på data fra Reseptregisteret for utvalgte grupper av legemidler.

8.4 Legemiddelbruk fordelt etter fylker

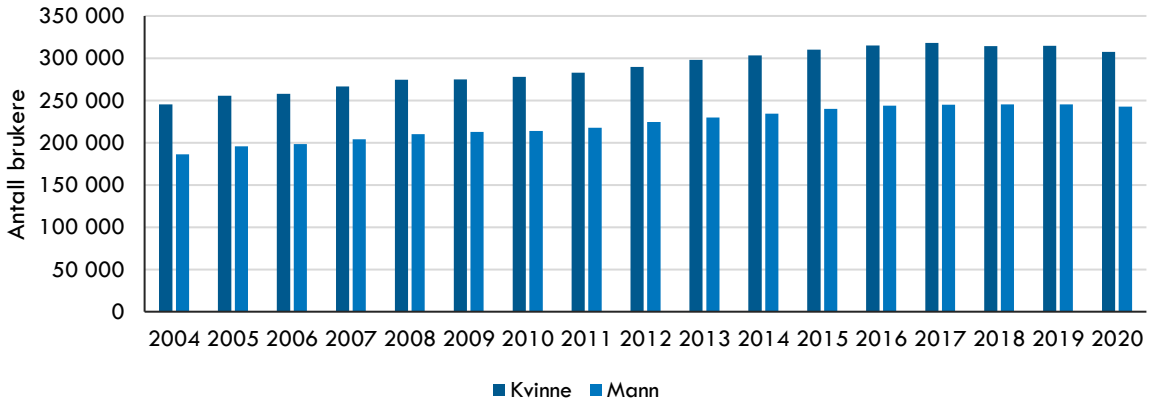
Figur 8-31. Antall brukere av legemidler knyttet til psykiske lidelser* per 100 000 innbyggere, fordelt på fylker

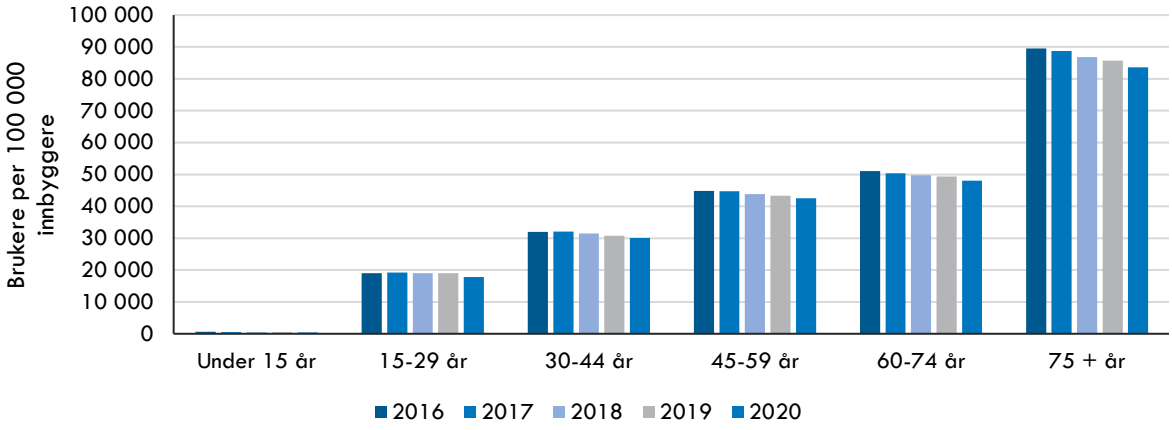


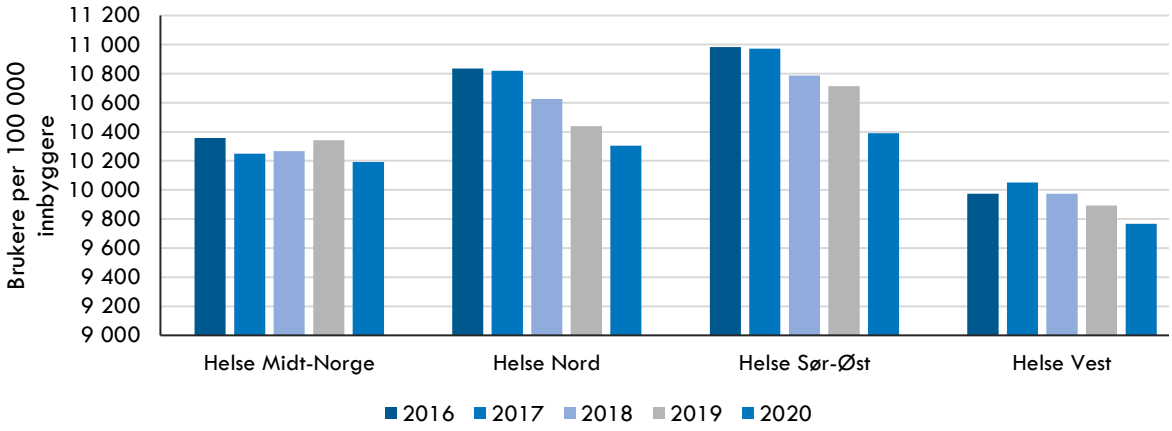
Kilde: Reseptregisteret. Figuren viser unike brukere av ett eller flere av følgende legemidler: Opioider (N02A), andre analgetika og antipyretika (N02B), anxiolytika (N05B), hypnotika og sedative (N05C), antidepressiva (N06A), midler mot demens (N06D)

8.5 Opioider (N02A)

Figur 8-32. Bruk av opioider i Norge i perioden 2004-2020

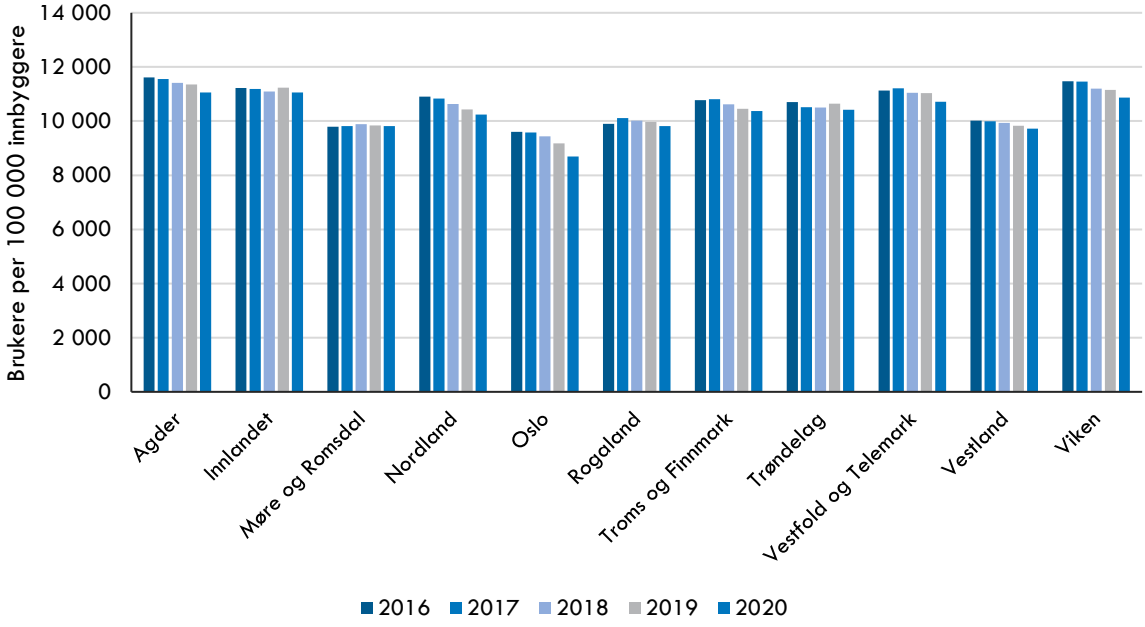






Kilde: Reseptregisteret

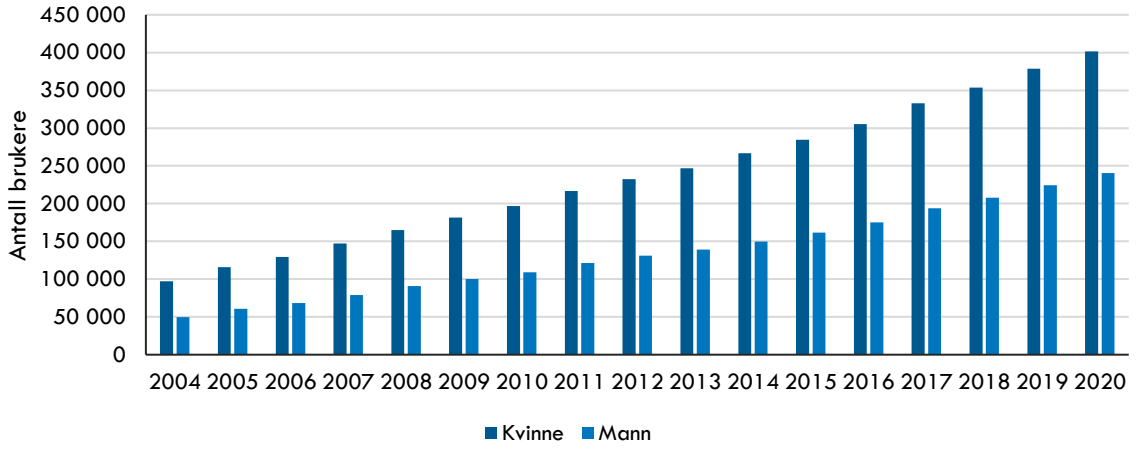
Figur 8-33. Antall brukere av opioider per 100 000 innbyggere, fordelt på fylker

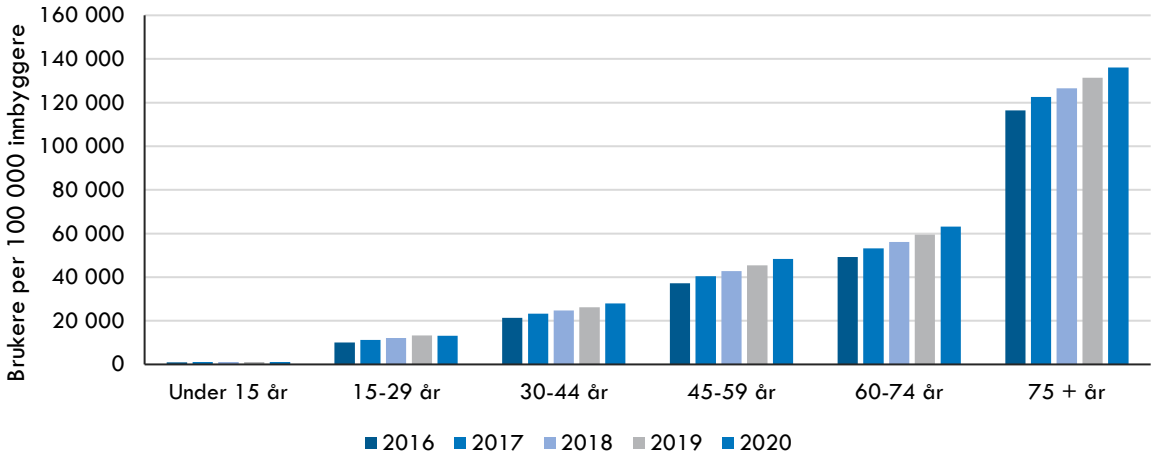


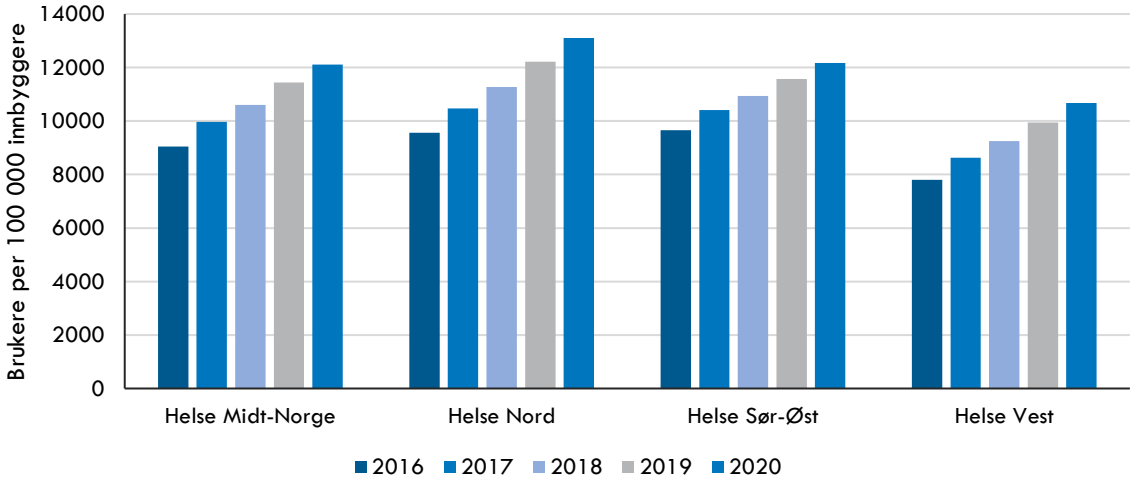
Kilde: Reseptregisteret

8.6 Andre analgetika og antipyretika (N02B)

Figur 8-34. Bruk av andre analgetika og antipyretika i Norge i perioden 2004-2020

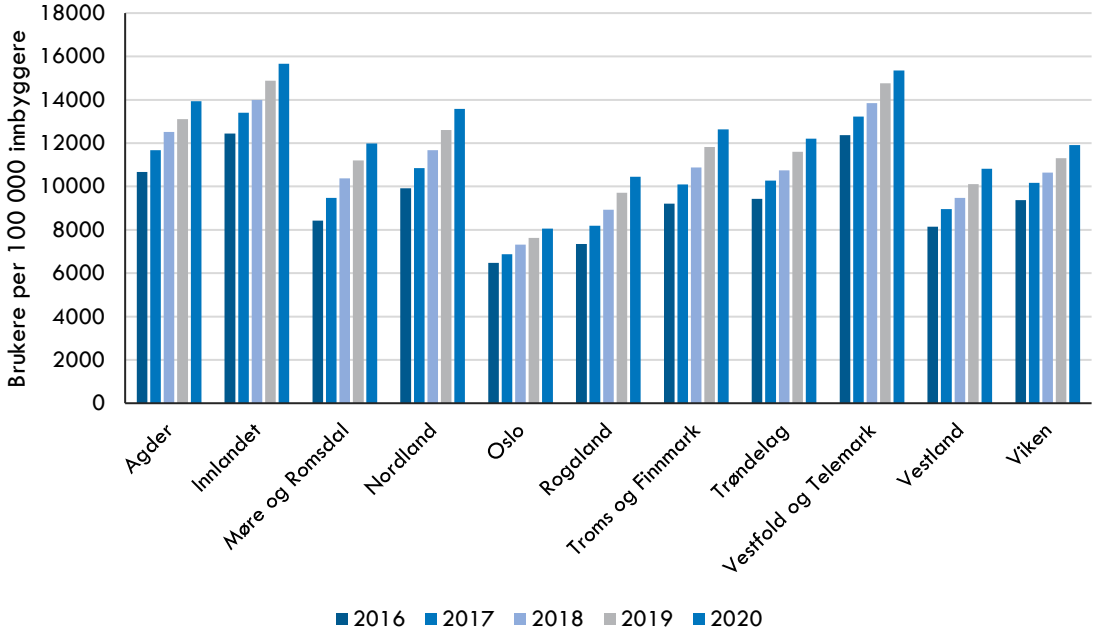






Kilde: Reseptregisteret

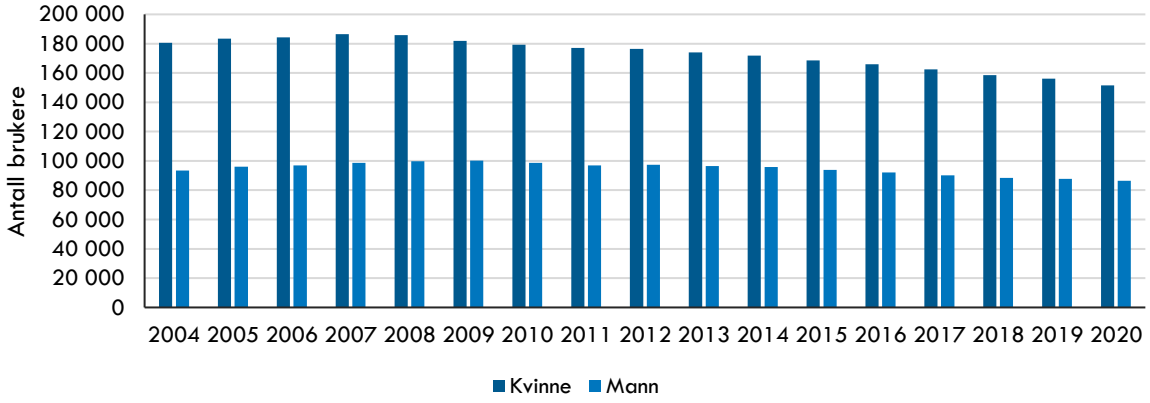
Figur 8-35. Antall brukere av andre analgetika og antipyretika per 100 000 innbyggere, fordelt på fylker

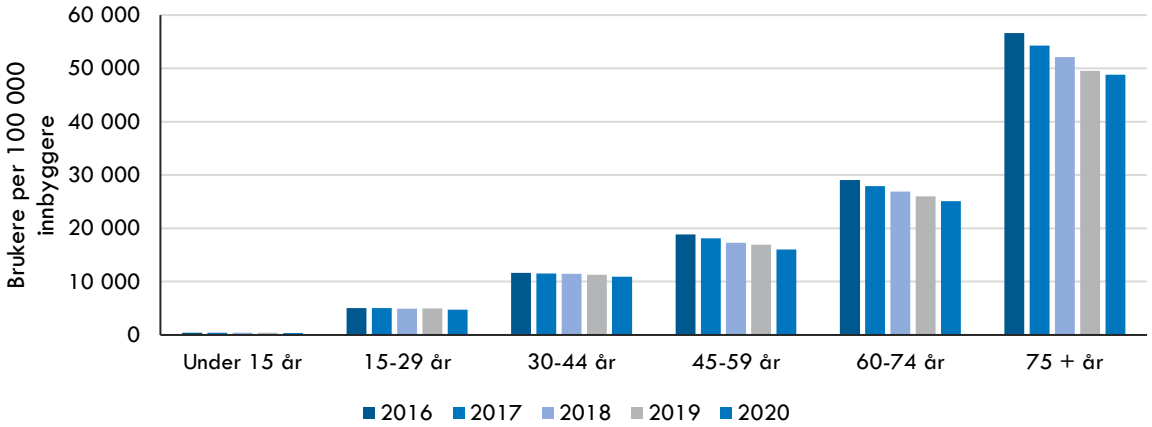


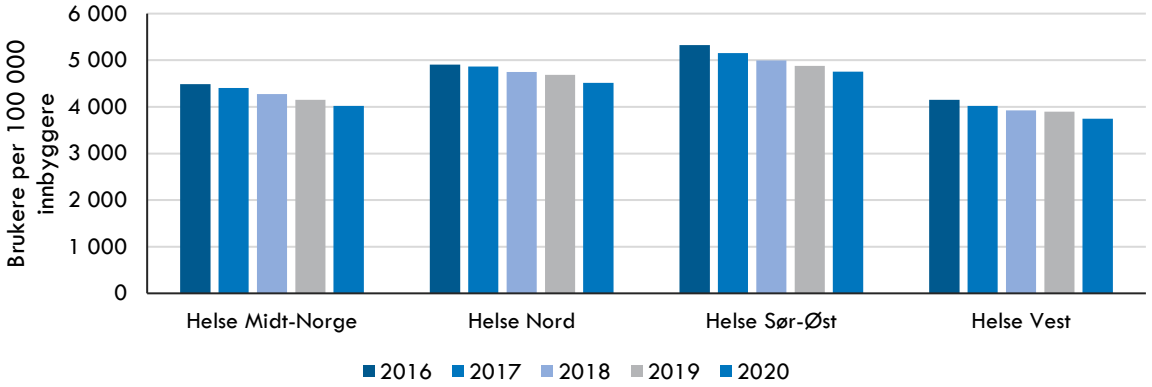
Kilde: Reseptregisteret

8.7 Anxiolytika (N05B)

Figur 8-36. Bruk av anxiolytika i Norge i perioden 2004-2020

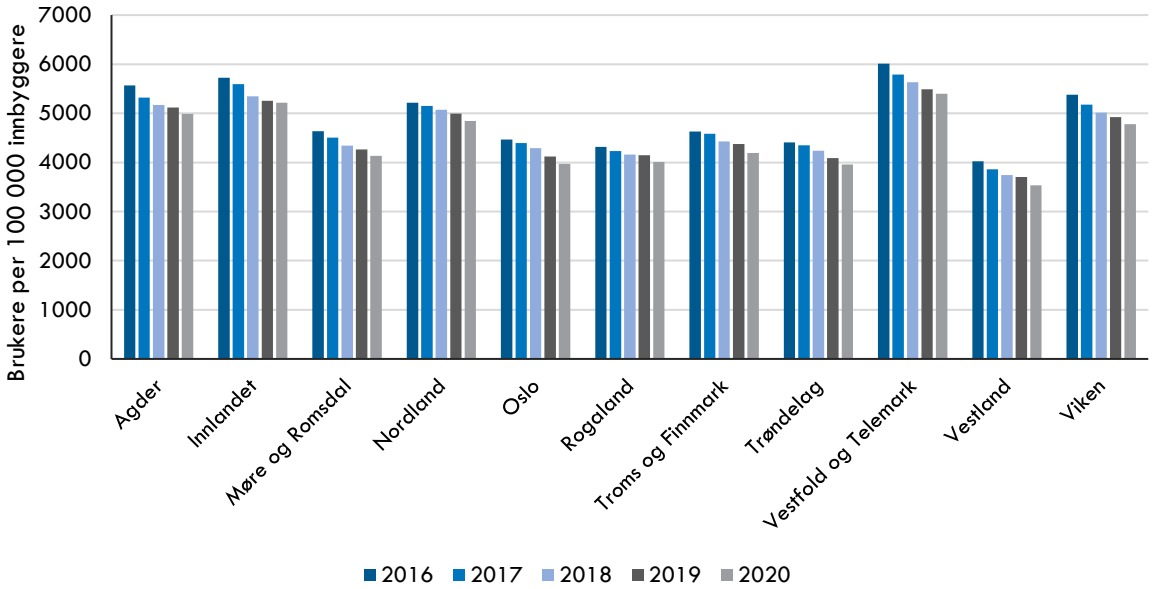






Kilde: Reseptregisteret

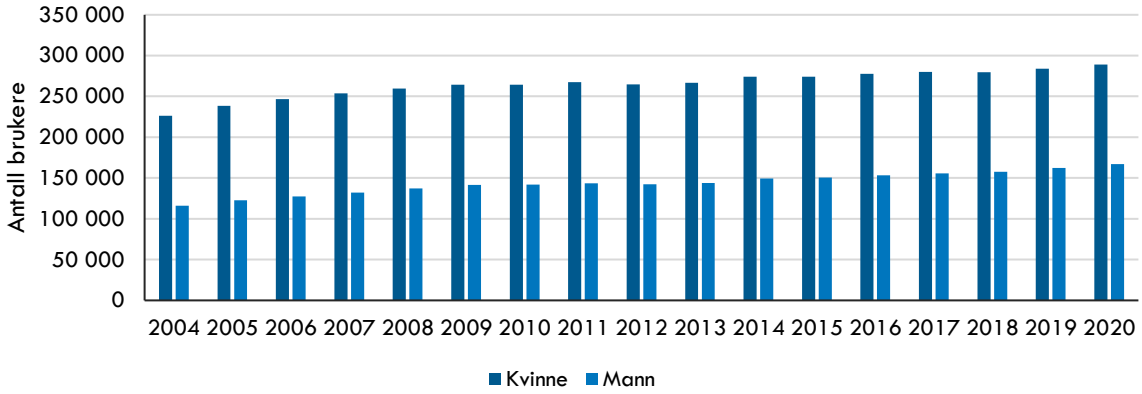
Figur 8-37. Antall brukere av anxiolytika per 100 000 innbyggere, fordelt på fylker

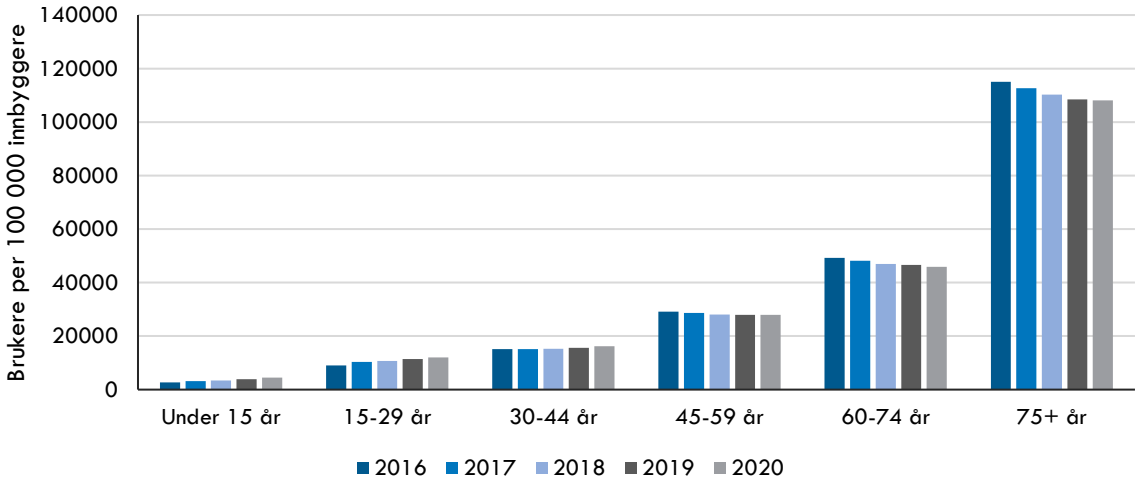


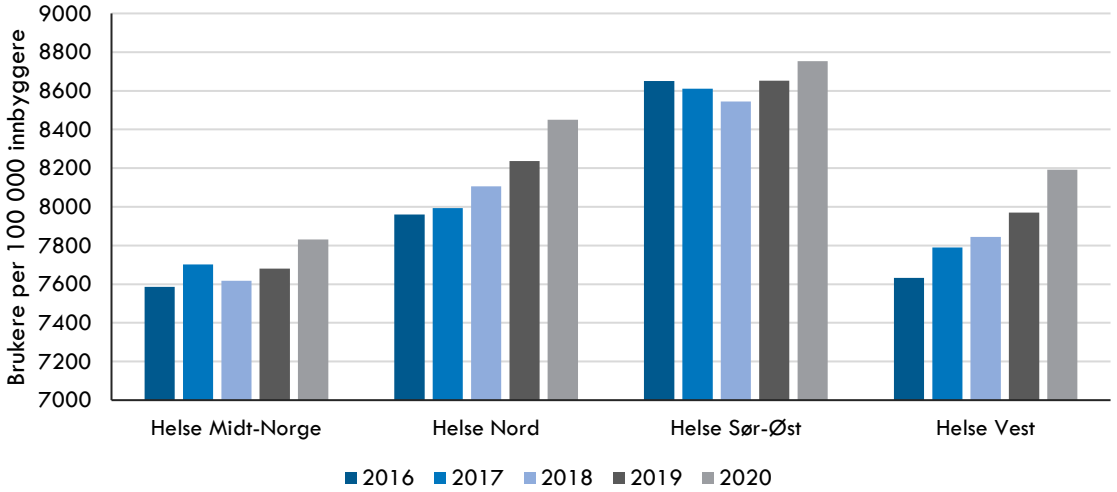
Kilde: Reseptregisteret

8.8 Hypnotika og sedative (N05C)

Figur 8-38. Bruk av hypnotika og sedative i Norge i perioden 2004-2020

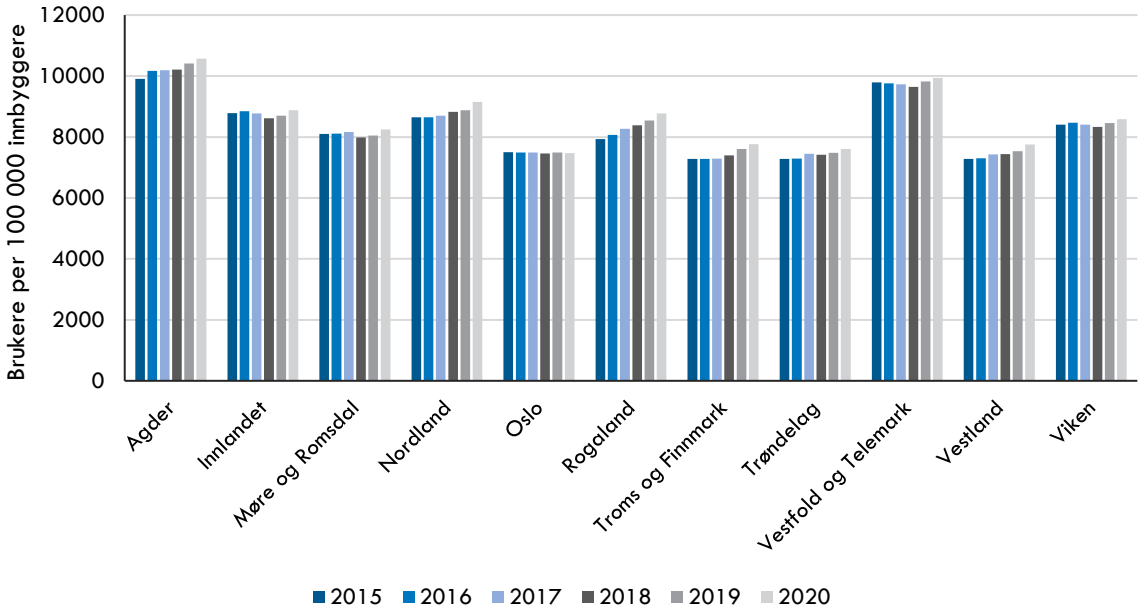






Kilde: Reseptregisteret

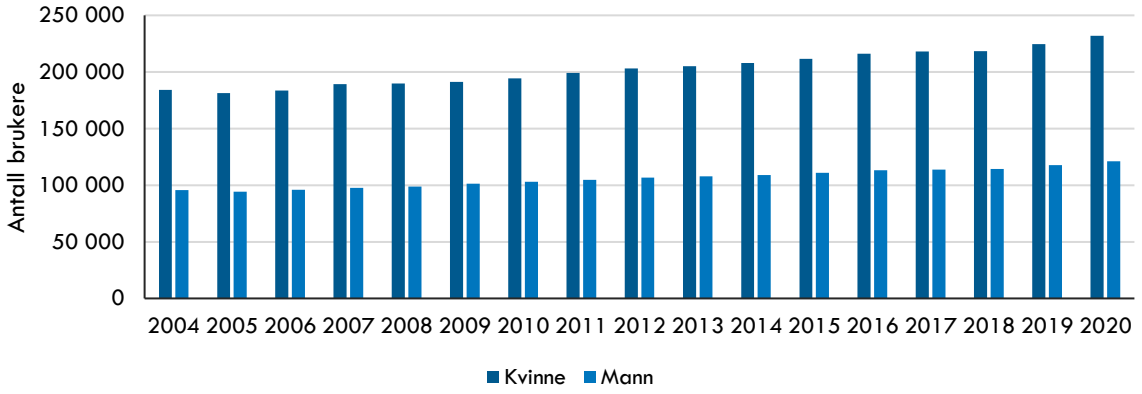
Figur 8-39. Antall brukere av hypnotika og sedative per 100 000 innbyggere, fordelt på fylker

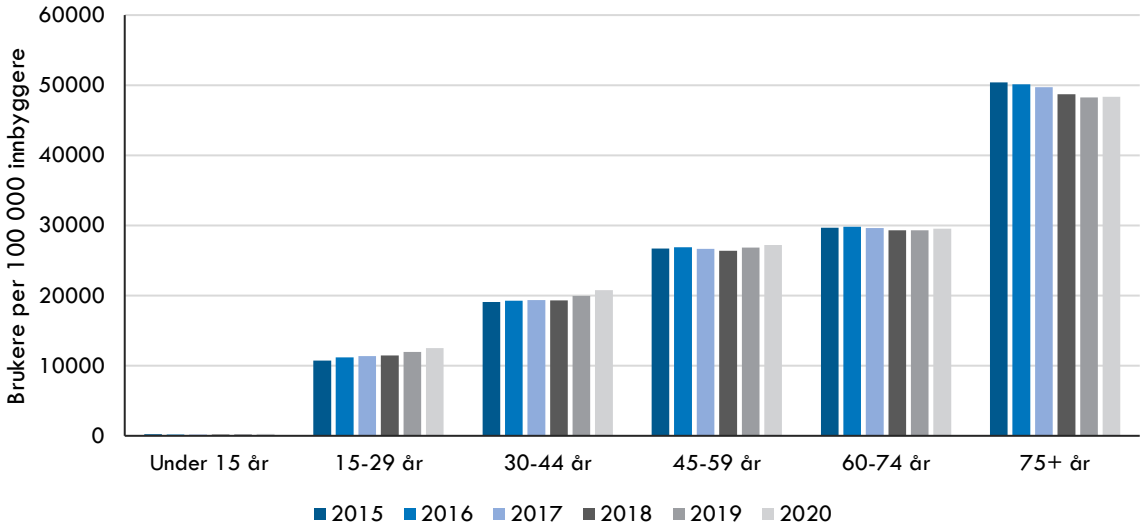


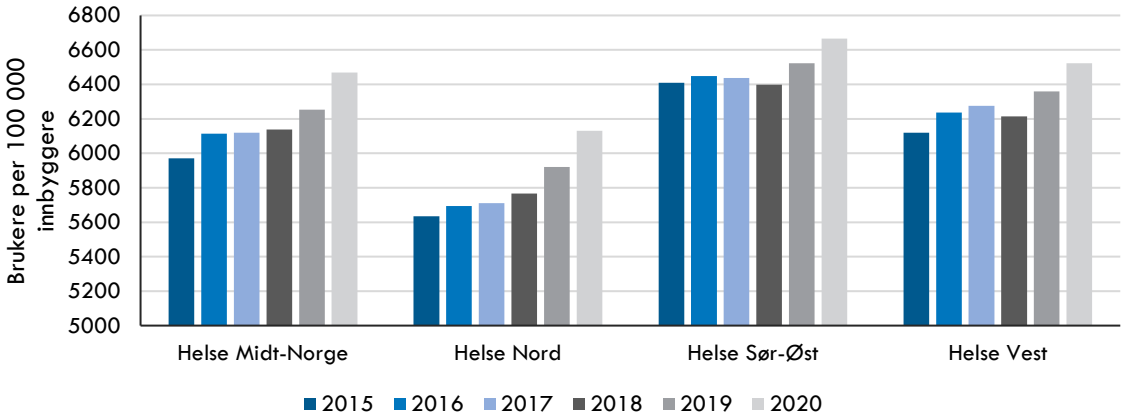
Kilde: Reseptregisteret

8.9 Antidepressiva (N06A)

Figur 8-40. Bruk av antidepressiva i Norge i perioden 2004-2020

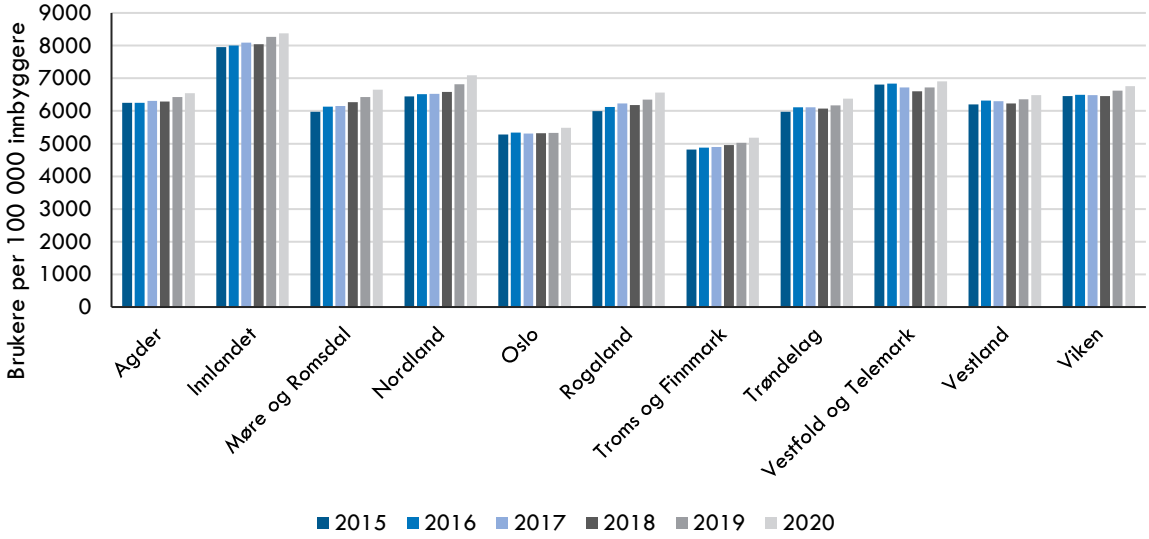






Kilde: Reseptregisteret

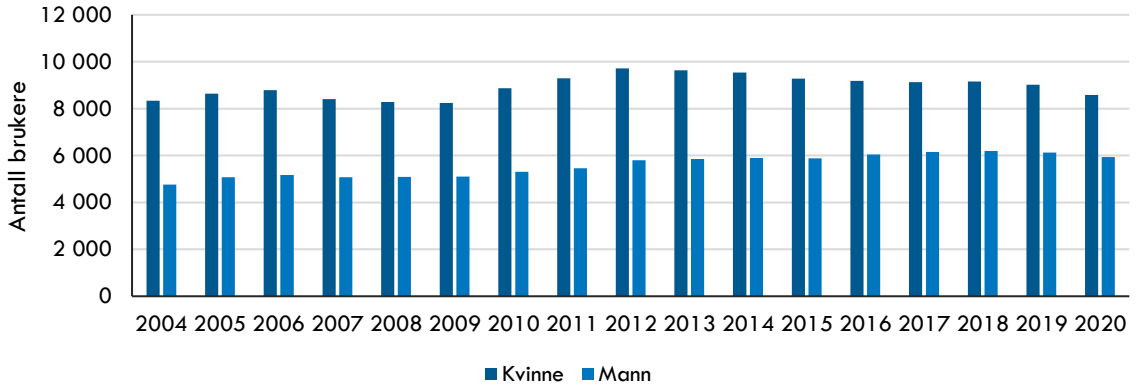
Figur 8-41. Antall brukere av antidepressiva per 100 000 innbyggere, fordelt på fylker

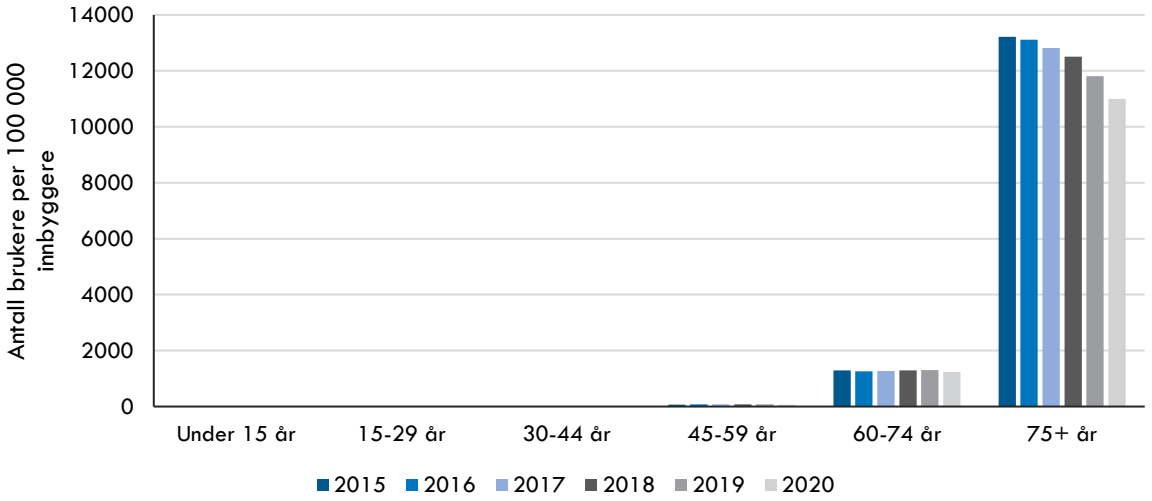


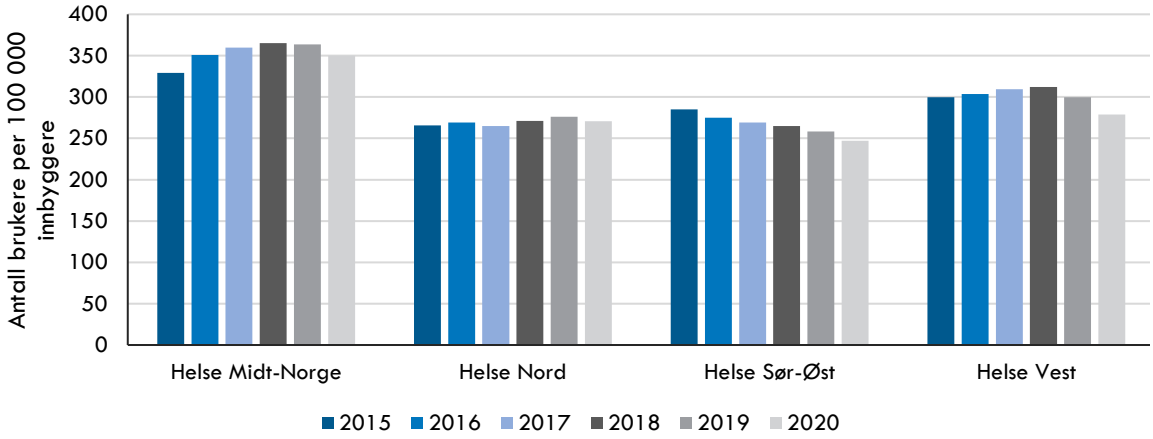
Kilde: Reseptregisteret

8.10 Midler mot demens (N06D)

Figur 8-42. Bruk av midler mot demens i Norge i perioden 2004-2020

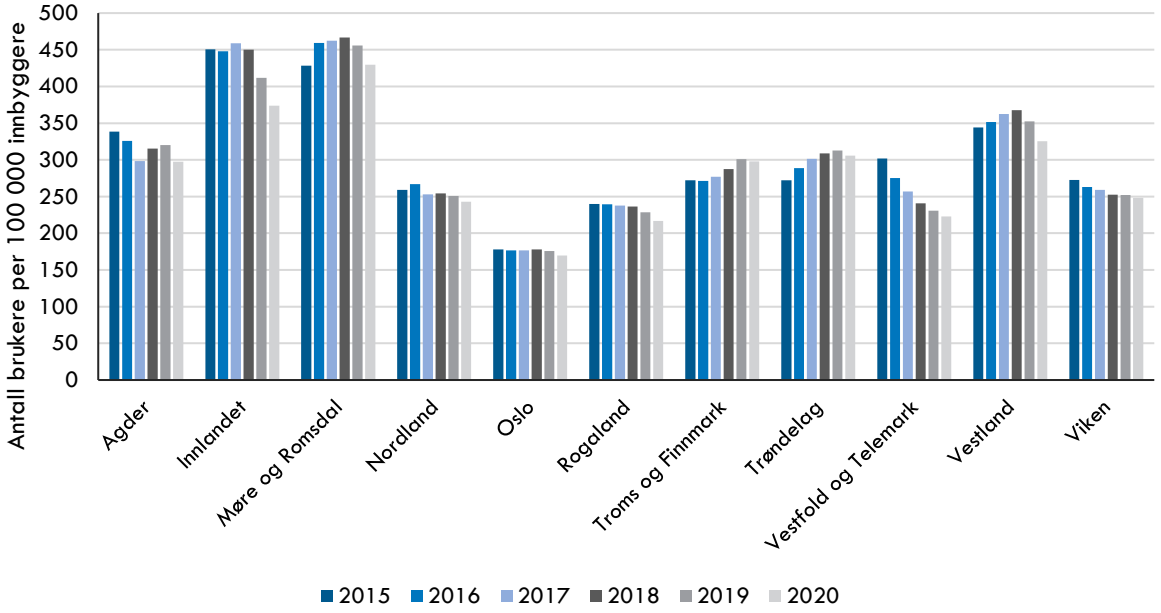






Kilde: Reseptregisteret

Figur 8-43. Antall brukere av midler mot demens per 100 000 innbyggere, fordelt på fylker



Kilde: Reseptregisteret

Vedlegg D: Data fra NAV (uføretrygd)

Tabell 8-1. Uføretrygdede med psykiske lidelser etter fylke og alder i desember 2016

FYLKE:	I alt	18-29	30-39	40-49	50-59	60-67
I alt	117 175	9 358	14 472	26 973	37 412	28 960
03 Oslo	11 032	584	999	2 332	4 049	3 068
11 Rogaland	9 217	890	1 342	2 208	2 686	2 091
15 Møre og Romsdal	4 740	407	610	1 045	1 406	1 272
18 Nordland	5 553	465	711	1 194	1 692	1 491
30 Viken	24 966	2 163	3 078	5 855	8 114	5 756
34 Innlandet	10 206	807	1 218	2 398	3 312	2 471
38 Vestfold og Telemark	12 430	1 040	1 547	2 914	3 946	2 983
42 Agder	9 106	678	1 328	2 269	2 795	2 036
46 Vestland	11 747	994	1 526	2 743	3 606	2 878
50 Trøndelag	10 674	938	1 461	2 436	3 175	2 664
54 Troms og Finnmark	4 853	366	529	1 101	1 538	1 319
99 Uoppgitt / Bosatt i utlandet	2 651	26	123	478	1 093	931

Kilde: Oversendt fra NAV

Tabell 8-2. Nye uføretrygdede med psykiske lidelser etter fylke og alder i 2016

FYLKE:	I alt	18-29	30-39	40-49	50-59	60-67
I alt	10 470	2 148	2 024	2 685	2 538	1 075
03 Oslo	939	135	144	254	286	120
11 Rogaland	843	191	185	225	167	75
15 Møre og Romsdal	420	101	84	101	86	48
18 Nordland	491	102	111	111	100	67
30 Viken	2 390	500	435	617	627	211
34 Innlandet	773	192	130	201	189	61
38 Vestfold og Telemark	1 159	232	225	307	292	103
42 Agder	837	182	198	217	168	72
46 Vestland	1 063	200	214	274	254	121
50 Trøndelag	1 050	230	225	244	228	123
54 Troms og Finnmark	354	82	54	89	83	46
99 Uoppgitt / Bosatt i utlandet	151	*	19	45	58	28

Tabell 8-3. Nye uføretrygdede med psykiske lidelser etter diagnosegruppe i 2016

DIAGNOSE	I alt	Kvinner	Menn
I alt	10 470	5 455	5 015
Demenslidelser	26	10	16
Organiske psykiske lidelser (unntatt demens)	152	57	95
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddel-misbruk	637	158	479
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	627	193	434
Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser	5 595	3 543	2 052
Spiseforstyrrelser	55	51	4
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (ekskl. spiseforst.)	10	5	5
Personlighetsforstyrrelser	1 186	588	598
Psykisk utviklingshemming	636	303	333
Utviklingsforstyrrelser	838	235	603
Hyperkinetiske forstyrrelser	571	255	316
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungd.	73	23	50
Uspesifisert psykisk lidelse	24	15	9
Annet	40	19	21

Tabell 8-4. Sammenheng mellom diagnosegrupper og ICD10 og ICPC2-koder

	ICD10	ICPC2
Alle psykiske diagnoser	Alle F-diagnoser (kapittel V)	Alle P-diagnoser
Demenslidelser	F00-F03	P70
Organiske psykiske lidelser (unntatt demens)	F04-F09	P71
Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk, inkl. legemiddelmisbruk	F10-F19	P15-P19
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	F20-F29	P72, P98
Depresjonslidelser, andre affektive lidelser og angstlidelser	F30-F48	P01, P02, P03, P05, P25, P73-P76, P78, P79, P82
Spiseforstyrrelser	F50	P11, P86
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (ekskl. spiseforstyrrelser)	F51-F59	P04, P06, P07, P08
Personlighetsforstyrrelser	F60-F69	P80
Psykisk utviklingshemming	F70-F79	P85
Utviklingsforstyrrelser	F80-F88	P20, P22-P24, P28,
Hyperkinetiske forstyrrelser	F90	P81
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	F90-F98	P9, P10, P12, P13
Uspesifisert psykisk lidelse	F99	P29, P77, P99

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo