



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester

Dokument 3:13 (2020–2021)



Forsidebilde: Pressmaster

ISBN-978-82-8229-511-6

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:13 (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*.

Dokumentet har følgende inndeling:

- Konklusjoner, Utdyping av konklusjoner, Anbefalinger, Statsrådets svar og Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar
- Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet
- Vedlegg 2: Statsrådets svar
- Vedlegg 3: Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger

Riksrevisjonen benytter følgende begreper for kritikk, med denne rangeringen etter høyest alvorlighetsgrad:

- 1 **Svært alvorlig** brukes ved forhold der konsekvensene for samfunnet eller berørte borgere er svært alvorlige, for eksempel risiko for liv eller helse.
- 2 **Alvorlig** benyttes ved forhold som kan ha betydelige konsekvenser for samfunnet eller berørte borgere, eller der summen av feil og mangler er så stor at dette må anses som alvorlig i seg selv.
- 3 **Sterkt kritikkverdig** angir forhold som har mindre alvorlige konsekvenser, men gjelder saker med prinsipiell eller stor betydning.
- 4 **Kritikkverdig** brukes for å karakterisere mangelfull forvaltning der konsekvensene ikke nødvendigvis er alvorlige. Dette kan gjelde feil og mangler som har økonomiske konsekvenser, overtredelse av regelverk eller saker som er tatt opp tidligere og som fortsatt ikke er rettet opp.

Riksrevisjonen, 3. juni 2021

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss

riksrevisor

Innhold

1	Innledning	5
2	Konklusjoner	5
3	Utdypning av konklusjoner	6
3.1	Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre	6
3.2	Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik	6
3.3	Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det	7
3.4	Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling ...	8
3.5	«Den gylne regel», som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd	9
3.6	Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok	11
3.7	Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukermedvirkning og pårørendeinvolvering	12
3.8	Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring	12
3.9	De statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte..	13
4	Anbefalinger	14
5	Statsrådets svar	15
6	Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar	17
	Vedlegg	18

Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 2: Statsrådets svar

Vedlegg 3: Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger

1 Innledning

Psykiske plager og lidelser er en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge, og Stortinget har gjennom flere år sluttet seg til at bedre behandling innenfor psykisk helse og rus er et sentralt mål. Psykiske plager og lidelser resulterer ikke bare i følelsesmessig lidelse og redusert livskvalitet, men kan også føre til nedsatt somatisk helse og økt dødelighet.¹ Det er anslått at psykiske lidelser koster det norske samfunnet omkring 70 milliarder kroner per år. Dette beløpet omfatter både kostnader til behandling og trygde- og sosialutgifter som følge av at mennesker med psykiske lidelser oftere faller ut av arbeidslivet.²

Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helse- omsorgstjenester. Det betyr at alle skal ha tilgang til helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av forhold som for eksempel diagnose, alder og bosted. Dette gjelder både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Tjenester av god kvalitet er blant annet kjennetegnet ved at de

- er virkningsfulle
- er tilgjengelige
- er samordnet
- gir brukerne innflytelse
- utnytter ressursene på en god måte

Å få behandling av god kvalitet er viktig for alle som får behandling for psykiske plager og lidelser. Ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer er en spesielt sårbar og utsatt gruppe. Både for deres egen del og med tanke på senere deltakelse i samfunnet er det viktig at disse ungdommene får god behandling. Det er lite informasjon om behandlingstilbudet ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusproblemer får, samtidig som denne gruppen er et eksempel på en pasientgruppe som ofte vil ha behov for langvarige og koordinerte tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Stortinget har ved flere anledninger gitt uttrykk for at psykisk helse skal prioriteres i spesialisthelsetjenesten, og det har vært lagt til grunn at veksten skal skje ved de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) og i psykisk helsevern for barn og unge. I denne undersøkelsen har vi valgt å rette oppmerksomheten mot den polikliniske virksomheten i spesialisthelsetjenesten.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om personer med psykiske plager og lidelser har likeverdig tilgang til psykiske helsetjenester med god kvalitet, og hvordan statlige virkemidler er innrettet for å støtte spesialisthelsetjenestens og kommunenes arbeid. Undersøkelsen omfatter perioden 2015–2020 og tar blant annet utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
- Innst. 424 L (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*, jf. Prop. 91 L (2010–2011)
- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- *lov om pasient- og brukerrettigheter*
- *lov om helseforetak m.m.*
- *lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- Prop. 1 S for årene 2017 til 2021

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 10. februar 2021. Departementet har i brev 8. mars 2021 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

2 Konklusjoner

- Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre.
- Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik.
- Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det.
- Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling.

¹ Helsedirektoratet (2015) *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*.

² Prop. 1 S (2012–2013) Helse- og omsorgsdepartementet.

- «Den gylne regel», som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd.
- Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok.
- Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukervedvirkning og påvirkendeinvolvering.
- Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring.
- De statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte.

3 Utdypning av konklusjoner

I 2019 var ca. 60 000 barn og unge i kontakt med fastlege eller legevakt for å få hjelp med en psykisk plage eller lidelse, og det tilsvarende tallet for voksne var nesten 600 000 personer. I mange kommuner gir også andre tjenester enn fastlege og legevakt behandling til personer med psykiske plager og lidelser, men det finnes ingen samlet oversikt over hvor mange som får behandling av andre kommunale tjenester. Eksempler på andre kommunale tjenester som gir behandling til barn og unge, er lavterskeltjeneste for psykisk helse, helsestasjonen, skolehelsetjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste og barnevernet.

Tall fra Norsk pasientregister viser at poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) ga behandling til drøyt 50 000 pasienter i aldersgruppen 0–17 år i 2019, mens antallet voksne pasienter som fikk poliklinisk behandling samme år, var nesten 150 000.

3.1 Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre

Befolkningen i Norge skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted. Undersøkelsen viser at personer med psykiske plager og lidelser har et ulikt forbruk av helse- og omsorgstjenester avhengig av hvor i landet de bor. Dette gjelder også etter at vi har tatt hensyn til alder og kjønn, som er forhold som kan påvirke sykkeligheten.

Befolkningens bruk av psykiske helsetjenester – både fastlegetjenester og tjenester som gis av poliklinikkene i psykisk helsevern – varierer mellom helseregionene. Når antall kontakter med henholdsvis fastlege og poliklinikk slås sammen og ses i forhold til innbyggertallet, hadde barn og unge som bor i helseregionen i Nord-Norge, og voksne som bor i helseregionen i Sørøst-Norge, flere som gjaldt psykiske plager og lidelser, enn innbyggerne i de øvrige helseregionene i 2019.

Antall kontakter hver pasient har med behandlingsstedet, sier noe om hvor mye behandling pasienten får. Undersøkelsen viser at det både blant barn og voksne som fikk poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten i 2019, var geografiske forskjeller i hvor mye behandling pasientene fikk. I noen regioner har pasientene 20 prosent flere kontakter enn pasienter i andre regioner. Undersøkelsen viser at både voksne og barn fikk mest behandling i Helse Sør-Øst.

Riksrevisjonen mener det er uheldig at pasienter med psykiske plager og lidelser blir behandlet ulikt avhengig av hvilken helseregion de bor i. Samtidig er det viktig å understreke at undersøkelsen ikke kan si noe om hva som er riktig omfang av behandlingen, eller om pasientene får for lite eller for mye behandling.

3.2 Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik

Kommunene skal etter samhandlingsreformen ta et større ansvar enn tidligere for behandling og oppfølging av pasienter med psykiske plager og lidelser, og en større del av pasientforløpene skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Undersøkelsen viser at antall pasienter som benytter fastlege eller kommunal legevakt for å få hjelp med psykiske plager og lidelser, har økt med 5 prosent fra 2015 til 2019. For barn og unge har økningen vært på 15 prosent, og antall årsverk benyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge har i samme periode økt med 31 prosent. Undersøkelsen viser videre at fastlegen behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser i de fleste kommuner. Omtrent 75 prosent av kommunene har en egen

lavterskeltjeneste for psykisk helse som behandler barn og unge. I ca. én av tre kommuner behandler kommunale tjenester som helsestasjon og skolehelsetjeneste barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Riksrevisjonens undersøkelse viser imidlertid også at én av ti kommuner ikke tilbyr noen behandling av barn og unge med psykiske plager og lidelser utover den behandlingen fastlegene tilbyr. Riksrevisjonen vil påpeke at barn og unge med psykiske plager og lidelser i disse kommunene blir svært avhengige av den enkelte fastleges kompetanse og tilgjengelighet.

Oppsøkende tjenester skal gjøre det mulig å komme i kontakt med personer med psykiske plager og lidelser som selv ikke møter opp til behandling. Undersøkelsen viser at mer enn halvparten av kommunene ikke tilbyr oppsøkende tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Nesten 30 prosent av kommunene tilbyr ikke oppsøkende tjenester til voksne med psykiske plager og lidelser eller til voksne med samtidige psykiske plager og lidelser og rusmiddelproblemer. Riksrevisjonen konstaterer at det er fare for at personer som har behov for psykisk helsehjelp, og som ikke kan eller vil oppsøke hjelpetilbudet selv, ikke vil få psykisk helsehjelp hvis de er bosatt i kommuner uten oppsøkende tjenester. Ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer, som beskrives nærmere i punkt 3.4, er en gruppe som kan være særlig aktuell for oppsøkende tjenester.

Kommunene har frihet til å velge innretningen på det kommunale tjenestetilbudet, men de må samtidig oppfylle noen lovpålagte krav til hva det kommunale tjenestetilbudet skal inneholde. Fra 2017 har alle kommuner plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter og brukere med sykdom innenfor psykisk helse og rus. Intensjonen er at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Åtte prosent av kommunene har imidlertid ikke et øyeblikkelig hjelp døgntilbud til denne gruppen.

Riksrevisjonen mener at variasjonen i tjenestetilbudet fører til at enkelte personer med psykiske plager og lidelser kan risikere å ikke få hjelp når de har behov for det. En person som har en psykisk plage eller lidelse, og som bor i en kommune der kun fastlegen gir behandling og som ikke har oppsøkende tjenester eller øyeblikkelig hjelp døgntilbud, vil ikke ha samme tilgang til psykiske helsetjenester som en person som bor i en kommune der disse tjenestene er på plass.

3.3 Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det

Fastlegene og andre som har henvisningsrett, skal sende henvisning til spesialisthelsetjenesten når de vurderer at det er nødvendig med behandling i psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesten skal legge prioriteringsveilederen til grunn for vurderingen av om pasienten har rett til helsehjelp. Hvis pasienten ikke har rett til helsehjelp, avvises henvisningen, og da er det kommunen som har ansvaret for å gi pasienten et helsetilbud.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at psykisk helsevern avviser omtrent én av fem henvisninger, og at andelen henvisninger som avvises, varierer mellom ingen og halvparten av de mottatte henvisningene. Riksrevisjonen mener at en høy avvisningsfrekvens kan tyde på at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på disse stedene ikke har en felles forståelse av hvem som skal gi pasientene behandling. Når spesialisthelsetjenesten vurderer at en pasient som er henvist fra kommunen, ikke har behov for spesialisthelsetjenester, kan det føre til at pasienten må vente unødvendig lenge på hjelp fordi det da er kommunen som igjen har ansvaret for å gi pasienten et helsetilbud.

Helsedirektoratet har ikke kunnskap om hvorvidt forskjellene i andelen avviste henvisninger viser uønsket variasjon, eller om det er andre forhold som kan forklare variasjonen i avvisningsfrekvens. Riksrevisjonen mener en grundig analyse av hvorfor henvisninger avvises, vil gi informasjon som kan brukes i den videre utviklingen av tjenestetilbudet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Når spesialisthelsetjenesten vurderer at en person som er henvist, har rett til spesialisthelsetjenester, mottar personen et brev som blant annet beskriver hvor lenge vedkommende må vente før utredningen ved poliklinikken starter. Både for barn og unge og voksne som har utfordringer med å fungere i hverdagen på grunn av en psykisk lidelse, vil det være en belastning å vente på hjelp. Helse- og omsorgsdepartementet har satt som mål for de regionale helseforetakene at gjennomsnittlig ventetid fra spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen, til helsehjelpen starter for pasienten, skal være

- lavere enn 45 dager i psykisk helsevern for voksne
- lavere enn 40 dager i psykisk helsevern for barn og unge

Riksrevisjonens undersøkelse viser at tre av de fire regionale helseforetakene ikke innfridde ventetidskravet for barn og unge, og at to av de regionale helseforetakene ikke innfridde kravet for voksne. Undersøkelsen viser videre at det er store variasjoner mellom helseforetakene i hvor lenge en pasient må vente. Ved helseforetaket med kortest ventetid ventet barn og unge i gjennomsnitt 28 dager. Ved helseforetaket med lengst ventetid ventet de i gjennomsnitt 72 dager. I psykisk helsevern for voksne varierer de gjennomsnittlige ventetidene fra 27 dager til 77 dager.

Riksrevisjonens undersøkelse viser videre at flere poliklinikker i BUP krever henvisning for barn og unge i akutte situasjoner når de ikke allerede går til behandling i poliklinikken, til tross for at det ikke skal være nødvendig med henvisning i slike akutte situasjoner. Det vil si at barn og ungdom med behov for øyeblikkelig hjelp må til fastlege/legevakt eller en annen person med henvisningsrett før de kan bli vurdert av spesialisthelsetjenesten.

Det har i flere år vært en målsetting å vri virksomheten i psykisk helsevern fra behandling i døgnavdelingene til poliklinisk og ambulant behandling. Ambulant behandling er behandling som blir gitt andre steder enn i poliklinikken, for eksempel i pasientens eget miljø. Bruk av ambulante metoder anbefales for pasienter som helseforetakene ikke når på andre måter. Riksrevisjonens undersøkelse viser likevel at over halvparten av behandlerne i BUP har savnet muligheten til å gi behandling andre steder enn i poliklinikken i løpet av det siste året. Videre merker Riksrevisjonen seg at antallet årsverk benyttet i ambulant behandling av barn og unge har gått ned fra 2015 til 2018.

Pasienter som bor i områder der ventetidskravene ikke innfris, der det kreves henvisning for å få øyeblikkelig hjelp, og der det ikke tilbys ambulant behandling, risikerer å ikke få hjelp når de trenger det. Det er etter Riksrevisjonens vurdering alvorlig at personer som allerede er i en sårbar situasjon, må vente lenge på nødvendig helsehjelp, og vi understreker hvor viktig det er at personer med potensielt alvorlige psykiske lidelser får hjelp i tide uavhengig av hvor de bor i landet.

3.4 Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling

Til tross for at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har en lovfestet rolle i behandlingen av unge med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer, er det mange kommuner som ikke har gode nok tjenester til denne gruppen. Nesten 40 prosent av kommunene opplyser at behandlingstilbudet til unge med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer ikke er godt i deres kommune, og omtrent hver tredje kommune opplyser at behandlingstilbudet ikke har tilstrekkelig kapasitet.

Nesten 20 prosent av kommunene mangler et tilbud til ungdom med rusmiddelproblemer. Riksrevisjonen mener det er alvorlig at ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer i mange kommuner enten ikke får et godt nok behandlingstilbud eller står uten et kommunalt tilbud.

I spesialisthelsetjenesten er det psykisk helsevern for barn og unge som skal behandle unge under 18 år med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Undersøkelsen viser imidlertid at nesten hver tredje poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge ikke behandler unge under 18 år med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det betyr at disse ungdommene blir henvist videre til psykiatriske ungdomsteam, allmennpsykiatriske poliklinikker og ruspoliklinikker i psykisk helsevern for voksne eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Selv om et klart flertall av lederne for allmennpsykiatriske poliklinikker og ruspoliklinikker i psykisk helsevern for voksne mener at ungdom under 18 år trenger en annen behandling og oppfølging enn voksne, viser undersøkelsen at ungdom som blir behandlet i disse poliklinikkene, ofte får behandling som er beregnet på voksne. Videre viser undersøkelsen at disse ungdommene som hovedregel ikke samtidig behandles i BUP for sin psykiske lidelse. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at unge mennesker som har samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, får behandling for både den psykiske lidelsen og rusmiddelproblemet som er tilpasset deres unge alder.

Ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er en særlig sårbar og utsatt gruppe, og de har ofte et ambivalent forhold til å motta hjelp. For å få til god behandling av denne pasientgruppen kreves det derfor ofte stor grad av fleksibilitet i hvordan behandlingen gjennomføres. Undersøkelsen viser at mange behandlere i BUP opplever at de ikke har en slik fleksibilitet, og at dette gjelder forhold som muligheten til å gi lange behandlingsforløp, reise ut til ungdommen, variere lengden på behandlingstidene og gi flere

behandlingstimer per uke. Riksrevisjonen konstaterer at når mange behandlere mangler fleksibilitet i arbeidet, kan konsekvensen være at mange unge ikke får god og tilpasset behandling.

Ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer forteller ofte ikke at de har rusmiddelproblemer. Det er derfor viktig at BUP har behandlere som har kompetanse til å avdekke rusmiddelrelaterte problemer i tillegg til psykiske lidelser. Over 40 prosent av behandlerne i BUP opplever imidlertid at de mangler kompetanse til å avdekke problematisk rusbruk. Undersøkelsen viser videre at ved mange poliklinikker mangler behandlere basiskompetanse om rusmidler og avhengighet, og at det er få behandlere som har deltatt på opplæring om rus de siste to årene. Dersom rusmiddelproblemer ikke avdekkes av behandlerne i BUP, vil ungdommen kun få behandling for den psykiske lidelsen, og rusmiddelproblemet kan utvikle seg til en avhengighet. Det at mange behandlere mangler kompetanse til å avdekke rusmiddelproblemer, vil kunne få uheldige konsekvenser for den enkelte ungdom.

Når en behandler avdekker at en ungdom har rusmiddelproblemer, viser undersøkelsen at det er store ulikheter når det gjelder hvilken behandling ungdommen får videre. Kun én av tre poliklinikker for barn og unge som behandler ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, benytter behandlingsmetoder som er spesielt rettet mot rusmiddelproblemer. Et klart flertall av poliklinikkene benytter kun de vanlige behandlingsmetodene for psykiske lidelser i behandlingen. Undersøkelsen viser også at mange behandlere synes det er vanskelig å vurdere hvor alvorlig rusbruken må være før de tar det opp som tema i behandlingen. Enkelte behandlere inkluderer rusbruken i behandlingen selv om det ikke er avdekket alvorlig avhengighet, mens andre velger å vente med det til det er avdekket alvorlig misbruk. Når det er såpass stor variasjon i hvordan behandlerne i BUP vurderer rusmisbruk, og i om det benyttes behandlingsmetoder som er spesielt rettet mot rusmiddelproblemer, er det etter Riksrevisjonens vurdering sannsynlig at rusmiddelproblemer mange steder ikke er tilstrekkelig integrert i behandlingen.

Undersøkelsen viser at nesten alle behandlerne i BUP som behandler ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, mener det er nødvendig å bruke tid på koordinering og samarbeid med andre aktører for å gi ungdommene god behandling. Aktører som det er relevant for BUP å samarbeide med, er den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utdanningssektoren og/eller andre med ansvar for barn og unge. Undersøkelsen viser imidlertid at drøyt halvparten av behandlerne i liten grad har mulighet til å bruke tid på koordinering og samarbeid i arbeidshverdagen. Riksrevisjonen understreker at det kan bety at pasienter mottar tjenester som ikke er tilstrekkelig samordnet mellom de relevante aktørene. Videre merker Riksrevisjonen seg at de lovpålagte ordningene med koordinator og individuell plan, som skal bidra til koordinerte og helhetlige behandlingsforløp, er lite brukt. Flere statlige veiledere beskriver forventningene til bruken av disse ordningene samt til hvilken rolle kommunen og BUP har. Riksrevisjonen konstaterer at heller ikke det nye virkemiddelet forløpskoordinator, som har kommet gjennom pakkeforløpene, fungerer slik det skal.

Undersøkelsen viser at det er noen rammebetingelser som må være på plass for å gi ungdom som har både psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, god behandling:

- kompetanse til å avdekke rusmiddelproblemer hos unge
- kompetanse til å behandle både psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos unge
- fleksibilitet i hvordan arbeidet utføres
- tid til koordinering og samarbeid

Riksrevisjonens undersøkelse viser at disse rammebetingelsene ikke er til stede i mange poliklinikker, og dette resulterer i at mange unge med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer ikke får god nok behandling. Riksrevisjonen mener dette særlig er alvorlig i lys av kunnskapen om hvor viktig det er at begynnende rusproblematikk og psykiske lidelser oppdages så tidlig som mulig. Riksrevisjonen vil bemerke at manglende fleksibilitet og tid til koordinering og samarbeid sannsynligvis også har konsekvenser for mulighetene andre pasientgrupper med store og sammensatte behov har til å få god behandling.

3.5 «Den gylne regel», som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd

Den gylne regel innebærer at den relative veksten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal være høyere enn veksten i somatikken for det enkelte år. Veksten skal måles på regionnivå. Stortinget har lagt til grunn at følgende indikatorer skal benyttes for å vurdere om psykisk helsevern og TSB prioriteres:

- gjennomsnittlig ventetid
- ressursbruk i form av kostnader
- aktivitet i form av antall polikliniske konsultasjoner

De to første indikatorene omfatter både døgntilrettelagt og den polikliniske virksomheten, mens den siste indikatoren bare omfatter polikliniske konsultasjoner.

Når det gjelder den første indikatoren, skal den gjennomsnittlige ventetiden i psykisk helsevern og TSB reduseres relativt mer enn reduksjonen i den gjennomsnittlige ventetiden i somatikken. Undersøkelsen viser at ventetidene fra 2015 til 2019 er redusert både i psykisk helsevern, TSB og somatikken. Riksrevisjonen registrerer at reduksjonen er størst i TSB og psykisk helsevern for voksne. Deretter følger ventetidene i somatikken. Reduksjonen i den gjennomsnittlige ventetiden er minst i psykisk helsevern for barn og unge, og ventetidene i psykisk helsevern for barn og unge er dermed ikke redusert mer enn ventetidene i somatikken.

Når det gjelder den andre indikatoren, skal den relative veksten i kostnader være høyere i psykisk helsevern og TSB enn i somatikken. Undersøkelsen viser at kostnadene til både somatikk, psykisk helsevern og TSB har økt i perioden, men at somatikken har hatt den prosentvis største økningen med 19 prosent.

Når det gjelder den tredje indikatoren, skal den relative veksten i antall polikliniske kontakter være høyere i psykisk helsevern og TSB enn i somatikken. Undersøkelsen viser at antall polikliniske kontakter og kontakter hos avtalespesialister i somatikken har økt fra 2015 til 2019, mens det har vært en reduksjon i polikliniske kontakter både i psykisk helsevern for voksne og i psykisk helsevern for barn og unge. Nedgangen har vært på 4 prosent i psykisk helsevern for voksne og på 12 prosent i psykisk helsevern for barn og unge.

Til tross for at det har vært et mål at psykisk helsevern og TSB skal prioriteres i spesialisthelsetjenesten siden 2014, viser undersøkelsen at det ikke skjer. Målet om reduserte ventetider er delvis oppfylt ved at psykisk helsevern for voksne og TSB har hatt den ønskede utviklingen, men både når det gjelder aktivitet og kostnader har somatikken økt relativt mer enn psykisk helsevern og TSB. Når det gjelder aktivitet, har antallet polikliniske kontakter faktisk gått ned både i psykisk helsevern for voksne og i psykisk helsevern for barn og unge.

I undersøkelsen har vi gjennomgått de årlige meldingene fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet, og gjennomgangen viser at det over tid er lite systematikk med hensyn til om de regionale helseforetakene når målene for indikatorene for den gylne regel i de ulike årene. Undersøkelsen viser videre at

- ingen av de regionale helseforetakene har nådd målene for alle indikatorene eller for alle tjenesteområdene hvert år
- det er målet om relativt kortere ventetid som i minst grad oppnås

Undersøkelsen viser at den manglende måloppnåelsen for den gylne regel først og fremst kan forklares med at psykisk helsevern i løpet av budsjettåret blir nedprioritert til fordel for somatikken. I tillegg har de regionale helseforetakene ikke greid å sørge for å ha nok bemanning. Riksrevisjonen merker seg at 60 prosent av poliklinikkene i psykisk helsevern har ubesatte stillinger som skyldes rekrutteringsutfordringer, og konstaterer at mangel på ansatte påvirker både aktivitet, ventetider og kostnader.

Riksrevisjonens undersøkelse viser videre at det også er måle- og rapporteringsutfordringer knyttet til den gylne regel. For eksempel kan økte kostnader i psykisk helsevern være et resultat av at det regionale helseforetaket må leie inn behandlere til ubesatte stillinger, som koster mer enn de fast ansatte. Riksrevisjonen konstaterer at en økning i kostnader som skyldes innleie av behandlere, ikke innebærer at psykisk helsevern prioriteres.

Formålet med den gylne regel er at psykisk helsevern skal bli prioritert. Selv om dette har vært et uttrykt styringskrav i en årrekke, viser undersøkelsen at målet ikke nås. Helse- og omsorgsdepartementet følger opp måloppnåelsen gjennom de regionale helseforetakenes årlige meldinger og foretaksmøtene med de regionale helseforetakene. Utover dette har ikke departementet tatt i bruk andre virkemidler. Etter Riksrevisjonens vurdering er det sterkt kritikkverdig at departementet ikke har tatt i bruk ytterligere virkemidler når de regionale helseforetakene ikke har klart å nå målet på seks år.

3.6 Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok

Behandling av psykiske plager og lidelser bør utføres i tråd med kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Både Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Forskningsrådet bekrefter i intervju at det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget som finnes om behandling av psykiske plager og lidelser, fortsatt er mangelfullt. For flere psykiske plager og lidelser mangler det kunnskap om hvilken type behandling som har effekt. Undersøkelsen viser at nesten 30 prosent av BUP-lederne mener at poliklinikken de leder, benytter behandlingsmetoder som har et for svakt kunnskapsgrunnlag.

Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og poliklinikkene i psykisk helsevern har forskning som én av sine hovedoppgaver. Nesten halvparten av poliklinikkene i psykisk helsevern opplyser at de ikke har deltatt i forskningsprosjekter om effekten av behandlingsmetoder de siste tre årene, og 60 prosent av kommunene har ikke medvirket i forskningsprosjekter i psykisk helse eller rus de siste tre årene. Hvis flere poliklinikker og kommuner deltar i forskningsprosjekter vil det, slik Riksrevisjonen ser det, bidra til et bedre forskningsbasert kunnskapsgrunnlag.

Medisinske kvalitetsregistre opprettes for å dokumentere behandlingsresultater og danne grunnlag for forskning, faglig forbedringsarbeid og styring. Innholdsmessig dekker de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene detaljer om diagnostikk og behandling for én bestemt pasient- eller behandlingsgruppe. Innenfor fagfeltet psykisk helse har de regionale helseforetakene kun opprettet ett medisinsk kvalitetsregister, og det gjelder behandling av spiseforstyrrelser. Riksrevisjonen påpeker at det dermed bare finnes et register som systematisk innhenter data om behandlingsresultater innenfor psykisk helsevern. Undersøkelsen viser videre at registret er så nytt at data fra registret foreløpig ikke kan brukes. Riksrevisjonen har merket seg at de regionale helseforetakene har laget en plan for utvikling og innføring av flere kvalitetsregistre for psykisk helse.

Brukerkunnskap er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget som skal ligge til grunn for behandling av pasienter med psykiske plager og lidelser. Nasjonale pasienterfæringsundersøkelser (PasOpp), som gjennomføres av Folkehelseinstituttet, skal brukes i arbeidet med å sikre god kvalitet i tjenestene. Undersøkelsen viser imidlertid at det kun har blitt gjennomført PasOpp-undersøkelser for noen utvalgte tjenesteområder, og at undersøkelsene på hvert område kun har blitt gjennomført én eller to ganger de siste fem årene. Det er kun én av PasOpp-undersøkelsene som belyser pasienters/pårørendes erfaringer med behandlingen som gis i poliklinikk. Undersøkelsen viser videre at erfaringer fra barn og unge ikke er inkludert i noen av PasOpp-undersøkelsene. Riksrevisjonen har merket seg at Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å lage en femårig plan for nasjonale PasOpp-undersøkelser, og de samme aktørene skal også lage et system for løpende PasOpp-undersøkelser av pasienters erfaringer med døgnopphold i henholdsvis psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Selv om det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget som finnes om behandling av psykiske plager og lidelser, fortsatt er mangelfullt, har det ifølge Helsedirektoratet vært en betydelig produksjon av forskningsbasert kunnskap på feltet gjennom de siste 20 årene. Helsedirektoratet gir flere eksempler på tiltak eller behandlingsformer som anbefales, blant annet behandling av tvangslidelse og dialektisk atferdsterapi (DBT-behandling, som er en variant av kognitiv atferdsterapi).

Undersøkelsen viser at drøyt halvparten av lederne i BUP opplyser at helseforetaket ikke stiller krav til hvilke behandlingsformer og/eller manualbaserte programmer poliklinikken skal benytte. Videre har et klart flertall av behandlerne i BUP hatt pasienter til behandling i løpet av det siste året som kunne hatt nytte av behandlingsmetoder som ikke er tilgjengelige ved deres poliklinikk. Av konkrete behandlingsmetoder savnet flest behandlere dialektisk atferdsterapi. Dette er en av behandlingsformene som Helsedirektoratet anbefaler ut fra dagens kunnskapsgrunnlag.

Helsedirektoratet opplever at det kan være en utfordring å få kommunene og spesialisthelsetjenesten til å implementere kunnskapsbasert praksis, selv om det finnes en rekke virkemidler og verktøy som kan være til hjelp i dette arbeidet. Blant annet inneholder BUP-håndboka og ungsinn.no oppsummert og kvalitetsvurdert forskning på ulike behandlingsmetoder. Riksrevisjonens undersøkelse viser at disse verktøyene benyttes av

under 40 prosent av behandlerne i BUP, men at de behandlerne som benytter dem, i all hovedsak synes at de har vært nyttige.

Undersøkelsen viser at nesten 70 prosent av behandlerne mener de ikke har nok tid til å utvikle seg faglig, og undersøkelsen viser videre at hver fjerde behandler i BUP synes det er vanskelig å skaffe seg kunnskap om virkningen av ulike behandlingsformer eller -metoder. Rundt halvparten av behandlerne opplever at det er vanskelig å holde seg oppdatert om de siste behandlingsmetodene som er utviklet. Riksrevisjonen konstaterer at det derfor er ekstra viktig å legge til rette for at oppdatert kunnskap er lett tilgjengelig for de ansatte. Riksrevisjonen mener det er alvorlig at personer med psykiske lidelser ikke får tilbud om den behandlingen som anbefales ut fra dagens kunnskapsgrunnlag.

3.7 Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukermedvirkning og pårørendeinvolvering

Brukernes kunnskap er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for behandling av pasienter med psykiske plager og lidelser. Kommuner og helseforetak skal ha systemer for innhenting av pasienters/brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter på flere nivåer og gjøre bruk av disse erfaringene i forbedringsarbeidet.

Brukermedvirkning skal bidra til å sikre at tjenestene utvikler seg til det beste for brukerne, og er viktig i arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenestetilbudet. Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer på systemnivå, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Informasjon fra pasienter, brukere og pårørende kan innhentes på ulike måter, blant annet gjennom brukerutvalg, ungdomsråd og bruker- eller pårørendeundersøkelser.

Undersøkelsen viser at én av fem kommuner og én av ti poliklinikker i psykisk helsevern ikke innhenter noen form for informasjon om hvordan barn og unge med psykiske plager og lidelser og deres pårørende opplever behandlingen de har fått.

Brukermedvirkning er også viktig på individnivå. Det er et mål i seg selv at mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer skal ha råderett over eget liv, med mulighet for å påvirke tjenestene de mottar. For å sikre ønsket behandlingsutbytte og individuell tilpasning av behandlingen bør behandler innhente tilbakemeldinger fra den enkelte pasient underveis i behandlingsforløpet. Det framgår både av *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern* og i pakkeforløpet for barn og unge at behandler i BUP regelmessig bør innhente tilbakemeldinger fra pasienter og foresatte om hvordan behandlingen virker. Undersøkelsen viser at de fleste behandlere gjennomfører evalueringer ved å spørre hvordan pasienten opplever behandlingen. Rundt to tredeler av behandlerne i BUP bruker strukturerte verktøy for å måle endringer i funksjons- og/eller symptomnivå hos pasientene i løpet av behandlingsforløpet, men undersøkelsen viser at mange av disse behandlerne stiller seg tvilende til om verktøyet gir et pålitelig svar på om behandlingen virker. Nesten ingen behandlere i BUP benytter klient- og resultatstyrt praksis (KOR), som ifølge Helsedirektoratet er den best dokumenterte metoden for å innhente systematiske tilbakemeldinger fra pasienter, og som direktoratet anbefaler at tjenestene bruker.

Etter Riksrevisjonens vurdering går mange kommuner, poliklinikker og behandlere glipp av viktig informasjon om virkningen av ulike behandlingsmetoder og om innretningen på tjenestetilbudet når pasienter og pårørende ikke systematisk bes om å dele sine erfaringer om behandlingen og si sin mening om tjenestene.

3.8 Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring

Alle som yter helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, prøve ut tiltak og justere arbeidet til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Det skal etableres systemer for å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap både i og utenfor egen virksomhet.

Virksomhetene kan innhente informasjon på flere ulike måter, men evalueringer er en sentral og lovpålagt handling for å korrigere virksomheten i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Undersøkelsen viser at

- ca. 25 prosent av kommunene ikke har evaluert tjenestene til voksne med psykiske plager og lidelser i løpet av de siste tre årene
- ca. 30 prosent av kommunene ikke har evaluert tjenestene til barn og unge
- ca. 40 prosent av kommunene ikke har evaluert tjenestene til ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer

Undersøkelsen viser videre at bare hver fjerde kommune oppgir at de har gjennomført analyser av klager, avvik og/eller uønskede hendelser i pasientsaker i løpet av de siste tre årene, selv om dette er oppgaver som forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten pålegger kommunene å gjennomføre. Samlet sett mener derfor Riksrevisjonen at mange kommuner ikke utnytter sentrale informasjonskilder som kunne blitt benyttet som grunnlag for å heve kvaliteten på de kommunale tjenestene til personer med psykiske plager og lidelser.

Riksrevisjonen konstaterer at til sammen 15 prosent av kommunene verken samler inn informasjon om hvordan barn og unge opplever behandlingen, analyserer klager, avvik og/eller uønskede hendelser eller evaluerer tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Etter Riksrevisjonens oppfatning har disse kommunene et for dårlig informasjonsgrunnlag til at de kan arbeide systematisk med kvalitetsforbedring av helsetjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Når det gjelder poliklinikkene i psykisk helsevern, viser undersøkelsen at rundt 20 prosent av poliklinikkene for voksne og 40 prosent av poliklinikkene for barn og unge ikke har gjennomført analyser av klager, avvik og/eller uønskede hendelser i pasientsaker i løpet av de siste tre årene. Heller ikke helseforetakene som disse poliklinikkene tilhører, har gjennomført slike analyser. Riksrevisjonen vil påpeke at slike analyser er viktige med tanke på å avdekke årsakene til uheldige hendelser, fremme læring og forebygge at tilsvarende skjer igjen. Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at læringspunktene tas inn i relevante rutiner og prosedyrer. Riksrevisjonens undersøkelse viser at én av fire ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for voksne og én av tre ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge mener at eget helseforetak i liten grad har et avviks- og meldesystem som resulterer i læring og forbedring.

Undersøkelsen viser at nesten 80 prosent av lederne ved poliklinikkene savner kompetanse for å kunne gi barne- og ungdomspopulasjonen gode helsetjenester. Samtidig mener nesten 70 prosent av behandlerne at de i hovedsak selv bestemmer på hvilke områder de skal utvikle seg. I tillegg opplever som tidligere nevnt mange behandlere at de ikke har tilstrekkelig tid til å utvikle seg faglig. Riksrevisjonen vil påpeke at virksomhetens leder har et ansvar for å ha oversikt over medarbeidernes behov for opplæring og sørge for at de har nødvendig kunnskap og kompetanse. Selv om det er positive sider ved å la den enkelte behandler selv bestemme på hvilke områder han eller hun skal utvikle seg faglig, mener Riksrevisjonen at det kan få uheldige konsekvenser dersom ønskene til den enkelte behandler vektlegges mer enn poliklinikkens samlede kompetansebehov.

Undersøkelsen viser at flertallet av lederne ved poliklinikkene mener at helseforetakene legger stor vekt på ventetider og inntjeningskrav i styringen av poliklinikken. Langt færre ledere opplever at helseforetakene legger stor vekt på effekten av behandlingen. Videre er det mange ledere for poliklinikker i psykisk helsevern som mener at helseforetaket de arbeider ved, i liten grad sørger for at de har gode nok verktøy til å styre den faglige virksomheten ved poliklinikken. Riksrevisjonen mener lederne ved poliklinikkene bør sikres hensiktsmessige verktøy som gjør det mulig å styre den faglige virksomheten, og etter Riksrevisjonens vurdering er det videre viktig at det i styringen legges større vekt på om behandlingen som gis, har virkning.

3.9 De statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte

3.9.1 Mange i tjenestene savner nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innenfor psykisk helse, og eksisterende retningslinjer og veiledere oppdateres sjelden

Helsedirektoratet har gjennom flere år fått innspill fra tjenestene om at det er behov for faglige føringer for flere tilstander. Ifølge direktoratet fordrer en større vektlegging av kunnskapsbaserte tjenester at det utvikles nasjonale føringer. Riksrevisjonens undersøkelse viser da også at poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge og voksne savner nasjonale faglige retningslinjer og/eller veiledere på enkelte områder, spesielt når det gjelder traumelidelser, spedbarns- og småbarnsarbeid og rusbehandling av unge. Blant kommunene er det flere som savner nasjonale faglige retningslinjer og/eller veiledere som handler om ungdom og rusbruk.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at statlige myndigheter har gjort et omfattende arbeid med å utarbeide retningslinjer på området psykisk helse og rus de siste ti årene. Departementet framhever at det er større faglig uenighet om hva som er god og riktig behandling av psykiske plager og lidelser, enn innenfor somatiske fagområder. Det gjør at det er mer krevende å lage retningslinjer på dette området enn på det somatiske området, blant annet fordi det for flere av de mest utbredte lidelsene, som angst og depresjon, er flere behandlingsformer som kan ha effekt.

Riksrevisjonen konstaterer imidlertid at over halvparten av de nasjonale faglige retningslinjene og veilederne som omhandler psykisk helse, og som er utarbeidet i 2015 eller tidligere, ikke er oppdatert selv om Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å vedlikeholde disse. Disse nasjonale faglige retningslinjene og veilederne er ikke oppdatert verken med hensyn til kunnskapsutvikling, regelverksendringer eller endringer i organisering.

Det finnes en rekke virkemidler og verktøy som skal bidra til at kommunene og spesialisthelsetjenesten gir kunnskapsbasert behandling. Ved siden av nasjonale faglige retningslinjer har for eksempel BUP-håndboka og ungsinn.no oppsummert og kvalitetsvurdert forskning på ulike behandlingsmetoder.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at veiledere og retningslinjer er verktøyene som oftest blir benyttet for å gi kunnskapsbasert behandling i poliklinikkene, og at behandlerne som benytter disse verktøyene, i all hovedsak vurderer dem som nyttige. Undersøkelsen viser videre at flertallet av kommunene mener at nasjonale faglige råd og nasjonale veiledere er nyttige verktøy som bidrar til å sikre at kommunenes tjenester er basert på kunnskap. I og med at mange kommuner og poliklinikker gir uttrykk for at de nasjonale retningslinjene og veilederne brukes, er det etter Riksrevisjonen oppfatning uheldig at mange av dem ikke er oppdatert med hensyn til kunnskapsutvikling, regelverksendringer eller endringer i organisering. Det kan føre til at pasienter ikke får den best tilgjengelige behandlingen, eller til at arbeidet ikke utføres i tråd med gjeldende regelverk.

3.9.2 De nasjonale kvalitetsindikatorene gir ikke kunnskap om hvorvidt behandlingen virker

Nasjonale kvalitetsindikatorer er hjelpemidler for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nasjonale kvalitetsindikatorer skal også gi pasienter og pårørende informasjon om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene og være et grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta rettighetene sine.

Høsten 2020 er det tolv kvalitetsindikatorer som belyser tjenestene til voksne med psykiske plager og lidelser, og sju kvalitetsindikatorer som belyser tjenestetilbudet til barn og unge. Helsedirektoratet plasserer de 19 kvalitetsindikatorene inn i de seks kvalitetsdimensjonene som statlige myndigheter gjennom flere år har lagt til grunn at kjennetegner tjenester av god kvalitet. Undersøkelsen viser at ingen av kvalitetsindikatorene gir informasjon om kvalitetsdimensjonene som skal måle om behandlingen som gis, virker, eller om det er god ressursutnyttelse. Undersøkelsen viser videre at det kun er én kvalitetsindikator som omhandler kommunehelsetjenesten, og denne indikatoren måler hvor mange voksne som har fått en individuell plan blant dem som har en schizofrenidiagnose. Riksrevisjonen konstaterer at Helsedirektoratet har kommet kort i arbeidet med å støtte kommunenes arbeid med nasjonale kvalitetsindikatorer. En konsekvens av dette er at kommunene i svært liten grad kan benytte kvalitetsindikatorene som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring.

Selv om 18 av 19 kvalitetsindikatorer for psykisk helse gir informasjon om spesialisthelsetjenesten, mener Riksrevisjonen at dagens kvalitetsindikatorer gir lite informasjon om viktige kvalitetsdimensjoner, og at indikatorene dermed i begrenset grad hjelper poliklinikker i psykisk helsevern i arbeidet med å utvikle tjenester av god kvalitet.

4 anbefalinger

Riksrevisjonen mener Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere hvordan statlige myndigheter bedre kan støtte kommunene i arbeidet med å forbedre de psykiske helsetjenestene. I og med at kommunene har fått overført en større del av ansvaret for pasientforløpene, bør Helse- og omsorgsdepartementet vurdere

- hvordan statlige myndigheter kan bistå kommunene slik at de blir bedre i stand til å ivareta ansvaret de har for å gi behandling til barn og unge med psykiske plager og lidelser

Riksrevisjonen mener Helse- og omsorgsdepartementet som en del av styringen av de regionale helseforetakene må påse at

- pasienter med behov for psykiske helsetjenester tilbys hjelp i tide
- det framskaffes økt kunnskap om virkningen av ulike behandlingsformer
- pasientenes og pårørendes erfaringer innhentes og brukes i forbedringsarbeidet av tjenestene
- tjenestene har tilstrekkelig kompetanse til å avdekke og behandle ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
- den gyldne regel etterleves og derigjennom oppfyller målet om at psykisk helsevern skal prioriteres

Videre mener Riksrevisjonen at Helse- og omsorgsdepartementet bør

- følge opp at ledelsen i alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester arbeider systematisk med læring og kvalitetsforbedring
- vurdere hvordan det kan legges bedre til rette for kunnskapsbasert praksis i tjenestene, blant annet ved å
 - vurdere hvordan arbeidet med å utvikle og oppdatere faglige retningslinjer og veiledere på området kan styrkes for å sikre likeverdige tjenester
 - vurdere å utvikle kvalitetsindikatorer for psykiske helsetjenester som i større grad kan hjelpe kommunene og poliklinikkene i arbeidet med å utvikle tjenester av god kvalitet

5 Statsrådens svar

Helse- og omsorgsministeren gir i sitt svarbrev uttrykk for at Riksrevisjonens rapport er et viktig bidrag til arbeidet med å forbedre og videreutvikle tilbudet til personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Statsråden påpeker at funnene i rapporten tydelig illustrerer at selv om Norge har et godt utbygd tilbud til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer og mange får god behandling, er det fortsatt behov for å forbedre og å utvikle tjenestene videre. Statsråden tar funnene om utfordringer knyttet til kapasitet og kvalitet i tjenestene alvorlig og vil vurdere hvordan anbefalingene kan følges opp.

Statsråden understreker at kommunene har plikt til å tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere, og at denne plikten også omfatter tjenester til personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer. Statsråden opplyser at det har vært viktig for regjeringen å understreke at psykiske helse- og rusproblemer er like viktige som somatiske helseproblemer når helse- og omsorgstjenestene prioriterer og utvikler sitt tjenestetilbud.

Statsråden opplyser at regjeringen har brukt hele virkemiddelapparatet for å bidra til at kommunene står bedre rustet til å ivareta sitt ansvar for å gi et godt og tilrettelagt tilbud til barn og unge med psykiske helseproblemer. Statsråden viser til at det er igangsatt flere tiltak:

- Kommuneøkonomien er styrket.
- Øremerkede tilskudd brukes for å prøve ut, evaluere og implementere kunnskapsbaserte modeller.
- Fra 2021 erstattes tilskuddsordningen til «Rask psykisk helsehjelp» gradvis av en implementeringsstøtte hvor kommunene får tilbud om gratis opplæring, veiledning og oppfølging.
- Helsedirektoratet arbeider med en ny tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge.
- Lov- og regelverket er tydeliggjort.
- KS' læringsnettverk for å forbedre tjenestene videreføres.

Statsråden viser i svarbrevet til at *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)* reflekterer at regjeringen ikke er i mål når det gjelder å gi nødvendig støtte og hjelp til kommunenes arbeid med å bygge kompetanse og kapasitet i de kommunale tjenestene.

Statsråden mener videre at Riksrevisjonens rapport viser at det er behov for forbedringsarbeid på flere områder i spesialisthelsetjenesten og opplyser at dette vil bli fulgt opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

Statsråden viser til at regjeringen gjeninnførte den gyldne regel i 2014. Regelen går ut på at psykisk helsevern og rusbehandling hver for seg skal ha større vekst enn somatikken på regionnivå. Statsråden erkjenner at måloppnåelsen har variert gjennom perioden, og påpeker at dette jevnlig skal tas opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene også framover. Statsråden opplyser at departementet på sikt vil vurdere innretningen av regelen, slik det er beskrevet i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

Statsråden opplyser videre at departementet vil følge opp Riksrevisjonens anbefaling om at pasienter med behov for psykiske helsetjenester må tilbys hjelp i tide, i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

Statsråden har merket seg at ulik forståelse av hvilke pasienter som har behov for behandling i psykisk helsevern, og hvem som bør få tilbud i kommunen, kan bidra til at hjelpen i noen tilfeller gis for sent.

Statsråden opplyser at det er igangsatt flere tiltak som vil tydeliggjøre ansvar og oppgaver:

- Helsedirektoratet arbeider med en ny tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge.
- Helseforetakene arbeider for å bedre samarbeidet om henvisninger. Dette arbeidet er særlig viktig for barn og unge, og Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har derfor fått et oppdrag om dette.

Statsråden opplyser videre at et viktig grep i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* er å etablere 19 helsefelleskap, der personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, samt barn og unge, er to av de fire gruppene som helsefelleskapene skal prioritere å utvikle gode forløp og tjenester for.

Statsråden forventer at pakkeforløp for psykisk helse og rus skal gi pasienter behandlingsforløp som er helhetlige og forutsigbare, og at dette vil bidra til at flere pasienter får hjelp i tide. Statsråden viser til at det gis tydelige anbefalinger om samarbeid før og under henvisning, og at det for noen tilstander er gitt anbefalinger om tid fra henvisning til pasientens første møte med spesialisthelsetjenesten.

Statsråden opplyser om flere tiltak som skal styrke kunnskapsgrunnlaget og gjøre data tilgjengelig både fra pasientene og helse- og omsorgstjenestene. Statsråden har stilt krav om at det etableres:

- felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak
- ungdomsråd i alle helseforetakene

Videre viser statsråden til at Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet på oppdrag fra departementet har laget en femårig plan for gjennomføring av pasienterfaringsundersøkelser. Folkehelseinstituttet skal videreutvikle disse undersøkelsene, og blant annet sørge for at resultater publiseres hyppigere slik at tjenestene mer aktivt kan bruke disse i sitt forbedringsarbeid. Statsråden understreker at departementet vil arbeide videre for å styrke og legge til rette for økt bruker- og pårørendemedvirkning.

Statsråden er enig i at det er nødvendig å sørge for tilstrekkelig kunnskap om rusproblematikk hos spesialister i BUP og peker på at det faglige samarbeidet mellom BUP og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og behandlingstilbudet til unge med skadelig bruk av rusmidler, må utvikles. Statsråden viser til at regjeringen vil:

- sørge for at ungdom som har vært til behandling for alkoholforgiftning eller annen forgiftning på sykehus eller på legevakt, får tilbud om samtale og videre oppfølging med kvalifisert personell
- utrede tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge – TSB Ung

Statsråden påpeker ellers at regionale helseforetak, sammen med flere andre, har i oppdrag å analysere befolkningens fremtidige behov for tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Statsråden forventer at dette blir et viktig redskap for tjenestene og helsemyndighetene for å redusere variasjon og dimensjonere tjenestene fremover.

Statsråden er enig med Riksrevisjonen i at det er behov for mer kunnskap på feltet og for at kunnskapen som allerede finnes i større grad blir tatt i bruk. Statsråden mener at tjenestene i større grad bør innrettes etter om hjelpen faktisk bidrar til bedre livskvalitet og mestring sett med pasientens øyne. Statsråden er enig med Riksrevisjonen i at dette krever oppdaterte retningslinjer, gode brukerundersøkelser og resultat- og styringsinformasjon som i større grad gir informasjon om kvalitet i behandling – slik som kvalitetsregistre og pakkeforløpsindikatorer. Statsråden viser til at dette er omtalt og fulgt opp med flere tiltak i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Samtidig fremhever statsråden at han vil fortsette å følge opp dette i styringsdialogen både med regionale helseforetak, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

I brevet viser statsråden til flere tiltak som skal bidra til å styrke kvaliteten i de psykiske helsetjenestene:

- Helsedirektoratet fortsetter arbeidet med å utvikle det kommunale pasient- og brukerregisteret (KPR)
- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for fastlegeordninger og øvrig allmennlegetjeneste
- Helsedirektoratet har laget en plan for revisjon av eksisterende retningslinjer på rus- og psykisk helsefeltet
- Helsedirektoratet reviderer og videreutvikler veiledere for psykisk helsearbeid i kommunene

- Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Barne- og familiedepartementet har etablert et system for å utvikle nasjonale, forskriftsfestede retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger (RETHOS)

Statsråden understreker at de ansvarlige for virksomhetene som yter helse- og omsorgstjenester etter helselovgivningen, har plikt til å sørge for forsvarlig helsetilbud og at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Gjennom blant annet rapporteringer fra tilsynsmyndighetene og fra Helsedirektoratet, får regjeringen grunnlag for å vurdere og avgjøre om det er behov for tiltak.

Avslutningsvis understreker statsråden at han sammen med berørte statsråder vil fortsette å jobbe kontinuerlig med å sikre tilgjengelige tjenester av god kvalitet for personer med psykiske plager og lidelser.

6 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar

Statsråden og Riksrevisjonen er enige om at det er behov for å forbedre og å utvikle de psykiske helsetjenestene videre. Riksrevisjonen vil særlig trekke fram behovet for å øke kunnskapen om virkning av ulike behandlingsformer og for å styrke bruker- og pårørendeinvolveringen på alle nivåer i tjenestene.

Siden 2014 har det vært et mål i spesialisthelsetjenesten at psykisk helsevern skal prioriteres over somatikken. Målet er også kalt den gyldne regel. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom flere år fulgt opp målet gjennom oppdragsdokumenter og foretaksmøter med de regionale helseforetakene, uten at målet er blitt nådd. Riksrevisjonen merker seg at departementet skal fortsette å følge opp prioriteringsregelen på samme måte som før. Departementet bør, etter Riksrevisjonens mening, vurdere å ta i bruk ytterligere virkemidler for å sørge for at psykisk helsevern blir tilstrekkelig prioritert.

Riksrevisjonen har ingen ytterligere kommentarer.

Saken oversendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 18. mai 2021

Per-Kristian Foss

Helga Pedersen

Anne Tingelstad-Wøien

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Jens Gunvaldsen

Vedlegg

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Utsatt offentlighet jf. rrevl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev av 10. februar 2021 og på departementets svar i brev av 8. mars 2021.

Vi ber statsråden redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: 5. mai 2021.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg:

Utkast til Dokument 3:x (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester

Vedlegg 2:
Statsrådets svar



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref
18/850-22

Dato
5. mai 2021

Forvaltningsrevisjon om oppfølgingen av personer med psykiske og/eller ruslidelser - statsrådets redegjørelse

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen av 23. april om forvaltningsrevisjon om oppfølgingen av personer med psykiske og/eller ruslidelser.

Jeg er svært glad for at Riksrevisjonen har gjort en så grundig gjennomgang av tilbudet til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Funnene i rapporten illustrerer tydelig at selv om innsatsen for å styrke tilbudet til denne pasientgruppen har vært stor helt siden Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, er det fortsatt behov for å forbedre og å utvikle tjenestene videre.

Norge har et godt utbygd tilbud til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, også i internasjonal sammenheng. Mange får god behandling. Det er likevel utfordringer knyttet til både kapasitet og kvalitet i tjenestene. Jeg tar funnene i rapporten alvorlig og merker meg anbefalingene.

Riksrevisjonens undersøkelse omfatter perioden 2015–2020. De fleste områdene i rapporten er allerede omtalt og møtt med tiltak i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022), regjeringens Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 og andre dokumenter som regjeringen har lagt frem. Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer blir særlig trukket fram som en gruppe som ikke får god nok behandling. Dette var noe av grunnlaget for at regjeringen i 2019 la frem en egen opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, hvor målsetningen er å videreutvikle tjenestene der de fungerer godt og å styrke tjenestene der de

er for svake, samtidig som det helsefremmende og forebyggende arbeidet skal utvikles og bygges ut.

Nedenfor følger mine kommentarer til Riksrevisjonens anbefalinger.

Om bistand til kommunene

Riksrevisjonen mener Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere hvordan statlige myndigheter bedre kan støtte kommunene i arbeidet med å forbedre de psykiske helsetjenestene. I og med at kommunene har fått overført en større del av ansvaret for pasientforløpene, mener Riksrevisjonen at Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere hvordan statlige myndigheter kan bistå kommunene slik at de blir bedre i stand til å ivareta ansvaret de har for å gi behandling til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Jeg vil understreke at kommunenes plikt til å tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere også omfatter plikt til å tilby tjenester til personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer. For regjeringen har det vært viktig å understreke at psykiske helse- og rusproblemer er like viktige som somatiske helseproblemer når helse- og omsorgstjenesten prioriterer og utvikler sitt tjenestetilbud.

Regjeringen har brukt hele virkemiddelapparatet for å bidra til at kommunene står bedre rustet til å ivareta sitt ansvar for å gi et godt og tilrettelagt tilbud til barn og unge med psykiske helseproblemer. Kommuneøkonomien er vesentlig styrket de siste åtte årene, noe som gir et godt grunnlag for at kommunene kan bygge gode og tilpassede tjenestetilbud for sine innbyggere. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en av de viktigste tjenestene for barn og unge, og gjennom en kombinasjon av styrking av rammetilskudd og øremerket tilskudd har regjeringen bidratt til å styrke tjenesten med over 1,3 mrd. kroner siden 2014.

Øremerkede tilskudd brukes også for å prøve ut, evaluere og implementere kunnskapsbaserte modeller for oppfølging av barn og unge med alvorlige og sammensatte psykiske helseproblemer. Regjeringen legger gjennom tilskudd til rette for utprøving av et tilbud med fleksible, aktivt oppsøkende behandlingsteam for barn og unge (FACT-ung) i en rekke kommuner. Erfaringene fra voksenfeltet er at dette er en effektiv og god måte å nå brukere med behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Per nå er det igangsatt fire piloter og fem forprosjekter. Denne satsingen vil på sikt kunne bidra til at flere kommuner, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kan gi et oppsøkende og faglig godt behandlingstilbud til ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusproblemer. Det er også en ambisjon å få etablert flere ACT- og FACT-team for oppsøkende og tverrfaglig utredning, behandling og oppfølging av voksne med samtidige psykiske plager og lidelser og rusproblemer.

For ungdommer er også tilbudet som ytes gjennom Rask psykisk helsehjelp viktig. Dette har vært et satsningsområde for regjeringen, og i 2019 hadde 62 kommuner og bydeler etablert tilbudet. Aldersgrensen for dette lavterskel behandlingstilbudet er 16 år. Fra 2021 avvikles

tilskuddsordningen til Rask psykisk helsehjelp gradvis og erstattes av en implementeringsstøtte hvor kommunene får tilbud om gratis opplæring, veiledning og oppfølging. Det gjør at kommuner som ønsker å etablere tilbudet ikke lenger må "stå i kø" for å få tilskudd. Det gjør også at kommunene får tettere oppfølging for å sikre at tilbudet som ytes er kunnskapsbasert.

Med bakgrunn i Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse, er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å lede arbeidet med å utarbeide en ny og tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Mange kommuner har lyktes med å etablere gode hjelpetilbud, men det er store variasjoner mellom kommunene. En del av kommunene rapporterer at det i liten grad er en klar ansvarsdeling når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker. Veilederen skal bidra til å tydeliggjøre forventningene til samarbeid og samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer, og vil også omhandle rus- og voldsproblematikk.

Jeg er opptatt av at psykisk helse ikke må bli helse- og omsorgstjenestenes eneansvar. God psykisk helse skapes først og fremst utenfor helsetjenestene, og kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid må spres ut i andre samfunnssektorer i større grad enn i dag. Om en ny veileder skal være nyttig for barn og unge, må den derfor også rette seg mot barnehage, skole, barnevern, NAV og andre relevante tjenester. Helsedirektoratet har invitert flere andre direktorater inn i arbeidet med veilederen.

Regjeringen har også understreket at psykisk helse- og rusproblemer skal ses på som like alvorlige og viktige når tjenestene utvikles gjennom tydeliggjøringer av lov- og regelverk. Det er blant annet eksplisitt klargjort at det kommunale tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnplasser også skal være for personer med slike helseproblemer. Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter ble fra 2020 innført også for pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Innføringen av lovplikten for kommunene til å ha psykologkompetanse er også et viktig grep for å heve kompetansen i tjenestene. Tilskuddsordningen for rekruttering av psykologstillinger har frem til 2020 sørget for at samtlige kommuner har hatt mulighet til å søke tilskudd til rekruttering av psykolog. De regionale kunnskapssentre for barn og unge og Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) har ansvar for å gjennomføre årlige samlinger for psykologer i kommunene, hvor hensikten er å tilby en møteplass for erfaringsutveksling, faglig tilførsel og refleksjoner over praksis. Målet er at psykologer finner kollegastøtte i sin rolleutforming og faglige utvikling, og får kunnskapstilførsler tilpasset sine behov. Enkelte fagdager åpnes for ledere, kollegaer og samarbeidspartnere i kommunene når temaet har relevans for flere faggrupper og for samarbeidsforhold i kommunene.

KS' læringsnettverk for å forbedre tjenestene i kommunene og sikre god samhandling for barn og unge med psykiske vansker og rusmiddelproblemer, er et annet viktig virkemiddel for å spre de gode eksemplene til flere kommuner. Erfaring viser at læringsnettverk gir økt kompetanse og stimulerer til faglig utvikling. Regjeringen vil videreføre læringsnettverkene.

Regjeringens forslag til rusreform er et viktig grep for å redusere stigmaet knyttet til bruk av ulovlige rusmidler, og vil være viktig for å senke terskelen for at barn og unge med rusproblemer oppsøker helsehjelp.

Selv om regjeringen har tatt i bruk alle tilgjengelige virkemidler for å bidra til at kommunene får nødvendig støtte og hjelp til å bygge kompetanse og kapasitet, er vi ikke i mål. Det reflekteres klart og tydelig i Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse, hvor det er satt mål for videreutviklingen av det helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede psykisk helse- og rusarbeidet for barn og unge, herunder utvikling av et lavterskel behandlingstilbud i kommunene.

Om styring av de regionale helseforetakene

Riksrevisjonen mener Helse- og omsorgsdepartementet som en del av styringen av de regionale helseforetakene må påse at pasienter med behov for psykiske helsetjenester tilbys hjelp i tide, at det framskaffes økt kunnskap om virkningen av ulike behandlingsformer og at pasientenes og pårørendes erfaringer innhentes og brukes i forbedringsarbeidet av tjenestene. Videre mener Riksrevisjonen at departementet må påse at de regionale helseforetakene har tilstrekkelig kompetanse til å avdekke og behandle ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og at den gylne regel (prioriteringsregelen) etterleves, herunder målet om at psykisk helsevern skal prioriteres.

Riksrevisjonens rapport viser at det også er behov for forbedringsarbeid på flere områder i spesialisthelsetjenesten. Dette vil bli fulgt opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

Utfordringene som Riksrevisjonen finner, er i hovedsak godt kjent for departementet og har vært omtalt blant annet i Nasjonal helse- og sykehusplan og Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse.

Det er belastende å måtte vente på hjelp, og departementet vil følge opp Riksrevisjonens anbefaling om å påse at pasienter som trenger behandling i psykisk helsevern bør få hjelp i tide, i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

Departementet har iverksatt en rekke tiltak for å bidra til tidlig og riktig hjelp. Som det fremgår både i Riksrevisjonens rapport og i Nasjonal helse- og sykehusplan, er det i dag "...ulik forståelse av hvilke pasienter som har behov for behandling i psykisk helsevern, og hvem som bør få tilbud i kommunen". Dette kan bidra til at hjelpen i noen tilfeller gis for sent.

Gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan er dette adressert, og det er igangsatt flere tiltak som vil tydeliggjøre felles ansvar- og oppgavedeling. Helsedirektoratets arbeid med den nye tverrsektorielle veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge, samt pågående arbeid med Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, skal også bidra til at ansvar og oppgaver tydeliggjøres. Regjeringen legger også til grunn at helseforetakene fortsetter arbeidet med bedre samarbeid rundt henvisninger. Dette er særlig viktig for barn og unge, og det er derfor gitt konkret oppdrag til Helsedirektoratet og regionale helseforetak om dette.

Prioriteringsveilederne for psykisk helse og rus er utviklet for å gi veiledning og beslutningsstøtte for dem som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten, slik at det blir enklere å sikre at de med størst behov for behandling kommer først i køen.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ulike forutsetninger for å gi tilbud rundt om i landet. Derfor må tjenestene finne lokale løsninger som gjør at brukerne og pasientene får rask hjelp på riktig nivå. Et viktig grep i Nasjonal helse- og sykehusplan er å etablere 19 helsefellesskap. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, samt barn og unge, er to av de fire gruppene som de nye helsefellesskapene skal prioritere å utvikle gode forløp og tjenester for.

Et hovedmål med pakkeforløp for psykisk helse og rus er å gi pasienter behandlingsforløp som er helhetlige og forutsigbare, uten unødige ventetid. Dette gjelder både ved oppstart, men også underveis og ved avslutning av forløpet. Det gis bl.a. tydelige anbefalinger om samarbeid før og under henvisning. For noen tilstander er det særlig viktig å få rask oppstart av helsehjelpen, for eksempel ved spiseforstyrrelser og psykoselidelser. I disse to pakkeforløpene gis det derfor anbefalinger om tid fra henvisning til pasientens første møte med spesialisthelsetjenesten. Jeg forventer at dette vil bidra til at flere pasienter får hjelp i tide.

Videre har regjeringen stor oppmerksomhet på at ventetidene skal reduseres ytterligere, og selv om vi ikke er i mål ennå, har ventetidene blitt redusert mye siden 2013 og er betydelig lavere enn i somatikken. Rapporten konkluderer med at det er ulik tilgang til hjelp for psykisk plager og lidelser. Det gjøres mye for å synliggjøre og redusere variasjon i tjenestetilbudene både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Et viktig spørsmål er også hvordan de psykiske helsetjenestene skal dimensjoneres og organiseres fremover. Gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan har de regionale helseforetakene, i samarbeid med KS, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og andre aktører fått i oppdrag å gjøre en analyse av befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester. Jeg forventer at dette blir et viktig redskap for tjenestene og helsemyndighetene for å redusere variasjon og dimensjonere tjenestene fremover.

Tilgang til kunnskap og data som forteller oss hvordan det oppleves å være bruker, pasient og pårørende, er grunnleggende i alt kvalitetsforbedringsarbeid. Mye gjøres for å styrke

kunnskapsgrunnlaget og tilgjengeliggjøre data både fra pasientene og helse- og omsorgstjenesten. Jeg har stilt krav om etablering av felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak, og at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd. Pasienterfaringsundersøkelsene gir nyttig kunnskap på stadig flere områder. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har laget en femårig plan for gjennomføring av pasienterfaringsundersøkelser på oppdrag fra departementet. Folkehelseinstituttet videreutvikler disse undersøkelsene og sørger blant annet for at resultater publiseres hyppigere slik at tjenestene mer aktivt kan bruke disse i sitt forbedringsarbeid. Pakkeforløpene gir anbefalinger om bruker- og pårørendeinvolvering gjennom hele forløpet. Som det fremgår av Riksrevisjonens rapport og Nasjonal helse- og sykehusplan, er det likevel behov for ytterligere tiltak og departementet vil arbeidet videre for å styrke og legge til rette for økt bruker- og pårørendemedvirkning.

Det er nødvendig å sørge for tilstrekkelig kunnskap om rusproblematikk hos spesialister i BUP, barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, og kompetanse i intervensjoner og behandling. Barn og unge i kontakt med BUP må utredes også med tanke på rusproblemer og tilbys forsvarlig behandling. Det faglige samarbeidet mellom BUP og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og behandlingstilbudet til unge med skadelig bruk av rusmidler, må utvikles. Slik det fremgår av Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) vil regjeringen sørge for at ungdom som har vært til behandling for alkoholforgiftning eller annen forgiftning på sykehus eller på legevakt, får tilbud om samtale og videre oppfølging med kvalifisert personell. I tillegg vil regjeringen utrede tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge – TSB Ung.

Det er viktig at statlige virkemidler understøtter ønsket utvikling. I 2014 gjeninnførte regjeringen den gylne regel. Den går ut på at psykisk helsevern og rusbehandling hver for seg skal ha større vekst enn somatikken på regionnivå. Regelen blir målt i kostnader, ventetider og poliklinisk aktivitet. De siste årene er det fastsatt absolutte ventetidskrav til hhv. psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Måloppnåelsen på prioriteringsregelen har variert gjennom perioden, og tas opp jevnlig i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Det vil gjøres også fremover. På sikt vil departementet vurdere innretningen av regelen, slik det er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan.

En av konklusjonene i Riksrevisjonens rapport er at "befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre". Selv om det ikke er gitt en spesifikk anbefaling fra Riksrevisjonen rundt dette, vil jeg påpeke at regionale helseforetak, sammen med flere andre, har i oppdrag å analysere befolkningens fremtidige behov for tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Jeg forventer at dette blir et viktig redskap for tjenestene og helsemyndighetene for å redusere variasjon og dimensjonere tjenestene fremover.

Om kunnskapsutvikling, kunnskapsspredning og kvalitetsforbedring

Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør følge opp at ledelsen i alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester arbeider systematisk med læring og kvalitetsforbedring. Videre mener Riksrevisjonen at departementet bør vurdere hvordan det kan legges bedre til rette for kunnskapsbasert praksis i tjenestene, blant annet ved å vurdere hvordan arbeidet med å utvikle og oppdatere faglige retningslinjer og veiledere på området kan styrkes for å sikre likeverdige tjenester og ved å vurdere å utvikle kvalitetsindikatorer for psykiske helsetjenester som i større grad kan hjelpe kommunene og poliklinikkene i arbeidet med å utvikle tjenester av god kvalitet.

Jeg er enig med Riksrevisjonen i at det er behov for å få mer kunnskap, men kanskje enda viktigere – at den kunnskapen vi besitter i enda større grad tas i bruk. Tjenestene bør i større grad innrettes etter om hjelpen faktisk bidrar til bedre livskvalitet og mestring sett med pasientens øyne. Dette krever oppdaterte retningslinjer, gode brukerundersøkelser og resultat- og styringsinformasjon som i større grad gir informasjon om kvalitet i behandling – slik som kvalitetsregistre og pakkeforløpsindikatorer. Dette er omtalt og følges opp med flere tiltak i Nasjonal helse- og sykehusplan, men er også et viktig område jeg vil fortsette å følge opp i styringsdialogen både med regionale helseforetak, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Arbeidet med å utvikle det kommunale pasient- og brukerregisteret (KPR) skal fortsette, slik at stadig mer data om de kommunale tjenestene kan samles, analyseres og legges til grunn for styring og forbedringsarbeid i kommunene. Imidlertid må utviklingen av KPR følge utviklingen av de kommunale journalsystemene slik at data kan samles og behandles uten stort merarbeid for tjenesteyterne. Som oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å utrede et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for fastlegeordninger og øvrig allmennlegetjeneste. På sikt skal også systemet utvides til hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er iverksatt arbeid med å revidere og videreutvikle veiledere for psykisk helsearbeid i kommunene, og utvide disse til å omfatte hele tjenestetilbudet. Helsedirektoratet har laget en plan for revisjon av eksisterende retningslinjer på rus- og psykisk helsefeltet.

En viktig forutsetning for kompetanse er at utdanningene møter pasientenes og brukernes behov. Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Barne- og familiedepartementet har etablert et system for å utvikle nasjonale, forskriftsfestede retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger, RETHOS. Retningslinjene skal definere sluttkompetansen for hver utdanning. Målet med RETHOS er at utdanningene er framtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov. Gjennom dette styringssystemet får både tjenestene og brukerne økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene RETHOS omfatter. Alle de helse- og sosialfaglige utdanningene er nå inkludert i RETHOS.

De ansvarlige for virksomhetene som yter helse- og omsorgstjenester har etter helselovgivningen plikt til å sørge for forsvarlig helsetilbud og at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Tilsynsmyndighetene fører tilsyn med at lovkravene oppfylles. Gjennom blant annet rapporteringer fra tilsynsmyndighetene og fra Helsedirektoratet, får regjeringen grunnlag for å vurdere og avgjøre om det er behov for tiltak.

Riksrevisjonens rapport er et viktig bidrag til arbeidet med å forbedre og videreutvikle tilbudet til personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. I tillegg til tiltak og innsatser som allerede er igangsatt og planlagt vil jeg i det videre fortsette å vurdere hvordan anbefalingene kan følges opp, og jeg vil sammen med berørte statsråder fortsette å jobbe kontinuerlig med å sikre tilgjengelige tjenester av god kvalitet for personer med psykiske plager og lidelser.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 3:

Rapport: Riksrevisjonens undersøkelse av
psykiske helsetjenester

Revisjonen er gjennomført som forvaltningsrevisjon etter lov om Riksrevisjonen § 9 tredje ledd og instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 9. Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon og INTOSAIs standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000).

Innhold

1	Innledning	9
1.1	Bakgrunn	9
1.2	Mål og problemstillinger	11
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	12
2.1	Statistikk og registerdata	12
2.2	Spørreundersøkelser	15
2.3	Intervjuer/møter	17
2.4	Journalgjennomgang	18
2.5	Dokumentgjennomgang	19
3	Krav til de regionale helseforetakene og kommunene om å sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester	20
3.1	Krav om forsvarlige helse- og omsorgstjenester	20
3.2	Krav om likeverdige helse- og omsorgstjenester	20
3.3	Krav til kommunene og spesialisthelsetjenesten om å sørge for tjenester av god kvalitet	21
3.4	Krav til Helse- og omsorgsdepartementet	24
4	Utviklingen i omfanget av psykiske helsetjenester	27
4.1	Relevante føringer	27
4.2	Oppsummering	27
4.3	Det har vært en økning i antall pasienter som oppsøker fastlege og legevakt i kommunene i forbindelse med psykiske plager og lidelser	27
4.4	Antall årsverk i de psykiske helsetjenestene i kommunene har økt	28
4.5	Det har ikke vært vekst i antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern	30
4.6	Det har vært større vekst i antall polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern for voksne enn for barn og unge	32
4.7	Den relative veksten i kostnader og aktivitet har vært høyere i somatikken enn i psykisk helsevern	33
4.8	Ventetidene i psykisk helsevern for barn og unge er ikke redusert like mye som ventetidene i somatikken	35
5	Bruken av psykiske helsetjenester i 2019	37
5.1	Relevante føringer	37
5.2	Oppsummering	37
5.3	Omfanget av behandlingen av psykiske plager og lidelser er avhengig av bosted	37
	Antall kontakter per pasient som er til behandling i poliklinikk, er avhengig av bosted	39
6	Styring og finansiering av arbeidet med psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten	42
6.1	Relevante føringer	42
6.2	Oppsummering	42
6.3	Ingen av de regionale helseforetakene har nådd målene for alle indikatorene for den gylne regel i løpet av de siste fem årene	42
6.4	Regionale helseforetak opplever at finansieringsordningen gir incentiver til å prioritere arbeidet med somatiske helsetjenester over arbeidet med psykisk helsevern	45
7	Innholdet i behandlingstilbudet til personer med psykiske plager og lidelser	47
7.1	Relevante føringer	47
7.2	Oppsummering	47

7.3	Flere kommuner har ikke etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til personer med psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer	47
7.4	Mange kommuner tilbyr ikke oppsøkende psykiske helsetjenester	48
7.5	Én av ti kommuner har ikke et behandlingstilbud til barn og unge med psykiske plager og lidelser ut over fastlege	48
7.6	Det er store variasjoner i hvor stor andel av henvisningene som avvises i psykisk helsevern	49
7.7	Enkelte poliklinikker i psykisk helsevern krever henvisning for øyeblikkelig hjelp	51
7.8	Det er store forskjeller i hvor lenge barn, unge og voksne må vente før de får behandling	52
7.9	Ambulant behandling tilbys ikke av alle poliklinikker	52
7.10	Over 60 prosent av poliklinikkene har ubesatte stillinger som skyldes rekrutteringsutfordringer	53
8	Kunnskapsgrunnlaget om behandlingsmetoder innenfor psykisk helse	56
8.1	Relevante føringer	56
8.2	Oppsummering	56
8.3	Mange poliklinikker og kommuner deltar ikke i forskning om psykisk helse	56
8.4	For noen psykiske lidelser mangler det oppsummert kunnskap om hvilke behandlingsformer som har best effekt	57
8.5	Ikke alle poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge tilbyr sine pasienter anbefalte behandlingsmetoder	58
9	Virkemidler til bruk i kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten og kommunene	60
9.1	Relevante føringer	60
9.2	Oppsummering	60
9.3	Behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten blir innført på flere måter	61
9.4	Over halvparten av de nasjonale faglige retningslinjene og veilederne som omhandler psykisk helse, er ikke oppdatert de siste fire årene	62
9.5	Nasjonale veiledere og retningslinjer oppleves i stor grad som nyttige	63
9.6	Pakkeforløpene har foreløpig ikke bidratt til økt samarbeid og koordinering	65
9.7	Mange kommuner opplever at de ikke får god nok bistand av Fylkesmannen til arbeidet på psykisk helse- og rusfeltet	66
9.8	Det ene nasjonale medisinske kvalitetsregistret som finnes innenfor psykisk helse, fører foreløpig ikke til faglig forbedring	67
9.9	Det finnes ingen nasjonale kvalitetsindikatorer som gir informasjon om hvorvidt tjenestene til personer med psykiske plager og lidelser er virkningsfulle	67
9.10	Det er gjennomført få nasjonale brukerundersøkelser om behandlingen som foregår i poliklinikkene	69
9.11	Det er utviklet ett verktøy for samvalg innenfor psykisk helse	70
10	Ledelse og kvalitetsforbedring i de psykiske helsetjenestene	72
10.1	Relevante føringer	72
10.2	Oppsummering	72
10.3	Én av fem kommuner innhenter ikke informasjon om hvordan barn og unge med psykiske plager og lidelser og deres pårørende opplever behandlingen	72
10.4	Tjenestene evalueres i mange kommuner, men ikke i alle	74
10.5	Omtrent én av ti poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge innhenter ikke informasjon fra barn og unge eller de pårørende om deres erfaringer med tjenestene som blir gitt	74
10.6	Det varierer hvilke informasjonskilder poliklinikkene i psykisk helsevern bruker til å planlegge, gjennomføre og forbedre poliklinikkens oppgaver	75

10.7	De fleste poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge mangler nødvendig kompetanse, og mange ledere jobber ikke systematisk med kompetanseutvikling	76
10.8	Lederne av poliklinikkene i psykisk helsevern opplever at helseforetakene har stor oppmerksomhet på ventetider og inntjeningskrav, men mindre oppmerksomhet på om behandlingen har ønsket virkning	77
10.9	Mange ledere for poliklinikkene i psykisk helsevern opplever at de mangler verktøy for å styre den faglige virksomheten	79
11	Behandling av ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer	80
11.1	Relevante føringer	80
11.2	Oppsummering	80
11.3	Mange kommuner mener at de ikke har et godt nok tilbud til ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer.....	80
11.4	Mange poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge har ikke god nok kompetanse til å avdekke og behandle ungdom som har rusmiddelproblemer i tillegg til en psykisk lidelse	82
11.5	Ungdommene er som regel med på å lage sine egne behandlingsplaner i BUP.....	83
11.6	Få poliklinikker for barn og unge benytter behandlingsmetoder som er spesielt rettet mot rusmiddelproblemer	84
11.7	Behandlerne mangler ofte den fleksibiliteten som er nødvendig for å gi ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer god behandling	85
11.8	Behandlingen evalueres i liten grad som forutsatt.....	88
11.9	Få ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har koordinator og individuell plan	89
11.10	En del ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får behandling som er beregnet på voksne	92
12	Vurderinger.....	94
12.1	Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre ..	94
12.2	Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik	94
12.3	Mange får ikke hjelp av psykisk helsevern når de trenger det	95
12.4	Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling .	95
12.5	Regelen om at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd.....	96
12.6	Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukermedvirkning og pårørendeinvolvering	97
12.7	Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok	98
12.8	Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring	98
12.9	De sentrale statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte	99
13	Referanseliste	101
14	Vedlegg	107
14.1	Takster benyttet for å definere konsultasjonene.....	108
14.2	Identifisering av ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.....	109
14.3	Forbehold ved KUHR-aktivitetstall	109
14.4	Variasjon i pasienter og kontakter hos fastlege/legevakt og poliklinikker.....	109

Tabelloversikt

Tabell 1 Metoder som er brukt for å belyse problemstillingene	12
Tabell 2 Gjennomsnittlig antall kontakter per pasient i poliklinikk og hos fastlege/legevakt i 2019 (0–17 år) ..	40
Tabell 3 Gjennomsnittlig antall kontakter per pasient i poliklinikk og hos fastlege/legevakt i 2019 (18 år +) ..	40
Tabell 4 Måloppnåelse for den gyldne regel i perioden 2015–2019	43
Tabell 5 Regionale helseforetak som innfridde kravene til ventetider i 2019	52
Tabell 6 Andelen ubesatte stillinger ved poliklinikker i psykisk helsevern med ubesatte stillinger per 1. februar 2020	53
Tabell 7 Kvalitetsindikatorerne innenfor psykisk helse for voksne, fordelt på hvilke kvalitetsdimensjoner de måler, og om de gir informasjon til spesialisthelsetjenesten og/eller kommunehelsetjenesten	68
Tabell 8 Kvalitetsindikatorerne innenfor psykisk helse for barn og unge, fordelt på hvilke kvalitetsdimensjoner de måler, og om de gir informasjon til spesialisthelsetjenesten og/eller kommunehelsetjenesten	69
Tabell 9 Hvor mange ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får individuell plan, koordinator eller ansvarsgruppemøter?	90
Tabell 10 I hvilken grad opplever behandlerne at virkemidlene som skal sikre helhetlige pasientforløp mellom kommune og poliklinikk for ungdom med samtidige lidelser, gjør det?	91
Tabell 11 Oversikt over takster som brukes for å definere konsultasjoner hos fastlege/legevakt	108
Tabell 12 Oversikt over takster som brukes for å definere konsultasjoner hos avtalespesialister	108
Tabell 13 Oversikt over ICD-10-koder som brukes til å identifisere antall ungdom med samtidige lidelser ..	109
Tabell 14 Oppsummering av variasjonen i antall pasienter og kontakter	113

Figuroversikt

Figur 1 Prosentvis utvikling i antall pasienter hos fastlege/legevakt i forbindelse med psykiske plager og lidelser i perioden 2015–2019	28
Figur 2 Prosentvis utvikling i antall årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene i perioden 2015–2019	29
Figur 3 Prosentvis utvikling i antall polikliniske kontakter, døgntilrettelagt og kontakter med avtalespesialister i psykisk helsevern for voksne i perioden 2015–2019	31
Figur 4 Prosentvis utvikling i antall polikliniske kontakter, døgntilrettelagt og kontakter med avtalespesialister i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2015–2019	32
Figur 5 Prosentvis utvikling i polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern i perioden 2015–2018 ..	33
Figur 6 Prosentvis utvikling i kostnadene i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015–2019	34
Figur 7 Prosentvis utvikling i antall polikliniske kontakter og kontakter med avtalespesialister i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015–2019	35
Figur 8 Utviklingen i ventetider i perioden 2015–2019	36
Figur 9 Antall kontakter med fastlege/legevakt, poliklinikker og avtalespesialister per 10 000 innbyggere (0–17 år) i 2019, fordelt på helseregionene	38
Figur 10 Antall kontakter med fastlege/legevakt, poliklinikker og avtalespesialister per 10 000 innbyggere (18 år +) i 2019, fordelt på helseregionene	39
Figur 11 Andelen avviste henvisninger i psykisk helsevern i 2019, fordelt på helseforetak og private behandlingssteder som har myndighet til å tildele rett til helsehjelp	50
Figur 12 Konsekvenser av ubesatte stillinger ved poliklinikkene i psykisk helsevern	54
Figur 13 Den samlede FoU-innsatsen innenfor psykisk helse i universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren og spesialisthelsetjenesten, fordelt på forskningstema og beløp (mill. kr)	57
Figur 14 Verktøy som er vurdert som nyttige av fagansvarlige i kommunene	64
Figur 15 Verktøy som er benyttet av behandlere i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge	65
Figur 16 Brukermedvirkning og brukerinvolvering i kommunen	73
Figur 17 Metodene poliklinikkene og helseforetakene bruker til å innhente informasjon fra pasienter og pårørende om hvordan de opplever behandlingen i BUP	75
Figur 18 Analyse av informasjonskilder benyttet av poliklinikkene eller helseforetaket	76
Figur 19 Ledernes opplevelse av styringssignaler	78
Figur 20 Andelen behandlere som mener at fleksibilitet i behandlingen er nødvendig, og andelen behandlere som mangler en slik mulighet i arbeidshverdagen	85
Figur 21 Variasjon i antall pasienter (0–17 år) per 10 000 innbyggere i 2019 – fastlege/legevakt og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge	110

Figur 22 Variasjon i antall kontakter (0–17 år) per 10 000 innbyggere i 2019 – fastlege/legevakt og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge	111
Figur 23 Variasjon i antall pasienter (18 år +) per 10 000 innbyggere i 2019 – fastlege/legevakt og poliklinikker i psykisk helsevern voksne.....	112
Figur 24 Variasjon i antall kontakter (18 år og eldre) per 10 000 innbyggere i 2019 – fastlege/legevakt og poliklinikker i psykisk helsevern voksne.....	113

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Definisjoner av psykiske lidelser og psykiske plager	9
Faktaboks 2 Innholdet i årsverkstallene	29
Faktaboks 3 Ulike typer kontakter med psykisk helsevern	30
Faktaboks 4 Lavterskeltjenestene i kommunene	49
Faktaboks 5 «Jeg skulle hatt BUP i en koffert»	51
Faktaboks 6 Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere	62
Faktaboks 7 Virkemidler eller verktøy som skal bidra til kunnskapsbasert behandling	64
Faktaboks 8 Pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus	65
Faktaboks 9 Hva er samvalg?	71
Faktaboks 10 Styringssystem.....	79
Faktaboks 11 Hva er en behandlingsplan?	83
Faktaboks 12 Hva er psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju?	84
Faktaboks 13 Eksempel på at ambulant virksomhet kan hjelpe ungdom som ellers ikke får hjelp	87
Faktaboks 14 Hva er feedbackinformerte tjenester?	88
Faktaboks 15 Hva er koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe?	90

Ordliste og forkortelser

- **Ambulant behandling** i spesialisthelsetjenesten er behandling som blir gitt andre steder enn i poliklinikken, for eksempel i pasientens eget miljø.
- **BUP** er forkortelse for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. BUP gir desentraliserte spesialisthelsetjenester til barn og unge mellom 0-18 år, og skal dekke behov for utredning, behandling og akutt helsehjelp.¹
- **DPS** er forkortelse for distriktpsykiatriske sentre. DPS gir desentraliserte spesialisthelsetjenester til voksne, og skal dekke behov for utredning, behandling og akutt helsehjelp.² DPS kan omfatte døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling, samt ambulante tjenester.
- **Døgnbehandling** vil si at pasienten er innlagt på sykehus over natten. Innleggelsen kan vare i ett eller flere døgn.
- **Helfo** behandler oppgjør fra folketrygden til behandlere, leverandører og tjenesteytere samt individuell refusjon av privatpersoners utgifter til blant annet legemidler, tannhelse og helsetjenester i utlandet. Helfo er Helsedirektoratets ytre etat.³
- **Kommunens helse- og omsorgstjeneste** omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Kommunene skal tilby helse- og omsorgstjenester som for eksempel skolehelsetjeneste, helsestasjonstjeneste, legevakt og fastlegeordningen.⁴
- **Konsultasjoner** omfatter møter mellom pasient og behandler i helsetjenesten der det gjennomføres utredning eller behandling.
- **Kontakter** med helsetjenestene inkluderer både direkte og indirekte kontakter. Direkte kontakter er utredning eller behandling der pasienter møter behandler fysisk. Indirekte kontakter er utredning eller behandling der pasienten ikke møter behandlere fysisk og omfatter blant annet telefonkontakter og videokonferanser. Indirekte kontakter gjelder også møter mellom fagpersoner i spesialisthelsetjenesten eller mellom fagpersoner i spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- **Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR)** er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (Helfo). For hver kontakt en pasient har med en behandler, sendes det en regning til Helfo. I KUHR lagres informasjon om blant annet behandler, pasient (fødselsnummer, bostedskommune, kjønn, alder, diagnose), dato og klokkeslett, takster og refusjon (fra staten til behandler). Systemet eies av Helsedirektoratet.⁵
- **Kvalitetsforbedring** er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere tiltakene til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer.⁶
- **Norsk pasientregister (NPR)** er et sentralt helseregister som inneholder helseopplysninger om alle personer som har fått behandling eller som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten, enten på sykehus, i poliklinikk eller hos avtalespesialister.⁷
- **Opptaksområde** er de kommuner/bydeler som et helseforetak har ansvar for å betjene.
- **Oppsøkende tjenester i kommunene** oppsøker og gir hjelp til pasienten der han eller hun bor, eller i pasientens nærmiljø.
- **PHV-BU** er forkortelse for psykisk helsevern for barn og unge.
- **PHV-V** er forkortelse for psykisk helsevern for voksne.

¹ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

² Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

³ Helfo: *Helfos organisasjon* [nettdokument].

⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.

⁵ Helsedirektoratet: *KUHR-databasen* [nettdokument].

⁶ Helsedirektoratet (2017) *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

⁷ Helsedata: *Norsk pasientregister (NPR)* [nettdokument].

- **Poliklinikk** er en helseinstitusjon som behandler pasienter som ikke blir innlagt på sengepost. Poliklinikker er vanligvis institusjoner som tar imot pasienter til spesialisert undersøkelse eller behandling etter henvisning fra allmennlege.⁸
- **Psykiske helsetjenester** omfatter i denne undersøkelsen både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern.⁹
- **Psykisk helsevern** er spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser.¹⁰ Dette inkluderer døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling, samt ambulante tjenester og øyeblikkelig hjelp.
- **Psykiske lidelser** er symptomer som påvirker tanker, følelser, væremåte og samvær med andre. Ved psykiske lidelser er symptombelastningen så stor at det kan stilles en diagnose. Diagnostisering av psykiske lidelser gjøres av klinikere og/eller ved hjelp av strukturerte kliniske intervjuer. Psykiske lidelser klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier som revideres regelmessig ut fra oppdatert vitenskapelig kunnskap.¹¹
- **Psykiske plager** fører ofte til redusert livskvalitet, men symptombelastningen er likevel ikke så stor som ved psykiske lidelser. Psykiske plager innebærer gjerne så mye symptomer at det går ut over trivsel, daglige gjøremål, læring og samvær med andre, men uten at kriteriene for diagnoser er tilfredsstilt.¹²
- **Rusmiddelproblemer** er avhengighet, skadelig bruk og misbruk av rusmidler.¹³
- **TSB** er forkortelse for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. TSB omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling, samt ambulante tjenester. TSB har også ansvar på områder som avrusning og øyeblikkelig hjelp. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige forutsettes å være tverrfaglig, noe som inkluderer medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse.¹⁴

⁸ Store medisinske leksikon: *Poliklinikk* [nettdokument].

⁹ Rundskriv IS-11/2015 *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste*.

¹⁰ *Lov om spesialisthelsetjenester* § 1-2.

¹¹ Folkehelseinstituttet (2009) *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* og Folkehelseinstituttet (2018) *Psykisk helse i Norge*.

¹² Ibid.

¹³ Helsedirektoratet (2020) *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge*.

¹⁴ Helsedirektoratet (2016) *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Den norske befolkningen har jevnt over god livskvalitet og er fornøyd med livet, men samtidig er psykiske lidelser utbredt og bidrar til betydelig helsetap.¹⁵ Folkehelseinstituttet har estimert at mellom 30 og 50 prosent av den norske befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet.¹⁶ Psykiske lidelser resulterer ikke bare i følelsesmessig lidelse og redusert livskvalitet, men kan også føre til nedsatt somatisk helse og økt dødelighet.¹⁷

Psykiske plager og lidelser utgjør en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Det er anslått at psykiske lidelser koster det norske samfunnet omkring 70 milliarder kroner per år. Dette beløpet omfatter både kostnader til behandling og trygde- og sosialutgifter som følge av at mennesker med psykiske lidelser oftere faller ut av arbeidslivet.¹⁸

Faktaboks 1 Definisjoner av psykiske lidelser og psykiske plager

Psykiske lidelser er symptomer som påvirker tanker, følelser, væremåte og samvær med andre. Ved psykiske lidelser er symptombelastningen så stor at det kan stilles en diagnose. Diagnostisering av psykiske lidelser gjøres av klinikere og/eller ved hjelp av strukturerte kliniske intervjuer. Psykiske lidelser klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier som revideres regelmessig ut fra oppdatert vitenskapelig kunnskap.

Psykiske plager fører ofte til redusert livskvalitet, men symptombelastningen er likevel ikke så stor som ved psykiske lidelser. Psykiske plager innebærer gjerne så mye symptomer at det går ut over trivsel, daglige gjøremål, læring og samvær med andre, men uten at kriteriene for diagnoser er tilfredsstillende.

Kilde: Folkehelseinstituttet (2009) *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* og Folkehelseinstituttet (2018) *Psykisk helse i Norge*

De fleste barn og unge i Norge har god psykisk helse, og undersøkelser av livskvalitet viser at det store flertallet er fornøyd med livet. Samtidig er det mange som får diagnostisert psykiske lidelser i løpet av barndommen og ungdomstiden, og for en del representerer det langvarige eller livslange tilstander.¹⁹ Mellom 15 og 20 prosent av alle barn og unge har til enhver tid nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager²⁰, og om lag 5 prosent får hvert år behandling i spesialisthelsetjenesten.²¹ På slutten av tenårene er de mest utbredte lidelsene angstlidelser, depresjon, atferdsforstyrrelser og lærevansker, ADHD, spiseforstyrrelser, villet egenskade og rusmisbruk.²²

Konsekvensene av psykiske plager og lidelser i barne- og ungdomsårene er blant annet

- frafall i skolen, løsere tilknytning til arbeidsmarkedet, økonomiske vansker og vansker i nære relasjoner
- psykiske lidelser og helseplager senere i livet
- rusproblemer og rusmisbruk²³

Det er viktig å hjelpe barn og unge med psykiske plager og lidelser både for deres egen del og slik at de senere kan bidra aktivt i samfunnet. Det er derfor særlig viktig at det psykiske tjenestetilbudet til barn og unge er godt.

Mange med psykiske lidelser har rusmiddelproblemer.²⁴ Unge med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer utgjør en spesielt sårbar og utsatt gruppe²⁵, og det er mye som må være på plass for at helsetjenesten skal kunne gi denne gruppen god behandling. God behandling forutsetter blant annet at

- helsetjenestene har tilstrekkelig kompetanse til å avdekke og behandle både de psykiske lidelsene og rusmiddelproblemene

¹⁵ Folkehelseinstituttet (2018) *Psykisk helse i Norge*.

¹⁶ Departementene (2017) *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*.

¹⁷ Helsedirektoratet (2015) *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*.

¹⁸ Prop. 1 S (2012–2013) *For budsjettåret 2013*. Helse- og omsorgsdepartementet.

¹⁹ Folkehelseinstituttet (2018) *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*.

²⁰ Helsedirektoratet (2015) *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*.

²¹ Helsedirektoratet (2019) *Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015–2019*.

²² Helsedirektoratet (2015) *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*.

²³ Folkehelseinstituttet (2018) *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*.

²⁴ Folkehelseinstituttet (2014) *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*.

²⁵ Helsedirektoratet (2020) *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge*.

- det er godt samarbeid mellom alle relevante aktører og tjenester, slik at behandlingen er koordinert og helhetlig
- behandlerne har tilstrekkelig fleksibilitet i arbeidshverdagen til å tilpasse behandlingen til denne pasientgruppen

En forundersøkelse som Riksrevisjonen har gjennomført, indikerte blant annet at det finnes lite informasjon om behandlingstilbudet som ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser, får. Forundersøkelsen indikerte videre at disse ungdommene har andre utfordringer enn voksne i samme situasjon. For eksempel opplever de gjerne ikke rusmiddelproblemene sine som problematiske, og de har ikke rukket å utvikle somatisk sykdom som en konsekvens av ruslidelsen. Ungdom med samtidige lidelser er et eksempel på en pasientgruppe som ofte vil ha behov for langvarige og koordinerte tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal tilby helsehjelp til alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med psykisk sykdom. Det kommunale arbeidet innenfor psykisk helse og rus omfatter blant annet forebygging, habilitering, behandling, rehabilitering og oppfølging.²⁶ Prinsippet om kommunalt selvstyre gir kommunene stor frihet til å innrette tjenestetilbudet ut fra lokale forhold og prioriteringer, forutsatt at de ivaretar Stortingets krav til tilgjengelighet og kvalitet.

Pasienter som har behov for utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, skal henvises til psykisk helsevern for barn og unge eller voksne. Nesten alle planlagte utredninger og behandlinger som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, starter med en henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i all hovedsak fra fastlegene.²⁷

Spesialisthelsetjenestene for psykisk helse består i hovedsak av distriktpsykiatriske sentre (DPS) for voksne og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Dette er desentraliserte spesialisthelsetjenester som skal dekke behov for utredning, behandling og akutt helsehjelp. I tillegg kommer sykehusene, som utreder og behandler psykiske lidelser som krever spesialisert kompetanse, blant annet innenfor psykoselidelser, spiseforstyrrelser, sikkerhets- og akuttpsykiatri.²⁸ Hovedprinsippene i utviklingen av tjenestetilbudet i Norge er mindre bruk av institusjoner, redusert og riktig bruk av tvang, økt bruk av desentraliserte tjenester og integrering av tjenestetilbud lokalt der pasientene bor.²⁹

I 2019 mottok totalt sett 202 000 personer behandling ved poliklinikkene i det psykiske helsevernet (BUP og DPS), mens 28 900 pasienter var innlagt til døgnbehandling.³⁰ Nær samtlige pasienter som har vært til behandling ved døgnavdelingene, mottar også poliklinisk behandling.³¹ Målt i kroner var nærmere 45 prosent av ressursinnsatsen i det psykiske helsevernet knyttet til sykehusavdelinger i 2019. Denne andelen har vært forholdsvis stabil over tid.³²

Den norske befolkningen skal ha lik tilgang til psykiske helsetjenester. Det vil si at tjenestetilbudet skal være likeverdig uavhengig av hvor i landet man bor, og dette gjelder både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. I *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)* går det fram at det er betydelige variasjoner mellom kommuner og internt i spesialisthelsetjenesten når det gjelder hvilken behandling som gis. Det er for eksempel variasjoner i bruken av ambulante tilbud og arbeidsmetoder som vanskelig kan forklares ut fra medisinske forhold.³³

I 2018 gjennomførte Helsetilsynet to landsomfattende tilsyn med kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Tilsynene avdekket lovbrudd i to tredeler av de undersøkte kommunene.³⁴

Videre er det indikasjoner på at kunnskapsgrunnlaget på det psykiske helsefeltet er mangelfullt. Det mangler kunnskap om effekten av forskjellige tiltak og behandlingsformer, og effekten av behandlingen av den enkelte pasient måles i liten grad. Det er også utfordringer forbundet med å ta i bruk kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for psykiske plager og lidelser, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Videre er det behov for å involvere pasienter og pårørende mer i behandlingen og utviklingen av tjenestene.³⁵

²⁶ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

²⁷ Thorsen (2017) *General Practitioners' Referrals to Specialist Health Services*.

²⁸ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

²⁹ Innst. 255 S (2019–2020) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023*.

³⁰ Helsedirektoratet (2020) *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten: SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2019*.

³¹ Avtalespesialister og private institusjoner er også en del av det psykiske helsevernet og disse bidrar både med døgnbehandling og polikliniske tjenester. Om lag 52 000 personer mottok i 2019 behandling hos avtalespesialistene i psykiatri og psykologi.

³² Helse- og omsorgsdepartementet (2021): Brev til Riksrevisjonen 8. mars 2021.

³³ Departementene (2017) *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*.

³⁴ Helsetilsynet (2019) *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse*.

³⁵ Departementene (2017) *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for psykisk helse (2017–2022)*.

Å prioritere psykisk helse og rus er et sentralt helsepolitisk mål, og Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for å sikre at de nasjonale målene blir nådd. Til tross for flere statlige strategier og planer på psykisk helse-området og innføringen av flere pakkeforløp er det en risiko for at de statlige virkemidlene ikke bidrar godt nok til å forbedre kvaliteten og tilgjengeligheten i tjenestene for psykisk helse.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å belyse om personer med psykiske plager og lidelser har likeverdig tilgang til tjenester med god kvalitet, og hvordan statlige virkemidler er innrettet for å støtte spesialisthelsetjenestens og kommunenes arbeid.

Målet belyses gjennom følgende problemstillinger:

- 1 Har personer med psykiske plager og lidelser likeverdig tilgang til psykiske helsetjenester?
- 2 Får ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer tjenester av god kvalitet?
- 3 Sikrer statlige myndigheter at tilbudet til personer med psykiske plager og lidelser har tilstrekkelig kapasitet og kvalitet?

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

For å belyse problemstillingene har vi gjennomført en sammenstilling og analyse av statistikk og registerdata, spørreundersøkelser, intervjuer/møter, journalgjennomgang og relevante dokumenter. Datainnsamlingen ble gjennomført fra august 2018 til oktober 2020, og undersøkelsesperioden er fra 2015 til og med 2020. Tabell 1 gir en oversikt over de metodene som vi i hovedsak har brukt for å besvare de ulike problemstillingene.

Tabell 1 Metoder som er brukt for å belyse problemstillingene

	Problemstilling 1 Har personer med psykiske plager og lidelser likeverdig tilgang til psykiske helsetjenester?	Problemstilling 2 Får ungdom med samtidige psykiske plager/ lidelser og rusmiddelproblemer tjenester av god kvalitet?	Problemstilling 3 Sikrer statlige myndigheter at tilbudet til personer med psykiske plager og lidelser har tilstrekkelig kapasitet og kvalitet?
Statistikk og registerdata	X	X	
Spørreundersøkelser	X	X	X
Intervjuer/møter	X	X	X
Journalgjennomgang		X	
Dokumentgjennomgang	X	X	X

Kommunene organiserer tjenestetilbudet til personer med psykiske plager og lidelser ulikt, og enkelte kommuner organiserer tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser utenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for eksempel i oppvekstsektoren. Undersøkelsen inkluderer dermed også enkelte tjenester utenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Helsetjenestene i spesialisthelsetjenesten består av poliklinisk behandling og av døgnbehandling. Undersøkelsen er i all hovedsak avgrenset til å vurdere de polikliniske helsetjenestene innenfor psykisk helsevern ettersom flest pasienter får behandling i poliklinikk. I 2019 ble det utført over 3 millioner polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern, mens det var i overkant av 1 million liggedøgn.³⁶ Registerdata om utviklingen i døgnbehandlingen inngår i undersøkelsen for å gi et bilde av utviklingen i hele det psykiske helsevernet, men det er ikke innhentet informasjon om døgnbehandlingen ut over dette.

2.1 Statistikk og registerdata

2.1.1 Analyser av forbruk av psykiske helsetjenester i spesialisthelsetjenesten

Opplysninger om forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) for årene 2015 til 2019. En poliklinisk kontakt er definert som en kontakt i spesialisthelsetjenesten som ikke krever innleggelse. Vi har hentet ut alle kontakter i NPR hvor omsorgsnivå er definert som poliklinisk.

I 2017 ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført for poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern, og dette førte til endringer når det gjelder hva som defineres som en poliklinisk kontakt.³⁷ På grunn av denne endringen har vi valgt å inkludere alle polikliniske kontakter, det vil si både direkte og indirekte kontakter. Vi inkluderer altså både kontakter hvor pasienten møter opp til behandling, og andre typer kontakter som kan inngå i behandlingen av pasientene, for eksempel samarbeidsmøter mellom poliklinikken og kommunen.

Vi undersøker forbruket av helsetjenester ut fra hvor pasientene bor. I analysene av forbruket tar vi derfor utgangspunkt i pasientenes bostedskommune og ikke i sykehuset der pasientene fikk behandling.

Barn og unge er definert som dem som er under 18 år. Voksne er alle som har fylt 18 år. Forbruk av polikliniske kontakter blant barn og unge er hentet fra NPR filen for psykisk helsevern barn og unge og

³⁶ Statistisk sentralbyrå (2020): *Spesialisthelsetjenesten* [nettdokument].

³⁷ Helsedirektoratet (2019) *Notat om aktivitetsutvikling innen psykisk helsevern og TSB - ISF 2018*. Internt notat.

inkluderer bare kontakter til de som er mellom 0-17 år. Tilsvarende for voksne er forbruk av polikliniske kontakter hentet fra NPR filen til psykisk helsevern voksne og inkluderer bare kontakter til de over 18 år. Det er beregnet antall kontakter pasientene har hatt per 10 000 innbyggere i de respektive aldersgruppene.

I 2018 og deler av 2019 hadde Helse Midt-Norge RHF utfordringer ved bytte av pasientdatasystem i psykisk helsevern for barn og unge.³⁸ Tallene som helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF rapporterte inn for 2018 og 2019, kan derfor være lavere enn det reelle aktivitetsnivået, men omfanget av dette er usikkert. Helsedirektoratet viser i et internt notat til at det har vært en nedjustering av den registrerte aktiviteten i 2018 og 2019 ettersom Helse Midt-Norge RHF rapporterte for mange administrative kontakter som ordinære pasientkontakter i 2017, og dette ga et kunstig høyt aktivitetsnivå det året.³⁹ Disse forholdene påvirker framstillingen av utviklingen i antall pasienter og antall kontakter med spesialisthelsetjenesten både for Helse Midt-Norge og nasjonalt. Reduksjonene etter 2017 framstår som større enn det de egentlig har vært. Utviklingen i antall polikliniske kontakter er beregnet både med og uten tall for Helse Midt-Norge. I kapittel 5, som viser variasjonen i forbruket mellom regionene, har vi beregnet et gjennomsnitt for årene 2015 til 2019 i tillegg til å vise tall for 2019.

Data om antall pasienter og konsultasjoner hos avtalespesialister er hentet fra databasen Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) i perioden 2015 til 2019. Alle konsultasjoner med en diagnosekode for psykisk helse er inkludert uavhengig om det er registrert som hoveddiagnose eller bidiagnose. Se vedlegg 14.1 for en nærmere beskrivelse av hvilke takster som er brukt for å definere konsultasjoner.

2.1.2 Analyser av forbruk av psykiske helsetjenester hos fastlege og legevakt

Opplysninger om forbruk av psykiske helsetjenester i kommunehelsetjenesten har vi hentet fra KUHR. Forbruket av psykiske helsetjenester i kommunene er basert på antall konsultasjoner hos fastlege og legevakt i perioden 2015 til 2019. En konsultasjon er en direkte kontakt mellom lege og pasient hvor det blir foretatt en utredning eller behandling. Alle konsultasjoner med en diagnosekode for psykisk helse hos fastlege og legevakt er inkludert uavhengig om det er registrert som hoveddiagnose eller bidiagnose.

Diagnosekodene for psykisk helse som er brukt av fastleger og legevakt kan være brukt veldig ulikt og omfatter en bred definisjon av psykiske plager eller lidelser. Dette betyr at konsultasjonene kan omfatte besøk hos fastlegen, men som ikke nødvendigvis betyr at pasientene er diagnostisert med en psykisk plage eller lidelse. Det kan også være at pasienter er hos fastlegen angående psykiske plager uten at dette blir registrert med en psykisk helse diagnosekode. Se vedlegg 14.1 for en nærmere beskrivelse av hvilke takster og diagnosekoder som er brukt for å definere konsultasjoner, og se vedlegg 14.3 for en omtale av forbehold knyttet til KUHRs aktivitetstall for 2019. I kapittel 5 og i vedlegg 14.4 er begrepet kontakter benyttet istedenfor konsultasjoner for å øke leservennligheten ettersom kapitlene omhandler både kontakter og konsultasjoner.

2.1.3 Geografisk variasjon i forbruk

For å vurdere om det er likeverdig tilgang på polikliniske helsetjenester i psykisk helsevern og til fastlege/legevakt i kommunene, er forbruk av helsetjenester fordelt på helseregionene. For hver helseregion er det beregnet antall kontakter per 10 000 innbyggere i regionen. Analysene av geografisk variasjon er basert på data fra både NPR og KUHR. For å undersøke i hvilken grad det er geografisk variasjon i forbruket av helsetjenester, har vi beregnet hvor mye større den høyeste verdien er enn den laveste i prosent. Dette sier noe om ytterpunktene og dermed hvor stor forskjellen mellom dem er.

Det kan være mange faktorer som påvirker forbruket av helsetjenester i regionene, og som kan forklare forskjeller. Alder og kjønn kan påvirke sykkeligheten og dermed behovet for helsetjenester i en region, og vi har derfor justert for slike forskjeller i populasjonene i helseregionenes opptaksområder.⁴⁰ Opplysninger om antall innbyggere fordelt på alder og kjønn er hentet fra Statistisk sentralbyrå.⁴¹ I tillegg til alder og kjønn kan det også være andre faktorer, for eksempel sosiale faktorer, som påvirker behovet for helsetjenester.⁴² Disse faktorene får vi ikke korrigert for i analysen, og dermed kan det hende at noen av forskjellene vi observerer i analysene, kan forklares med at det er ulike behov i regionene. Det betyr altså ikke nødvendigvis at det ikke er likeverdig tilgang.

³⁸ Helsedirektoratet (2020) *Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019* og Helsedirektoratet (2020) *Aktivitetsutvikling ISF 2019: Psykisk helsevern og TSB*. Internt notat.

³⁹ Helsedirektoratet (2020) *Aktivitetsutvikling ISF 2019: Psykisk helsevern og TSB*. Internt notat.

⁴⁰ Dette er gjort ved å bruke direkte standardisering.

⁴¹ SSB: statistikkbanken tabell 07459 og tabell 10826

⁴² Det er godt dokumentert at personer med lav sosioøkonomisk status har høyere risiko for psykiske lidelser (Verdens helseorganisasjon og Calouste Gulbenkian Foundation (2014) og Folkehelseinstituttet (2014)). Videre viser inntektsfordelingen mellom de regionale helseforetakene at det er sosioøkonomiske forskjeller som det tas hensyn til i fordelingen (NOU (2008: 2)). I Folkehelseinstituttets rapport *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge* går det også fram at sosioøkonomisk status påvirker rusmiddelbruken, og selv om dette er basert på eldre data, kan de ikke utelukke at det er regionale variasjoner.

2.1.4 Identifisere antall ungdom som får behandling for samtidige lidelser

For å identifisere ungdom mellom 12 og 17 år som får behandling for samtidige lidelser i psykisk helsevern barn og unge, har vi undersøkt hvor mange ungdommer som er registrert med både en psykisk lidelse og en rusdiagnose i NPR (se vedlegg 14.2 for mer informasjon om hvilke diagnosekoder som er brukt for å identifisere psykiske lidelser og rus). Ved å bruke registrerte diagnosekoder for psykiske lidelser og rusproblemer for å identifisere ungdom med samtidige lidelser kan det være at ikke alle relevante ungdom blir telt. Dette er fordi ungdom som er til utredning, ikke nødvendigvis får en diagnosekode eller riktig diagnosekode.

2.1.5 Utviklingen i aktivitet i psykisk helsevern

Kapittel 4.5 viser utviklingen i poliklinisk behandling, døgntilbud og konsultasjoner hos avtalespesialister i psykisk helsevern. Vi har benyttet data fra Helsedirektoratet som er tilgjengelig på deres nettsider.⁴³

2.1.6 Utviklingen i måloppnåelsen for den gylne regel

Fra 2014 har det vært et styringskrav fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene at de skal prioritere psykisk helse og rusbehandling over somatiske helsetjenester. Dette kalles for prioriteringsregelen eller den gylne regel.

For å vise hvordan den samlede måloppnåelsen for den gylne regel har vært siden 2015, har vi benyttet data fra Helsedirektoratet som er tilgjengelige i deres rapporter⁴⁴ og på deres nettsider⁴⁵. Kapittel 4.7 og 4.8 viser utviklingen i kostnader, aktivitet (polikliniske kontakter) og ventetider for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), jf. Prop. 1 S (2017–2018) og Innst. 11 S (2017–2018).⁴⁶

2.1.7 SINTEFs årlige rapportering om kommunenes psykiske helsearbeid og rusarbeid

SINTEF har fra og med 2015 gjennomført en årlig spørreundersøkelse til alle kommunene om deres psykiske helsearbeid og rusarbeid. SINTEF utfører oppdraget på vegne av Helsedirektoratet.

Riksrevisjonen har fått tilgang til alt datagrunnlaget som er samlet inn for året 2019, utenom fritekstsvær⁴⁷. SINTEFs rapportering er benyttet i omtalen av kommunenes arbeid med blant annet døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

2.1.8 Analyser av årsverk i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

For å få informasjon om hvor mange som jobber i spesialisthelsetjenesten, har vi hentet tall fra Helsedirektoratet om antall årsverk i poliklinikkene og i den ambulante virksomheten i offentlige helseforetak og i private institusjoner i psykisk helsevern i perioden 2015 til 2019.⁴⁸ Informasjonen om årsverkstallene er publisert på Helsedirektoratets nettsider.⁴⁹

For å få informasjon om årsverkstall i kommunene har vi benyttet SINTEFs årlige rapportering om kommunenes psykiske helse- og rusarbeid for 2015 til 2019.⁵⁰ Tallene er hentet fra tabellene i rapportene.

2.1.9 Analyser av avviste henvisninger i spesialisthelsetjenesten

Avviste henvisninger er henvisninger som avvises fordi man vurderer at pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. For å belyse variasjonen i andelen avviste henvisninger mellom helseforetakene har vi benyttet data fra Helsedirektoratets ventelistestatistikk for 2019.⁵¹ Andelen avviste

⁴³ Helsedirektoratets Dashboard *Bruk av tjenester i psykisk helsevern* [nettdokument].

⁴⁴ Helsedirektoratet (2020) *Kostnader i spesialisthelsetjenesten* og Helsedirektoratet (2018) *Aktivitetsdata for avtalespesialister*.

⁴⁵ Helsedirektoratet (2019) *Ventetider og pasientrettigheter, per måned* [nettdokument], Helsedirektoratets Dashboard *Aktivitet og profiler i somatikken* [nettdokument] og Helsedirektoratets Dashboard *Bruk av tjenester i psykisk helsevern* [nettdokument].

⁴⁶ Det går fram av e-post fra Helse- og omsorgsdepartementet 2. desember 2020 at kostnader og ventetider inkluderer både døgntilbud og poliklinisk aktivitet.

⁴⁷ Fritekstsvær er svar som er gitt i åpne kommentarfelt.

⁴⁸ Helsedirektoratet samler ikke inn data om personell i døgnavdelingene. Helsedirektoratets rapport *Poliklinisk og ambulant personell i det psykiske helsevernet 2016*, nr. 09/2017, inneholder mer informasjon om dette.

⁴⁹ Helsedirektoratets Dashboard *Poliklinisk og ambulant personell i psykisk helsevern (PHV)* [nettdokument].

⁵⁰ SINTEF (2015–2019) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* for årene 2015 til 2019 (IS-24/8).

⁵¹ Helsedirektoratet (2019) *Ventetider og pasientrettigheter, per måned* [nettdokument].

henvisninger har vi beregnet ved å dele antall avviste henvisninger på summen av alle innkomne henvisninger til spesialisthelsetjenesten.⁵²

2.2 Spørreundersøkelser

Vi har sendt ut spørreskjemaer til

- ledere for alle landets poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
- behandlere i alle landets poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
- ledere for alle landets allmennpsykiatriske poliklinikker og ruspoliklinikker i psykisk helsevern for voksne (DPS)
- alle landets kommuner

Vi innhentet kontaktinformasjon og informasjon om stillingskategorier for ledere og behandlere i poliklinikker for barn og unge og for ledere ved poliklinikker for voksne fra helseforetakene. Når det gjelder ledere og behandlere ved private behandlingssteder, innhentet vi denne informasjonen fra de private behandlingsstedene. Vi har tatt kontakt med alle private behandlingssteder som har myndighet til å tildele rett til helsehjelp, og som er ansvarlige for et geografisk opptaksområde.

Vi fikk oppgitt kontaktinformasjon og informasjon om stillingskategorien for 120 ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge og 2077 behandlere. Når det gjelder allmennpsykiatriske poliklinikker i psykisk helsevern for voksne og ruspoliklinikker i psykisk helsevern for voksne, fikk vi oppgitt denne informasjonen for 179 ledere.

Tekniske sikkerhetssystemer resulterte i at spørreskjemaene ikke ble mottatt av alle som skulle ha dem, og vi fikk også tilbakemelding om at en del mottakere hadde byttet jobb eller stilling.

Alle som mottok spørreskjemaene, fikk et innledende spørsmål om de ledet eller arbeidet ved en poliklinikk, og det var kun de som svarte bekreftende på dette spørsmålet, som fikk muligheten til å svare på spørreskjemaet. Følgende viser en oversikt over hvor mange som svarte:

- Av de 74 respondentene som svarte på det innledende spørsmålet i spørreskjemaet til ledere i BUP, var det 65 som bekreftet at de var leder for en poliklinikk, og som svarte på spørreskjemaet.
- Av de 710 respondentene som svarte på det innledende spørsmålet i spørreskjemaet til behandlere i BUP, var det 684 som bekreftet at de arbeidet i en poliklinikk, og som svarte på skjemaet.
- Av de 112 som svarte på det innledende spørsmålet i spørreskjemaet til ledere i DPS, var det 80 som bekreftet at de var ledere for en allmennpsykiatrisk poliklinikk eller for en ruspoliklinikk, og som svarte på skjemaet.

2.2.1 Spørreundersøkelse til ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

Formålet med spørreundersøkelsen til lederne for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) var å få informasjon om ulike sider av det polikliniske arbeidet som utføres, inkludert

- tilgjengelighet
- arbeidet med kvalitet og kunnskapsutvikling
- brukermedvirkning
- samarbeid

Det er poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge som har ansvaret for å behandle ungdom under 18 med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, og det ble dermed lagt særlig vekt på poliklinikkens arbeid med ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, inkludert hvordan denne gruppen behandles.

Undersøkelsen ble kvalitetssikret i en pilotundersøkelse med ledere for tre BUP-er. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 14. februar 2020 til 20. mai 2020 og ble besvart av 65 ledere.

Disse lederne omtales heretter som ledere for poliklinikkene i psykiske helsevern for barn og unge, ledere for BUP eller som BUP-leder.

⁵² Henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge er identifisert ut fra avdelingskodene som starter på 71, 75, 76 og 77, jf. Avdelingskodeverket IK-44/89 fra Statens helsetilsyn. Henvisninger til psykisk helsevern for voksne er identifisert ut fra avdelingskodene som starter på 60 til 70, 72, 74, 78 og 79. Henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge inkluderer alle henvisninger til disse avdelingene uavhengig av alder, men for å beregne antall innbyggere i opptaksområdet har vi tatt utgangspunkt i antall barn og unge mellom 0 og 17 år. Det samme gjelder psykisk helsevern for voksne. Vi har brukt antall innbyggere som er 18 år eller over.

2.2.2 Spørreundersøkelse til behandlere i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

For å få informasjon om ulike sider ved poliklinikkens virksomhet ble behandlerne bedt om å svare på spørsmål om blant annet

- behandling
- evaluering
- hvilke kunnskapskilder de benytter
- brukermedvirkning
- samarbeid

Det ble lagt særlig vekt på hvordan ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer blir behandlet. 34 prosent av behandlerne som svarte på spørreundersøkelsen, oppga at de i løpet av det siste året har hatt behandlingsansvar for ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.⁵³

Undersøkelsen ble kvalitetssikret i en pilotundersøkelse med behandlere i to BUP-er. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 14. februar 2020 til 20. mai 2020, og den ble besvart av 684 behandlere.

Disse behandlerne omtales som behandlere i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, eller som behandlere i BUP.

2.2.3 Spørreundersøkelse til ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for voksne (DPS)

Foranalysen indikerte at enkelte poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge ikke ga behandling til unge med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, men at denne gruppen fikk behandling i voksenpsykiatrien. Det ble derfor sendt ut en spørreundersøkelse til ledere for allmennpsykiatriske poliklinikker og ruspoliklinikker i psykisk helsevern for voksne. Hensikten med spørreundersøkelsen var å få informasjon om hvor mange poliklinikker for voksne som gir behandling til ungdom under 18 år med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, og hva slags behandling denne gruppen får.

I spørreundersøkelsen til lederne for poliklinikker i psykisk helsevern for voksne ble det også stilt spørsmål om ulike sider av det polikliniske arbeidet som utføres, blant annet arbeidet med kvalitet og kunnskapsutvikling.

Undersøkelsen ble kvalitetssikret i en pilotundersøkelse med ledere for to DPS-er. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 12. februar 2020 til 20. mai 2020, og den ble besvart av 80 ledere.

Disse lederne omtales som ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for voksne, ledere ved DPS eller som DPS-leder. I og med at det er poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge som har ansvar for å behandle ungdom under 18 år med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, har vi ikke sendt spørreundersøkelse til behandlere i DPS.

2.2.4 Spørreundersøkelse til kommunene

Hensikten med spørreundersøkelsen til kommunene var å få informasjon om deler av det kommunale behandlingstilbudet til personer med psykiske plager og lidelser, med særlig vekt på behandlingstilbudet til unge med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer. Kommunene ble også bedt om å svare på spørsmål knyttet til blant annet oppsøkende tjenester, kvalitetsarbeid, samarbeid og tilskuddsforvaltning.

Undersøkelsen ble kvalitetssikret i en pilotundersøkelse i to kommuner og én bydel i Oslo. Spørreundersøkelsen ble sendt elektronisk til alle kommunene i landet og alle bydelene i Oslo (bydelene i Oslo er behandlet som kommuner og omtales som kommuner i undersøkelsen). I e-posten som fulgte spørreundersøkelsen, anbefalte vi at fagansvarlig(e) for psykisk helse- og rusarbeid besvarte undersøkelsen.⁵⁴

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 19. juni 2020 til 14. august 2020. Kommunene ble bedt om å besvare spørreundersøkelsen ut fra normalsituasjonen i kommune, og de ble bedt om å se bort fra konsekvenser som har oppstått som følge av koronautbruddet. Kommuner som hadde behov for forlenget frist som følge av koronasituasjonen, fikk det. Spørreundersøkelsen ble besvart av 254 kommuner, noe som utgjør en svarprosent på 68.

⁵³ 212 behandlere svarte at de har hatt behandlingsansvar for ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer i løpet av det siste året.

⁵⁴ I e-posten til kommunene ble det også presisert at det ville være behov for innspill fra andre fagpersoner i kommunen ettersom undersøkelsen berører ulike ansvarsområder. Det ble derfor framhevet at det kunne være hensiktsmessig at flere besvarte spørsmålene sammen.

2.2.5 Analyse av frafall

I en frafallsanalyse har vi undersøkt om det har vært en sammenheng mellom manglende svar og geografiske faktorer. Når det gjelder poliklinikkene, har vi undersøkt om alle helseforetak er representert, og når det gjelder kommunene, har vi undersøkt om alle kommunestørrelsene er representert.⁵⁵ Frafallanalysen viser at det ikke er noen systematiske forskjeller mellom de kommunene, BUP-ene og DPS-ene som svarte på spørreskjemaet, og de som ikke svarte. Heller ikke på behandlernivå kommer det fram signifikante forskjeller basert på geografi.

2.3 Intervjuer/møter

2.3.1 Intervjuer med behandlere i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

For å få innblikk i hvordan ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer behandles, intervjuet vi behandlere i BUP. Poliklinikkene som ble valgt ut, var blant dem som hadde flest registrerte ungdommer i NPR i gruppen med samtidige lidelser i sine respektive regionale helseforetak. Det ble valgt ut én BUP fra hvert regionale helseforetak.

Intervjuene ble gjennomført i perioden april–mai 2019. Det var to behandlere til stede ved hvert intervju, og vi gjennomførte to intervjuer ved hver BUP. Det vil si at det totalt ble gjennomført åtte intervjuer med til sammen 16 behandlere.

Intervjuene var semistrukturerte, det vil si at hovedspørsmålene var klare på forhånd, men ulike tema ble fulgt opp underveis i intervjuet, avhengig av hva behandlerne snakket om.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Programvaren Nvivo ble brukt som analyseverktøy. Analysen av intervjudataene var inspirert av stegvis-deduktiv induksjon.⁵⁶ Funn fra intervjuanalysen ble oppsummert i et eget notat, som ligger til grunn for analysene i rapporten.

2.3.2 Ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

Ved de fire poliklinikkene hvor vi intervjuet behandlere, intervjuet vi også lederne for poliklinikkene. Temaene for intervjuene med lederne var blant annet

- organisering av arbeidet
- kvalitet i behandling av ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
- virkningsfull behandling
- evaluering av behandling
- bruker- og pårørendeinvolvering
- samarbeid med relevante aktører
- styring

2.3.3 Regionale helseforetak og helseforetak

Vi har gjennomført intervjuer med representanter for to regionale helseforetak samt med representanter for to helseforetak i de to regionene. Temaene for intervjuene med de regionale helseforetakene var

- årsaksforklaringer til måloppnåelsen for den gylne regel
- finansiering av psykisk helsevern
- forskning og kunnskapsutvikling i psykisk helsevern

Temaene for intervjuene med de fire helseforetakene var

- årsaksforklaringer til måloppnåelsen for den gylne regel
- forskning og kunnskapsutvikling i psykisk helsevern
- ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer

⁵⁵ Vi har brukt Statistisk sentralbyrås inndeling av kommuner etter innbyggertall. Se mer om inndelingen her: <https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/115>

⁵⁶ Første trinn i analysen besto i å lage tekstmåte noder av uttrykk og meningsinnhold slik det kommer fram i intervjuene. Deretter ble sammenhenger og viktige poenger trukket ut av materialet basert på de tekstmåte nodene. Nodene ble samlet i hovedpoenger basert på tolkninger av hva de var uttrykk for. Nvivo ble delvis brukt også i denne prosessen, både for å kategorisere noder etter tema og for å vise hvilke noder som underbygger de ulike hovedpoengene, noe som ble gjort i «Maps».

2.3.4 RBUP Øst og Sør

Vi har hatt både møter og skriftlig kommunikasjon med RBUP Øst og Sør i forbindelse med utarbeidelsen av spørreundersøkelsen til behandlere i BUP og ledere av BUP. Temaene har blant annet vært

- anbefalte behandlingsformer i psykisk helsevern for barn og unge
- kilder for kunnskapsbasert praksis

2.3.5 Helsemyndighetene

Vi hadde ett avsluttende intervju med Helse- og omsorgsdepartementet i oktober 2020, og temaene for dette intervjuet var

- finansiering av arbeidet med psykisk helse
- den gylne regel
- kunnskapsgrunnlaget for psykisk helse
- tilbudet til unge under 18 år med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
- styring og oppfølging av arbeidet med psykisk helse

Vi skulle hatt to intervjuer med Helsedirektoratet i løpet av undersøkelsen, men det avsluttende intervjuet ble avlyst på grunn av koronaen. Spørsmålene ble da oversendt til Helsedirektoratet og besvart skriftlig. Temaene for kontakten med direktoratet var

- sentrale virkemidler etablert for å nå målene innenfor psykisk helse
- tjenestene til ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
- ansvaret for å bidra til at ledere og personell i psykiske helse- og omsorgstjenester har relevant informasjon som grunnlag for planlegging, styring og kvalitetsforbedring
- Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging av Helsedirektoratets arbeid med psykisk helse

For å belyse kunnskapsgrunnlaget og hvordan ulike aktører arbeider med kunnskapsutvikling innenfor psykisk helse, ble også representanter for Folkehelseinstituttet og Forskningsrådet intervjuet.

I alle intervjuer med ledere for poliklinikker og med representanter for regionale helseforetak, helseforetak og helsemyndighetene er det utarbeidet referater som er verifisert av informantene.

2.4 Journalgjennomgang

For å få et inntrykk av hvilken behandling og oppfølging ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får, gjennomførte vi en journalgjennomgang ved de samme poliklinikkene som det ble gjennomført intervjuer med leder og behandler. Som beskrevet i punkt 2.3.1, var poliklinikkene som ble valgt ut, blant de poliklinikkene som hadde flest registrerte ungdommer i gruppen med samtidige lidelser i sine respektive regionale helseforetak (i Norsk pasientregister). Denne framgangsmåten ble valgt for å få tilgang til flest mulig journaler innenfor rammen av undersøkelsen.

I forkant av journalgjennomgangen utarbeidet vi et analyseskjema, og i skjemaet ble det særlig lagt vekt på om det var utarbeidet en behandlingsplan, og om den ble brukt etter hensikten. Viktige spørsmål er:

- Evalueres behandlingen regelmessig for å se om den har effekt?
- Blir funksjonsendring beskrevet?
- Blir ungdommens og de pårørendes stemmer hørt?
- Refererer behandlingsplanen til en individuell plan?

Poliklinikkene ble i forkant av revisjonsbesøket bedt om å identifisere alle ungdom fra 12 til 18 år som ble gitt diagnosekodene F10–F19 i kodeverket ICD-10⁵⁷, fra og med 2015.⁵⁸

Vi gjennomgikk i alt 20 journaler, som i omfang varierte fra færre enn ti sider til flere hundre sider. Analyseskjemaene ble fylt ut i poliklinikken under revisjonsbesøket, og vi stilte spørsmål til leder/behandler i de tilfellene der det var uklarheter i journalen som hadde betydning for utfyllingen av analyseskjemaet.

⁵⁷ Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.

⁵⁸ F10-F19 brukes til å registrere psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer i NPR. I og med at det er risiko for underdiagnostisering av rusmiddelproblemer, ble poliklinikkene også bedt om å inkludere ungdom med koder som har med rus å gjøre ut over F10 - F19. Vi ba om at følgende symptomkoder og intoks-koder også ble inkludert: R78.0 - R78.9, T4n, T51.0, X6n, Y49, Z72.1, Z72.2, Z81.1, Z81.3, Z81.4.

2.5 Dokumentgjennomgang

I denne undersøkelsen har vi gjennomgått ulike typer dokumenter, blant annet

- lover, forskrifter og rundskriv
- stortingsdokumenter (proposisjoner, meldinger og komitéinnstillinger)
- veiledere og retningslinjer fra Helsedirektoratet
- tildelingsbrev, planer/strategier og andre styringsdokumenter
- rapporter fra forskning, evalueringer mv.
- årlige meldinger fra de regionale helseforetakene i perioden fra 2015 til 2019

Gjennomgangen av de årlige meldingene fra de regionale helseforetakene er presentert i tabell 4, som viser måloppnåelse for den gylne regel i perioden 2015 til 2019. Analysen er basert på informasjonen som kommer fram i rapporteringen på krav i oppdragsdokumentet. Rapportering av måloppnåelse i årlig melding er basert på data fra 2. tertial og er ikke korrigert for gjestepasienter og kjøp av pasientbehandling fra private virksomheter.

3 Krav til de regionale helseforetakene og kommunene om å sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene skal være forsvarlige (3.1) og likeverdige (3.2). De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester i sin helseregion, jf. *lov om spesialisthelsetjenester m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven).

3.1 Krav om forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Kravet om forsvarlige helse- og omsorgstjenester følger av *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven), *spesialisthelsetjenesteloven* og *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven). § 3-1 i helse- og omsorgstjenesteloven presiserer at kommunens ansvar omfatter personer med psykisk sykdom, skade eller lidelse og rusmiddelproblemer.

For å bidra til forsvarlige tjenester skal kommunen ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 tilrettelegge tjenestene blant annet slik at

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

I Prop 91 L (2010–2011) står følgende om forsvarlighetskravet:

«Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig. Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.»

Ved behandlingen av lovforslaget sa helse- og omsorgskomiteen seg tilfreds med departementets henvisning til at forsvarlighetskravet peker på god praksis som norm for tjenestene.⁵⁹ Komiteen viste i denne sammenhengen til Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer som beskriver god praksis, og til at innholdet i forsvarlighetskravet utvikles i takt med utviklingen av den faglige kunnskapen. I merknadene til § 2-2 i rundskriv IS-5/2013 *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer* går det fram at disse føringene også gjelder for spesialisthelsetjenesten.

3.2 Krav om likeverdige helse- og omsorgstjenester

Et viktig formål med både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven er å bidra til et likeverdig tjenestetilbud for hele befolkningen, jf. § 1-1 i begge lovene. Det går fram av forarbeidene til begge lovene at dette innebærer at befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester uavhengig av for eksempel diagnose eller bosted, jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) og Prop. 91 L (2010–2011).

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 har staten det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester. Med nødvendige tjenester menes at befolkningen har rett til nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering av behov.⁶⁰ At tjenesten er forsvarlig, betyr at den må

⁵⁹ Innst. 424 L (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.

⁶⁰ Rundskriv IS-8/2015 *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*.

holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.⁶¹ Retten til nødvendige tjenester går også fram av *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven).

For å motta utredning eller behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge trenger pasienten en henvisning. Et unntak er tilfeller der pasienter oppsøker poliklinikker med akuttansvar for å yte øyeblikkelig hjelp, og der poliklinikken finner det nødvendig å undersøke eller behandle vedkommende.⁶² Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 skal det regionale helseforetaket utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i helseregionen som skal ha øyeblikkelig hjelp-plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp.

3.3 Krav til kommunene og spesialisthelsetjenesten om å sørge for tjenester av god kvalitet

Pasient- og brukerrettighetsloven skal blant annet bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestene som tilbys, har god kvalitet, både med hensyn til innhold i og tidspunkt for tjenesten, jf. § 1 og *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, et rundskriv fra Helsedirektoratet (2015). Ifølge rundskrivet må kravet om god kvalitet ses i lys av kravet til forsvarlige tjenester, og kvalitetsvurderinger må foretas med utgangspunkt i pasientens eller brukerens ståsted. Pasientene skal kunne være sikre på at tjenestene de mottar, er trygge og av god kvalitet, og kvalitet og pasientsikkerhet skal være like god i små og store virksomheter og hos offentlige og private tjenesteytere.⁶³

Statlige myndigheter har gjennom flere år⁶⁴ lagt til grunn at tjenester av god kvalitet er kjennetegnet ved at de er virkningsfulle, samordnet og preget av kontinuitet, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

3.3.1 Virkningsfull behandling

Det følger av § 8-3 i helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ifølge *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) § 1 skal de regionale helseforetakene legge til rette for forskning, mens sykehusene etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 har forskning som en av sine hovedoppgaver. Ifølge *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (2008) har poliklinikkene i psykisk helsevern forskning som en av sine kjerneoppgaver.

Satsing på bedre behandling innenfor psykisk helse og rus har vært et sentralt mål i budsjettproposisjonen gjennom flere år.⁶⁵ Praxis i psykisk helsevern bør utføres i tråd med det som kalles kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.⁶⁶ Sentrale virkemidler for å styrke den kunnskapsbaserte praksisen i tjenestene er utarbeidelse og implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, kvalitetsindikatorer og pakkeforløp. Ifølge Prop. 1 S (2017–2018) må også kommunens psykiske helse- og rusarbeid være kunnskapsbasert.

Norge har forpliktet seg til å følge opp Verdens helseorganisasjons (2013) globale handlingsplan for psykisk helse (*Mental Health Action Plan 2013–2020*). Planen har seks globale mål eller prinsipper for arbeidet med psykisk helse, hvorav ett er at behandlingen skal være basert på vitenskapelig kunnskap og/eller beste praksis.

I Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* står det at helsepersonell, ledere og myndigheter må ha tilgang til helsedata og statistikk som holder høy kvalitet, og som gir dem nok styringsinformasjon om kvaliteten og effekten av pasientbehandlingen som ytes i spesialisthelsetjenesten, til å utvikle tjenestene til det beste for pasientene. Dette videreføres i Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)*.

⁶¹ Prop. 99 L (2015–2016) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)*.

⁶² Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

⁶³ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

⁶⁴ Se for eksempel Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*, *Nasjonal helseplan 2007–2010*, som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av statsbudsjettet for 2007, og Helsedirektoratet (2017) *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

⁶⁵ Se blant annet i Prop 1 S i perioden 2015–2018.

⁶⁶ Helsebiblioteket: *Kunnskapsbasert praksis* [nettdokument].

3.3.2 Brukermedvirkning og pårørendeinvolvering

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Kommuner og helseforetak skal ha systemer for å hente inn pasienters/brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter på flere nivåer og bruke disse erfaringene i forbedringsarbeidet.⁶⁷ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten) § 8 slår fast at ledelsen ved virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer.

At tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren, innebærer ifølge pasient- og brukerrettighetsloven blant annet at pasienten har rett til å være med og velge mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Formen på medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Når det gjelder barn, skal det legges vekt på hva de mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.

Både helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven skal bidra til å sikre at tjenestetilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Både i *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (2008) og i pakkeforløpet for barn og unge går det fram at det bør legges opp til regelmessig evaluering av behandlingen, der både pasienten, foresatte, behandleren og andre involverte tjenester gir innspill. Det står også hva som bør inngå i en evaluering.

Brukermedvirkning er i flere stortingsmeldinger framhevet som viktig for kvaliteten i tjenestetilbudet.⁶⁸ Under behandlingen av Innst. 250 S (2012–2013) viste helse- og omsorgskomiteen til at brukermedvirkning blant annet handler om å trekke pasienter, brukere og pårørende mer aktivt inn i beslutninger om eget omsorgstilbud eller behandlingsopplegg, og at aktiv medbestemmelse kan bidra til bedre resultater for pasienten og bedre utnyttelse av ressursene.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, understreker Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* at brukernes kunnskap og erfaring må være integrert i det faglige grunnlaget for behandlingen, og ikke være en kunnskap eller en metode ved siden av helsefaget. Det blir videre presisert at den ene kunnskapen ikke erstatter den andre, men at begge er nødvendige for å skape god kvalitet i tjenesten.

Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* beskriver hvordan pasienten skal involveres gjennom samvalg. Ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging i den grad og på de måter pasienten ønsker. Pasienten får støtte til å vurdere alternativene ut fra beste tilgjengelige kunnskap om effekt, fordeler og ulemper, og til å utforske egne verdier og preferanser. Målet er å bli enige om å velge det alternativet som er mest i tråd med pasientens personlige preferanser. Dette videreføres i Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)*.

Helsedirektoratets nasjonale veileder *Sammen om mestring* (2014) anbefaler at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten benytter klient- og resultatstyrt praksis (KOR) for å sikre systematiske tilbakemeldinger fra brukeren, slik at nødvendige tilpasninger kan gjøres underveis i behandlingsforløpet.

3.3.3 Helhetlige og koordinerte tjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud. Kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Det betyr at de må legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby lovpålagte tjenester.

På samme vis har det regionale helseforetaket en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom blant annet ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak og med kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester, jf. § 2-1 e i spesialisthelsetjenesteloven.

⁶⁷ Helseforetaksloven § 35, Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 og Helsedirektoratet (2017) *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*.

⁶⁸ Se blant annet Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* og Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.

3.3.4 Krav til samarbeid om individuell plan og koordinator

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter eller brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, rett til å få utarbeidet en individuell plan. Retten til en individuell plan går også fram av helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og *lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (psykisk helsevernloven). Kommunen og spesialisthelsetjenesten har plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til å gi pasientene helhetlig tilbud.⁶⁹

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (forskrift om habilitering og rehabilitering) § 19 beskriver hvilke hovedpunkter planen skal inneholde. Forskriften understreker at planens innhold skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker.

Kommunen har plikt til å tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. § 7-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Koordinatoren skal sørge for at den enkelte pasient eller bruker får nødvendig oppfølging, sikre samordning av tjenestetilbudet og sørge for framdrift i arbeidet med den individuelle planen.

3.3.5 God ressursutnyttelse

Både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven skal bidra til at ressursene utnyttes best mulig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Stortinget har lagt til grunn at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, i tråd med det såkalte LEON-prinsippet, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det vil i praksis si at helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten, jf. Prop. 91 L (2010–2011).

Da helse- og omsorgstjenesteloven ble behandlet, sa helse- og omsorgskomiteen seg enig i at en større del av pasientforløpene skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Samtidig understreket komiteen hvor viktig det er at pasienter som har behov for tjenester på spesialistnivå, fortsatt får dette, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det følger av *forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* (prioriteringsforskriften) § 2 at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelse for pasienter og brukere som har behov for døgnopphold, har kommunene fra 2017 hatt plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter og brukere med sykdom innenfor psykisk helse- og rusområdet, jf. § 2 i *forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud* (forskrift om øyeblikkelig hjelp døgntilbud).

3.3.6 God kvalitet i behandling av ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer

Psykisk helsevern for barn og unge skal gi tilbud til unge under 18 år med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Poliklinikkene må derfor ha tilstrekkelig kompetanse både til å avdekke og behandle rusmiddelrelaterte problemer i tillegg til psykiske lidelser.⁷⁰ Poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er gjennomgående en poliklinisk tjeneste, og nesten all behandling er frivillig.⁷¹

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) (2012) gir kunnskapsbaserte anbefalinger som skal bidra til å gi personer med både psykiske lidelser og ruslidelser et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Retningslinjen er avgrenset til å gjelde voksne over 18 år, da det finnes få studier om behandling av samtidig rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser hos ungdom under 18 år. I retningslinjen slås det fast at det er viktig at begynnende rusproblematikk og psykiske lidelser oppdages så tidlig som mulig.

⁶⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og psykisk helsevernloven § 4-1.

⁷⁰ Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge*.

⁷¹ Prop 1. S (2019–2020) *For budsjettåret 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Vi har lagt til grunn at *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)* (2012) inneholder elementer som også gjelder ved behandling av ungdom under 18 år, for eksempel:

- Viktigheten av å etablere en god relasjon: En god relasjon mellom bruker og behandler har stor betydning for behandlingsresultatet. Langvarige relasjoner blir framhevet som spesielt viktige for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser.
- Behovet for helhetlige og samordnede tjenester: Personer med samtidige lidelser har krav på å møte en helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og som tilbyr helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet. Det er dokumentert at behandling gir effekt når den er sammenhengende og skjer over lang tid.
- Behandlingen av samtidige lidelser skal være integrert og foregå samtidig etter en samlet plan, som fortrinnsvis er forankret i en individuell plan.
- Bruk av oppsøkende (ambulante) metoder anbefales for pasienter som helseforetakene og kommunene ikke ellers når på en tilfredsstillende måte.

Den nasjonale faglige retningslinjen peker på at pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser og mindre alvorlige ruslidelser ofte blir kasterballe mellom systemene, og at det er særlig viktig at ansvaret for disse pasientene avklares gjennom en individuell plan.

Det framgår av helsepersonelloven § 40 at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. *Forskrift om pasientjournal* (pasientjournalforskriften) angir hvilke kliniske og medisinske opplysninger som det kan være relevant og nødvendig å ta med i pasientens journal, for eksempel:

- pasientens beskrivelse av sin egen situasjon og eventuelle ønsker for helsehjelpen
- opplysninger om symptomer, observasjoner og funn ved undersøkelser, diagnostiske overveielser og andre medisinske opplysninger og vurderinger
- behandlingsplan for pasienten og status for gjennomføringen av planen

3.3.7 Krav til kvalitetsforbedring i kommunene og helseforetakene

Sørge-for-ansvaret i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter disse lovene, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 slår fast at ledelsen ved virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kompetanse og kunnskap om det aktuelle fagområdet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller videre krav om at aktivitetene skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres slik at det gis forsvarlige tjenester, og slik at kravene i helse- og omsorgsloven og tilhørende regelverk etterleves. Dette innebærer blant annet at ledelsen skal

- ha tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- bruke erfaringer fra pasienter/brukere og pårørende til å forbedre tjenestene
- ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

3.4 Krav til Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet legger rammene for helsetjenesten og har et nasjonalt ansvar for helsetjenestens innhold og utvikling. Departementet er eier av de vesentligste delene av spesialisthelsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene og har dermed ansvar både for kvaliteten og kapasiteten når det gjelder sykehustilbud og andre spesialiserte helsetjenester. De regionale helseforetakene finansieres gjennom basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering (ISF).

Finansieringsordningens viktigste formål er å støtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene.⁷²

⁷² Prop. 1 S (2017–2018) *For budsjettåret 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å sikre at de nasjonale målene for helse- og omsorgstjenestene nås, og departementet må sikre seg informasjon om måloppnåelsen og hvordan de statlige virkemidlene bidrar til måloppnåelsen, jf. *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) og *bestemmelser om økonomistyring i staten* (bestemmelser om økonomistyring i staten). Dette gjelder både økonomiske, juridiske, organisatoriske og pedagogiske virkemidler. Et viktig formål med økonomiregelverket i staten er å sikre at statlige midler brukes effektivt. Departementet skal følge opp at de statlige aktørene ivaretar oppgavene sine i samsvar med de målene som framgår av Stortingets vedtak og forutsetninger.

Departementet må sørge for at det blir gjennomført evalueringer for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåelse og resultater, jf. økonomibestemmelsene og økonomireglementet §§ 1, 4, 6 og 16.

3.4.1 De kommunale helse- og omsorgstjenestene

I Innst. 270 S (2011–2012) til Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel* legger Stortinget til grunn at mål- og resultatstyring er etablert som det dominerende styringsprinsippet i staten. Generelt innebærer det at staten spesifiserer nasjonale mål og forventede resultater, mens kommunene skal finne fram til virkemidler lokalt som vil føre til best mulig realisering av målene.

Kommunalkomiteen pekte i Innst. 270 S (2011–2012) på at kommunesektoren har et selvstendig ansvar overfor sine innbyggere for å løse grunnleggende oppgaver og yte tjenester. Samtidig har staten et ansvar for å gi kommunesektoren muligheter til å løse oppgavene til det beste for innbyggerne, og komiteen framhever at staten har et bredt spekter av virkemidler i styringen av kommunene.

I Innst. 40 S (2015–2016), jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, viser helse- og omsorgskomiteen til at det fortsatt er behov for å støtte kommunenes kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, selv om mange kommuner jobber systematisk og godt med kvalitetsforbedring.

3.4.2 De regionale helseforetakene

Helseforetaksloven regulerer forholdet mellom staten som eier og de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. Det helsepolitiske oppdraget og tildelingen av midler skjer gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har et lovfestet ansvar for å sørge for at personer som bor eller oppholder seg i helseregionen, tilbys spesialisthelsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Sørge-for-ansvaret kan oppfylles gjennom egne helseforetak, det vil si de offentlige sykehusene og andre spesialisthelsetjenester. Sørge-for-ansvaret kan også oppfylles gjennom å inngå avtaler med private sykehus og institusjoner, både ideelle og kommersielle, samt privatpraktiserende spesialister. Ifølge helseforetaksloven § 1 er helseforetakenes formål å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av blant annet bosted og alder, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Regjeringen har prioritert videre utvikling av psykisk helsevern og har fra 2014 gitt de regionale helseforetakene føringer på at veksten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn veksten i somatikk. Veksten skal måles på regionnivå. Helse- og omsorgskomiteen har sagt seg enig i at psykisk helse skal prioriteres under behandlingen av blant annet budsjettet for 2018, jf. Innst. 11 S (2017–2018). Det er lagt til grunn at veksten i psykisk helsevern skal skje ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) og i psykisk helsevern for barn og unge, slik at befolkningens behov for psykiatriske spesialisthelsetjenester blir dekket. Flertallet i helse- og omsorgskomiteen viste under behandlingen av budsjettet til at helseregionene er instruert om å prioritere psykisk helsevern høyere enn somatikk, og forutsetter at dette styringskravet og målet følges opp i oppdragsdokumenter og foretaksmøter gir en riktig utvikling i 2018.

Den gyldne regel operasjonaliseres gjennom de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Fra og med 2018 har operasjonaliseringen vært slik:

«Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).»

Stortinget har lagt operasjonaliseringen av den gylne regel til grunn ved behandlingen av blant annet Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017-2018). I 2019 ble det i tillegg stilt krav til at gjennomsnittlig ventetid i 2019 skulle være lavere enn 45 dager i psykisk helsevern for voksne, lavere enn 40 dager i psykisk helsevern for barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB.⁷³

De regionale helseforetakene har ansvar for at de nasjonale kvalitetsregistrene etableres, driftes og finansieres. I Prop. 1 S (2015–2016) er det satt som mål at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis og til systematisk forbedringsarbeid.

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 skal helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner, gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

3.4.3 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og opptre faglig normerende nasjonalt.⁷⁴ Helsedirektoratet har videre fått delegert forvaltningsoppgaver fra Helse- og omsorgsdepartementet, blant annet forvaltningen av flere tilskuddsordninger.

Etter § 12-5 i helse- og omsorgstjenesteloven og § 7-3 i spesialisthelsetjenesteloven skal direktoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som støtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjene og veilederne skal baseres på kunnskap om god praksis og bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester. Direktoratets faglige retningslinjer og veiledere beskriver de nasjonale helsemyndighetenes oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med politikken som er vedtatt for helse- og omsorgstjenesten. Disse virkemidlene er viktige for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon. De faglige retningslinjene og veilederne er ikke bindende for tjenesteyterne, men dersom tjenesteyteren velger en annen praksis enn det som foreslås, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering, jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.

Videre skal Helsedirektoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som skal fungere som et hjelpemiddel for ledelsesarbeid og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. De nasjonale kvalitetsindikatorene skal gi pasientene et informasjonsgrunnlag slik at de kan ivareta rettighetene sine. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelige. Ved behandlingen av Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014* viste komiteen i Innst. 217 S (2015–2016) til at et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester. Komiteen ga uttrykk for at uønsket forskjell i praksis må reduseres.

⁷³ Det ble videre stilt krav til at gjennomsnittlig ventetid innen 2021 skulle 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 for TSB. Dette kravet gjentas i oppdragsdokumentet for 2020.

⁷⁴ Prop. 1 S (2017–2018) *For budsjettåret 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet.

4 Utviklingen i omfanget av psykiske helsetjenester

Dette kapitlet gir først oversikt over utviklingen i antall pasienter, omfanget av aktivitet og antall årsverk i psykiske helsetjenester i kommunehelsetjenesten. Deretter presenteres en oversikt over utviklingen i antall pasienter, omfanget av aktivitet, ventetider, antall årsverk og kostnader i spesialisthelsetjenesten. Utviklingen gjelder årene fra 2015 til 2019.

4.1 Relevante føringer⁷⁵

- Kommunene skal ta et større ansvar for behandlingen og oppfølgingen av pasienter med psykiske plager og lidelser.
- Veksten i aktivitet og kostnader skal være høyere i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten enn i somatikken.
- I de regionale helseforetakene skal veksten i psykisk helsevern skje i DPS og i psykisk helsevern for barn og unge.
- Ventetidene skal reduseres mer i psykisk helsevern enn i somatikken.

4.2 Oppsummering

Analysen av utviklingen viser følgende:

- Det har vært en økning i antall pasienter som oppsøker fastlege og legevakt i kommunene i forbindelse med psykiske plager og lidelser.
- Antall årsverk i de psykiske helsetjenestene i kommunene har økt.
- Det har ikke vært vekst i antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern.
- Det har vært større vekst i antall polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern for voksne enn for barn og unge.
- Den relative veksten i kostnader og aktivitet har vært høyere i somatikken enn i psykisk helsevern.
- Ventetidene i psykisk helsevern for barn og unge er ikke redusert like mye som ventetidene i somatikken.

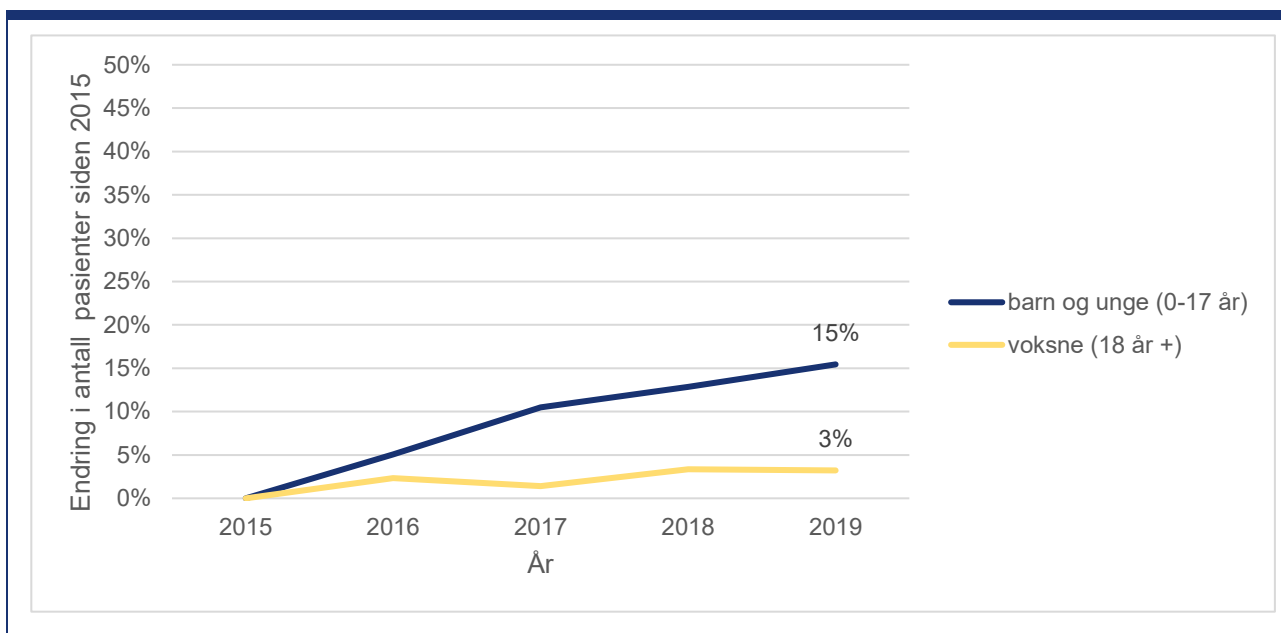
4.3 Det har vært en økning i antall pasienter som oppsøker fastlege og legevakt i kommunene i forbindelse med psykiske plager og lidelser

Alle som bor i Norge har rett på en fastlege, og alle fastleger skal forsøke å hjelpe pasientene sine med psykiske plager og lidelser. Hvis en person har behov for øyeblikkelig hjelp, har alle kommuner en legevaktordning som personen kan henvende seg til.⁷⁶

⁷⁵ Se kapittel 3 *Revisjonskriterier*.

⁷⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og Akuttmedisinforskriften § 6.

Figur 1 Prosentvis utvikling i antall pasienter hos fastlege/legevakt i forbindelse med psykiske plager og lidelser i perioden 2015–2019



Kilde: KUHR. Antall pasienter i 2015 er satt som referanseverdi, og figuren viser dermed utviklingen sammenlignet med antall pasienter i 2015.

Figur 1 viser endringen i antall pasienter per 10 000 innbyggere som har oppsøkt fastlege eller legevakt i forbindelse med psykiske plager og lidelser i perioden fra 2015 til 2019.

Fra 2015 til 2019 har det samlet vært en økning på 5 prosent i antall pasienter som har oppsøkt fastlege eller legevakt for å få hjelp med psykiske plager og lidelser. Økningen i antall pasienter har vært særlig stor blant barn og unge, hvor det har vært en 15 prosent økning i antall pasienter per 10 000 innbyggere. Denne gruppen har økt fra 454 til 524 pasienter per 10 000 innbyggere. I absolutte tall har antall barn og unge som har oppsøkt fastlege eller legevakt for å få hjelp med psykiske plager og lidelser i perioden, økt fra 51 000 til 59 000.

Det har vært en økning på 3 prosent i antall voksne per 10 000 innbyggere som har oppsøkt fastlege eller legevakt i forbindelse med psykiske plager og lidelser i perioden. Denne gruppen har økt fra 1354 til 1398 pasienter per 10 000 innbyggere. I absolutte tall har antall voksne pasienter økt fra ca. 550 000 personer i 2015 til i underkant av 600 000 i 2019.

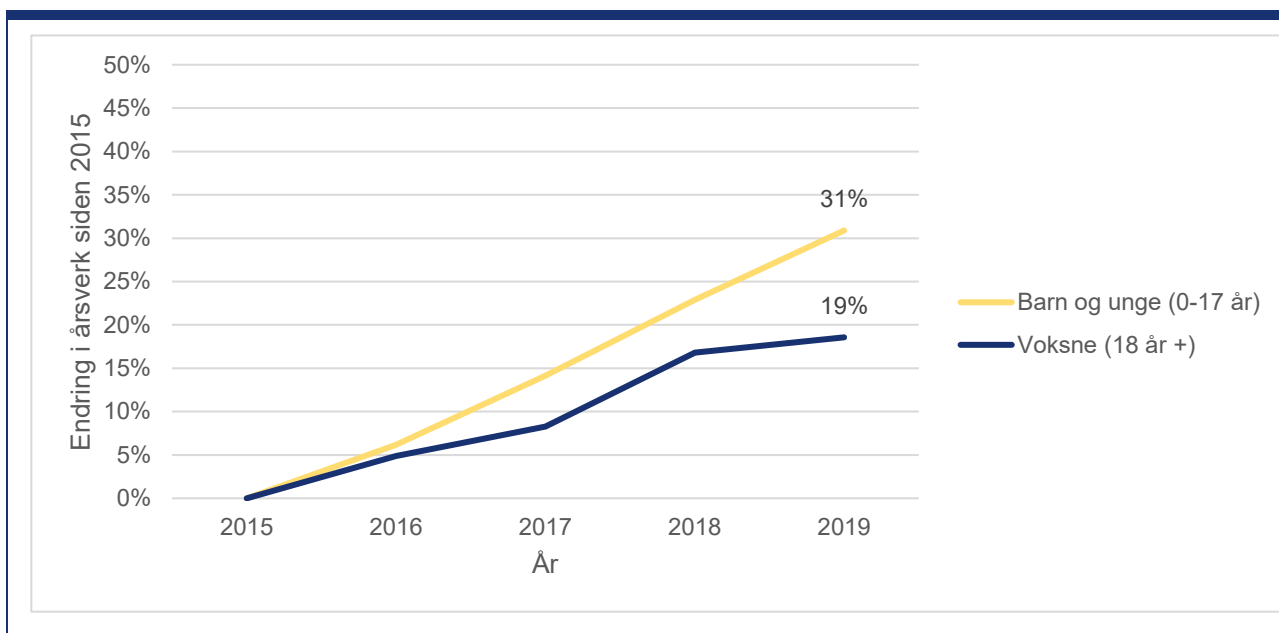
Analysen viser videre at utviklingen i antall besøk hos fastlege eller legevakt har fulgt utviklingen i antall pasienter, og at antall besøk har økt mest blant barn og unge. Barn og unge hadde 16 prosent flere besøk per 10 000 innbyggere i 2019 enn i 2015. Antall besøk har økt fra 87 000 til 100 000 i perioden. For voksne har besøkene økt fra 1,63 millioner til 1,74 millioner, og antall besøk per 10 000 innbyggere har økt med 2,5 prosent.

4.4 Antall årsverk i de psykiske helsetjenestene i kommunene har økt

Utviklingen i det kommunale tjenestetilbudet kan også måles ved å undersøke antall ansatte som arbeider med psykisk helse. I 2019 ble det lagt ned 12 872 årsverk innenfor psykisk helse- og rusarbeid til voksne og 3 527 årsverk innenfor psykisk helsearbeid til barn.⁷⁷ Faktaboks 2 inneholder informasjon om hva årsverkstallene omfatter.

⁷⁷ For både voksne og barn utgjør dette omtrent 31 årsverk per 10 000 innbyggere.

Figur 2 Prosentvis utvikling i antall årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene i perioden 2015–2019



Kilde: SINTEF (2015–2019) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten*. Antall årsverk i 2015 er satt som referanseverdi, og figuren viser dermed utviklingen sammenlignet med antall årsverk i 2015.

Figur 2 viser at det har vært en betydelig økning i antall årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene i perioden. Antall årsverk i psykisk helse- og rusarbeid blant barn har økt med 31 prosent, og analysen viser at antall årsverk har økt fra 24 til 31 per 10 000 innbyggere. Blant voksne har det vært en økning på 19 prosent siden 2015, det vil si fra 26 til 31 årsverk per 10 000 innbyggere. Fastleger er ikke inkludert i disse analysene.

Tallene omfatter årsverk som brukes til ulike formål (se faktaboks 2). Analysen viser videre at økningen i antall årsverk rettet mot barn har vært størst innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten (40 prosent). Det har også vært en stor økning i antall årsverk knyttet til behandling, oppfølging og rehabilitering rettet mot barn (30 prosent). Blant voksne har økningen i årsverk vært størst innenfor behandling, oppfølging og rehabilitering (40 prosent).

Faktaboks 2 Innholdet i årsverkstallene

Årsverkstallene som gjelder tjenester til voksne, omfatter i hovedsak⁷⁸

- boliger med fast tilknyttet personell
- hjemmetjenester / oppsøkende tjenester for hjemmeboende personer
- behandling, oppfølging, rehabilitering og koordinering / faglig ledelse
- aktivitetssenter/dagsenter
- kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak

Årsverkstallene som gjelder tjenester til barn, omfatter i hovedsak

- helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid

Kilde: SINTEF (2019) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*

⁷⁸ Årsverk omfatter også aktiviteter, kultur og fritidstiltak. Blant voksne utgjør dette 13 prosent av årsverkene, og blant barn og unge utgjør dette 8 prosent av årsverkene (SINTEF (2019)).

4.5 Det har ikke vært vekst i antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern

Fastlegene og andre som har henvisningsrett, skal henvise pasientene til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten dersom pasienten har behov for mer spesialiserte tjenester.

Psykisk helsevern tilbyr hovedsakelig poliklinisk behandling og døgnbehandling. I tillegg til poliklinisk behandling kan pasienter få behandling hos private legespesialister som har driftsavtale med et regionalt helseforetak og som får refusjon fra Helfo. Disse omtales som avtalespesialister.

Tall fra NPR viser at det i 2019 var 50 263 pasienter i alderen 0 til 17 år til behandling i poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge. I poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne var det 147 706 pasienter i alderen 18 år og eldre. Fra 2015 til 2019 var det for alle aldersgrupper samlet en økning på 3 prosent i antall pasienter (fra 360 til 372 pasienter per 10 000 innbyggere) som fikk behandling for en psykisk lidelse i en poliklinikk. Økningen var omtrent den samme for voksne og barn og unge.

Faktaboks 3 Ulike typer kontakter med psykisk helsevern

Polikliniske kontakter: Undersøkelser og behandling som gjennomføres uten innleggelse på døgn- eller dagbasis. I psykisk helsevern omfatter dette i hovedsak samtaler med en behandler, men det kan også omfatte samarbeid mellom behandlere og andre tjenester.

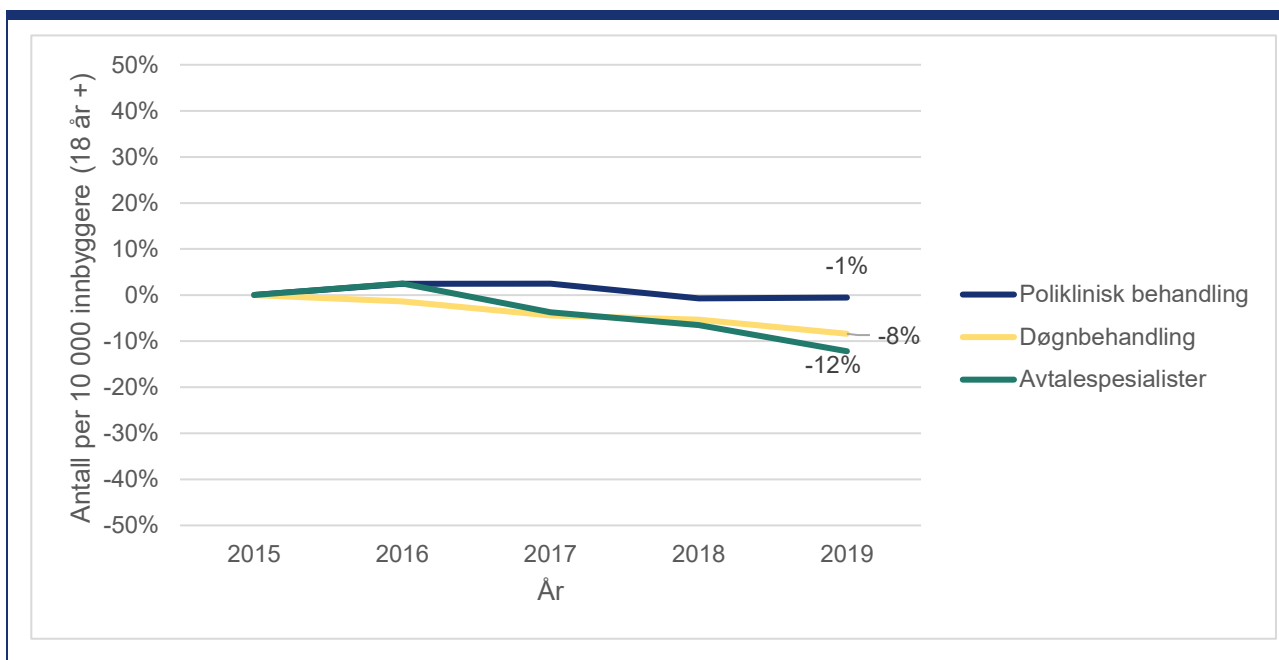
Døgnbehandling: Innleggelse på sykehus hvor pasienten er innlagt over natten. Kan vare i ett eller flere døgn.

Kilde: Statistisk sentralbyrå: *Variabeldefinisjoner* [nettdokument] og Direktoratet for e-helse: *Definisjonskatalog for helsetjenesten* [nettdokument]

4.5.1 I psykisk helsevern for voksne har det vært en reduksjon i både polikliniske kontakter og døgnbehandling

Litt over halvparten av kontaktene voksne med psykiske lidelser hadde med spesialisthelsetjenesten i 2019, var polikliniske kontakter (1,8 millioner kontakter). Voksne med psykiske lidelser var innlagt til døgnbehandling i omtrent 1 million døgn, og døgnbehandlingen utgjorde omtrent 30 prosent av all aktivitet i psykisk helsevern for voksne. I underkant av 20 prosent av kontaktene de voksne har med psykisk helsevern, er kontakter med avtalespesialister (580 000 kontakter).

Figur 3 Prosentvis utvikling i antall polikliniske kontakter, døgntilrettelagt og kontakter med avtalespesialister i psykisk helsevern for voksne i perioden 2015–2019



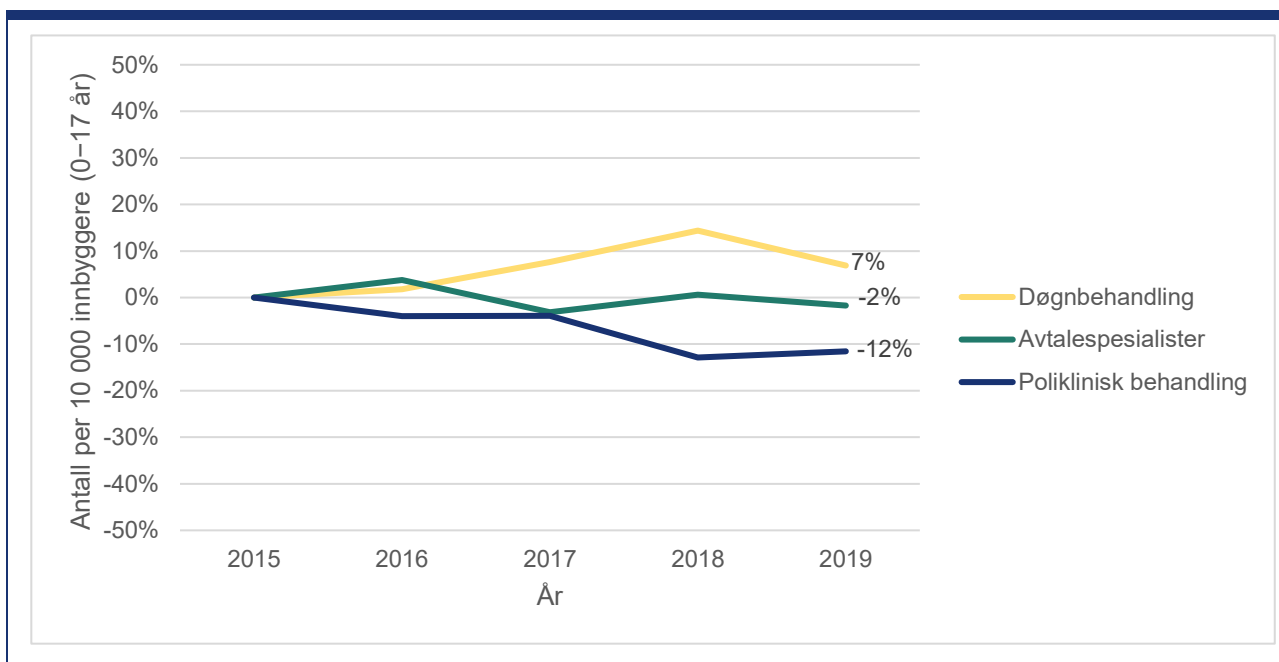
Kilde: Helsedirektoratet: *Dashboard - Bruk av tjenester i psykisk helsevern* [nettdokument]. Aktiviteten i 2015 er satt som referanseverdi, og figuren viser dermed utviklingen sammenlignet med aktiviteten i 2015. Døgntilrettelagt er målt i antall oppholdsdøgn.

Figur 3 viser at det har vært en reduksjon i alle typer kontakter med psykisk helsevern for voksne, men at reduksjonen har vært størst i antall kontakter med avtalespesialister, der den utgjør 12 prosent. Kontakter med avtalespesialister er blitt redusert fra 1 565 per 10 000 innbyggere til 1 374 kontakter per 10 000 innbyggere, noe som tilsvarer omtrent 200 færre kontakter med avtalespesialister per 10 000 innbyggere. Antall oppholdsdøgn er redusert fra 2 664 per 10 000 innbyggere til 2 440 per 10 000 innbyggere, det vil si en reduksjon på 8 prosent. Antall polikliniske kontakter er redusert fra 4 313 per 10 000 innbyggere til 4 291 per 10 000 innbyggere. Reduksjonen i antall polikliniske kontakter, som utgjør 1 prosent, er ikke i tråd med ønsket om vekst i bruken av de distriktpspsykiatriske sentrene.

4.5.2 I psykisk helsevern for barn og unge har det vært en reduksjon i antall polikliniske kontakter og en økning i døgntilrettelagningen

I 2019 hadde barn og unge omtrent 840 000 polikliniske kontakter med psykisk helsevern, og barn og unge med psykiske lidelser var innlagt til døgntilrettelagt i underkant av 87 000 døgn. De polikliniske kontaktene utgjorde 88 prosent av all aktivitet, mens døgntilrettelagningen utgjorde 9 prosent av all aktivitet. De resterende 3 prosentene av aktiviteten (ca. 27 000 kontakter) er kontakter barn og unge hadde med avtalespesialister.

Figur 4 Prosentvis utvikling i antall polikliniske kontakter, døgnbehandling og kontakter med avtalespesialister i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2015–2019



Kilde: Helsedirektoratet: *Dashboard - Bruk av tjenester i psykisk helsevern* [nettdokument]. Aktiviteten i 2015 er satt som referanseverdi, og figuren viser dermed utviklingen sammenlignet med aktiviteten i 2015. Døgnbehandling er målt i antall oppholdsdøgn.

Figur 4 viser at det har vært en nedgang i antall polikliniske kontakter for barn og unge på omtrent 12 prosent siden 2015. Polikliniske kontakter er blitt redusert fra 8 468 per 10 000 innbyggere til 7 487 kontakter per 10 000 innbyggere, noe som utgjør omtrent 1000 færre kontakter per 10 000 innbyggere. I den samme perioden har det vært en økning på 7 prosent i antall oppholdsdøgn som barn og unge har vært innlagt til behandling i psykisk helsevern. Antall oppholdsdøgn har økt fra 727 per 10 000 innbyggere til 778 per 10 000 innbyggere. Dette er en økning på omtrent 50 oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere.

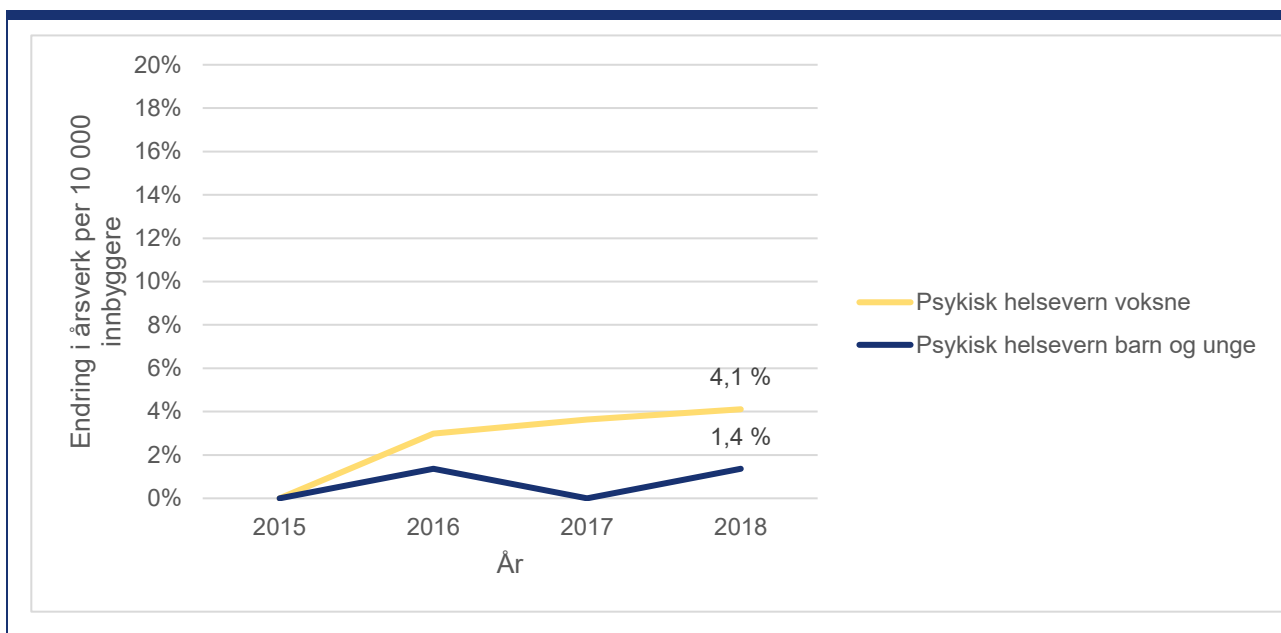
I og med at antall polikliniske kontakter som er rapportert inn av Helse Midt-Norge, kan være lavere enn det antallet kontakter som faktisk er gjennomført i helseregionen (jf. metodekapitlet), har vi beregnet utviklingen i aktivitet også uten Helse Midt-Norge. Analysen viser at antall polikliniske kontakter i dette tilfellet reduseres med 8 prosent i perioden.

4.6 Det har vært større vekst i antall polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern for voksne enn for barn og unge

Arbeidet som utføres i poliklinikkene i psykisk helsevern, kan utføres enten i poliklinikken eller ambulant. Når en behandler arbeider ambulant, har han eller hun mulighet til å behandle pasienter utenfor poliklinikkens lokaler. Enkelte poliklinikker har avsatt årsverk til ambulant behandling.

I 2018 var det registrert totalt 2501 årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge og 4320 årsverk i psykisk helsevern for voksne. Dette tilsvarer 22 årsverk per 10 000 barn og unge og 10 årsverk per 10 000 voksne innbyggere.

Figur 5 Prosentvis utvikling i polikliniske og ambulante årsverk i psykisk helsevern i perioden 2015–2018



Kilde: Helsedirektoratet: *Dashboard - Poliklinisk og ambulant personell i psykisk helsevern (PHV)* [nettdokument]. Årsverk i 2015 er satt som referanseverdi, og figuren viser dermed utviklingen sammenlignet med årsverk i 2015.

Veksten i antall polikliniske og ambulante årsverk har vært større i psykisk helsevern for voksne enn i psykisk helsevern for barn og unge. I psykisk helsevern for barn og unge har økningen vært på 1,4 prosent fra 2015 til 2018, mens den i psykisk helsevern for voksne har vært på 4,1 prosent. Blant barn og unge har det vært en økning fra 22 til 22,3 årsverk per 10 000 innbyggere, og blant voksne har det vært en økning fra 9,9 til 10,3 årsverk per 10 000 innbyggere.

Analysen viser at antall ambulante årsverk i psykisk helsevern for barn og unge har blitt redusert med omtrent 10 prosent i perioden 2015 til 2018 – fra 3 årsverk til 2,7 årsverk per 10 000 innbyggere. Det har ikke vært noen endring i antall ambulante årsverk per 10 000 innbyggere i psykisk helsevern for voksne.

4.7 Den relative veksten i kostnader og aktivitet har vært høyere i somatikken enn i psykisk helsevern

Siden 2014 har det vært et mål å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten. Det vil også si at den relative veksten i psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn i somatikken.

4.7.1 Kostnadene har økt mer i somatikken enn i psykisk helsevern

I 2019 ble det brukt 151,6 milliarder kroner på spesialisthelsetjenesten i Norge.⁷⁹ Somatiske helsetjenester utgjorde 72 prosent av disse kostnadene, mens psykisk helsevern utgjorde 17 prosent.⁸⁰ Tverrfaglig spesialisert rusbehandling utgjorde 4 prosent av de totale kostnadene til spesialisthelsetjenesten.⁸¹ Fordelingen av kostnadene på somatikk, psykisk helsevern og TSB har ikke endret seg i perioden 2015 til 2019.⁸²

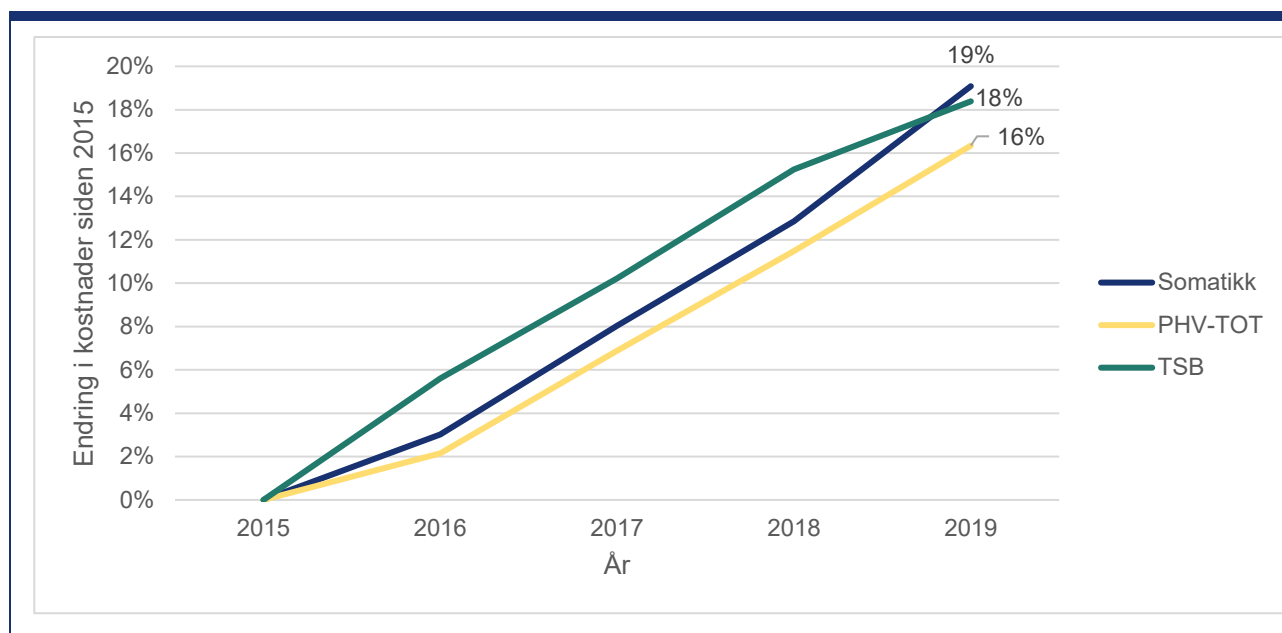
⁷⁹ Helsedirektoratet (2020) *Kostnader i spesialisthelsetjenesten*.

⁸⁰ Somatiske helsetjenester kostet 108,6 milliarder kroner, psykisk helsevern kostet totalt 25,1 milliarder kroner, og TSB kostet totalt 5,5 milliarder kroner.

⁸¹ Kostnader til administrasjon i de regionale helseforetakene, ambulanse og pasienttransport er holdt utenom. Disse kostnadene utgjør de resterende 7 prosentene av de totale kostnadene på 151,6 milliarder kroner.

⁸² Kostnadene er justert for prisvekst og korrigert for budsjettstyrking knyttet til nye legemidler i spesialisthelsetjenesten.

Figur 6 Prosentvis utvikling i kostnadene i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015–2019



Kilde: Helsedirektoratet (2020) *Kostnader i spesialisthelsetjenesten*. Kostnadene i 2015 er satt som referanseverdi, og figuren viser dermed utviklingen sammenlignet med kostnadene i 2015. Det er tatt hensyn til innføringen av nøytral merverdiavgift i 2017, slik at tallene før og etter er sammenlignbare.⁸³ Kostnadene som brukes til å måle måloppnåelse i forbindelse med den gylne regel omfatter ikke kostnader til pensjon, legemidler og kapital, og de er beregnet som løpende priser.⁸⁴ PHV-TOT er kostnadene i psykisk helsevern for både voksne og barn og unge.

Figur 6 viser at kostnadene til både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusarbeid har økt i perioden, men at somatikken har hatt den prosentvis største økningen med 19 prosent. Når vi ser hva den prosentvise økningen betyr i kroner, viser analysen følgende:

- Kostnadene til somatikken har økt med 14 milliarder kroner.
- Kostnadene til psykisk helsevern har økt med 3 milliarder kroner.
- Kostnadene til tverrfaglig spesialisert rusbehandling har økt med 750 millioner kroner

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev av 8. mars 2021 at økningen for somatikken kan forklares med flere eldre i tillegg til teknologisk utvikling og fagutvikling i somatikken som har større kostnad per behandling.

4.7.2 Den polikliniske aktiviteten har økt mer i somatikken enn i psykisk helsevern

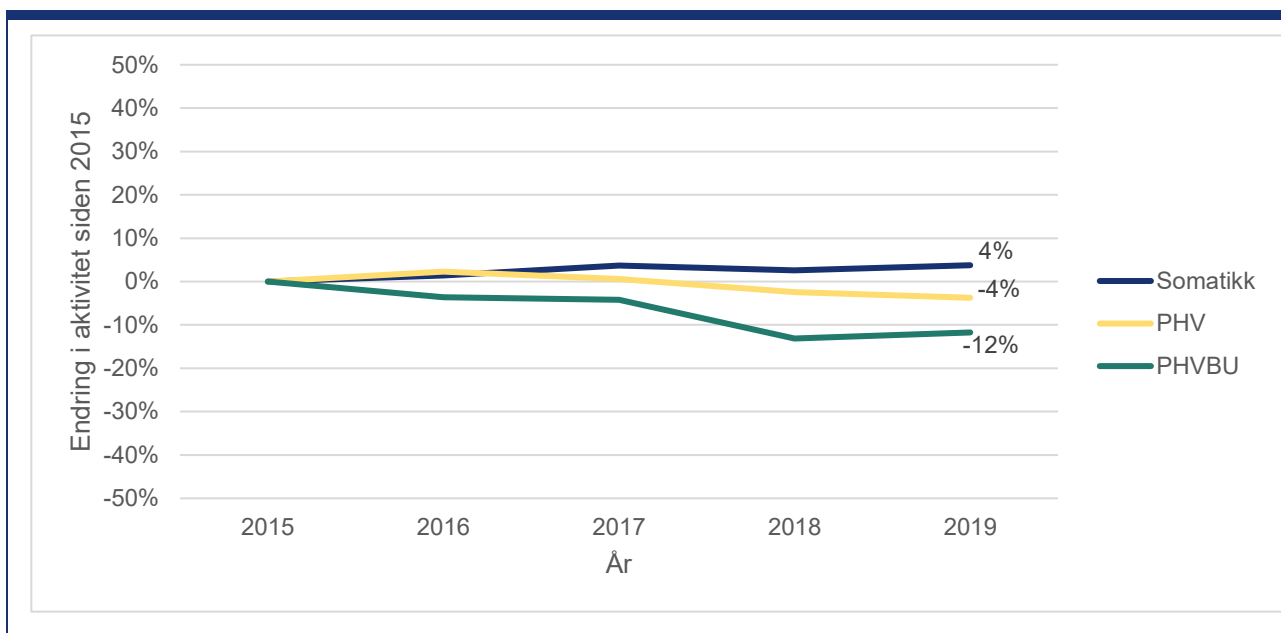
Tall fra Helsedirektoratet viser at det i 2019 var 8,2 millioner polikliniske kontakter i somatikken og 3,3 millioner kontakter i psykisk helsevern. Omtrent en firedel av kontaktene i psykisk helsevern gjaldt barn og unge, mens resten gjaldt voksne.⁸⁵

⁸³ Fra og med 2017 betaler ikke helseforetakene merverdiavgift (mva). Kostnadstallene som er hentet fra Helsedirektoratet inkluderer mva fram til 2017.

⁸⁴ Data om kostnadene som inngår i den gylne regel, er bare tilgjengelige som løpende priser i rapporteringen fra Helsedirektoratet.

⁸⁵ Helsedirektoratet: *Dashboard - Bruk av tjenester i psykisk helsevern* [nettdokument], Helsedirektoratet: *Dashboard - Aktivitet og profiler i somatikken* [nettdokument] og Helsedirektoratet (2018) *Aktivitetsdata for avtalespesialister for årene 2016 - 2019*.

Figur 7 Prosentvis utvikling i antall polikliniske kontakter og kontakter med avtalespesialister i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015–2019



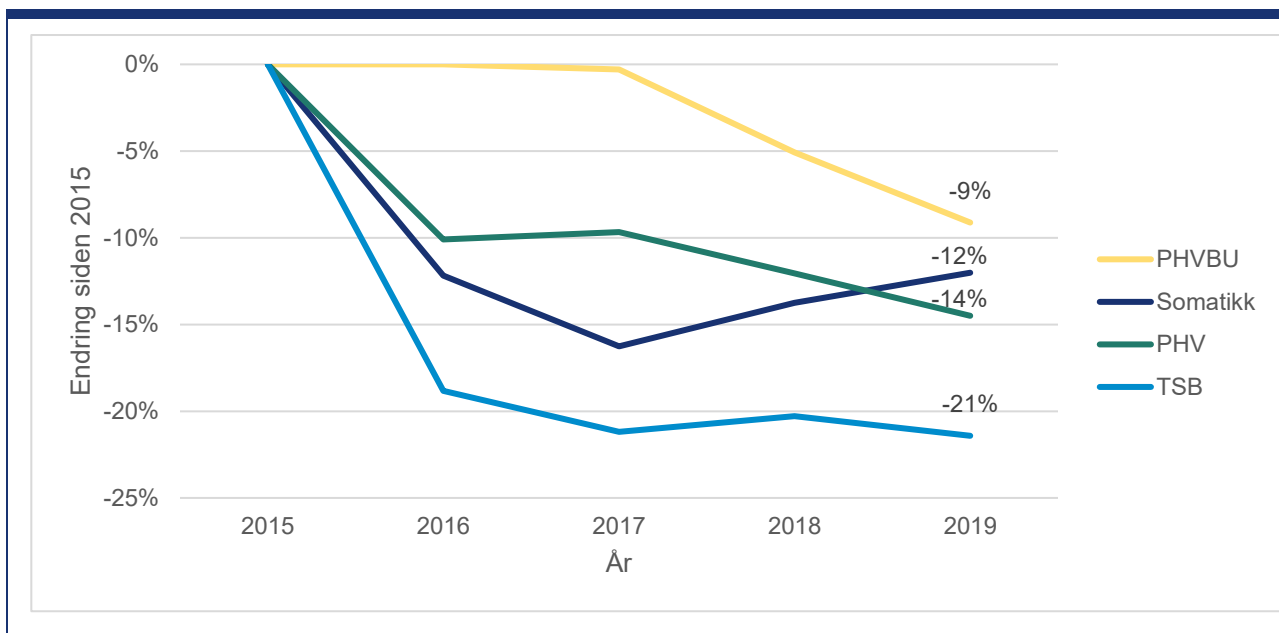
Kilde: Helsedirektoratet: *Dashboard - Bruk av tjenester i psykisk helsevern*, Helsedirektoratet: *Dashboard - Aktivitet og profiler i somatikken* og Helsedirektoratet (2018) *Aktivitetsdata for avtalespesialister* for årene 2016 - 2019. Aktiviteten i 2015 satt som referanseverdi, og figuren viser dermed utviklingen sammenlignet med aktiviteten i 2015.

Figur 7 viser at det har vært en reduksjon i polikliniske kontakter og kontakter med avtalespesialister per 10 000 innbyggere både i psykisk helsevern for voksne og i psykisk helsevern for barn og unge. Nedgangen har vært på henholdsvis 4 prosent og 12 prosent. Figuren viser at det fra 2015 til 2019 har vært en økning på 4 prosent i polikliniske aktiviteter og kontakter med avtalespesialister i somatikken.

4.8 Ventetidene i psykisk helsevern for barn og unge er ikke redusert like mye som ventetidene i somatikken

I tråd med den gyldne regel skal det være høyere vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i somatikken. Dette betyr at ventetidene i psykisk helsevern og TSB skal reduseres mer enn i somatikken.

Figur 8 Utviklingen i ventetider i perioden 2015–2019



Kilde: Helsedirektoratet (2019): *Ventetider og pasientrettigheter, per måned* [nettdokument]. Ventetidene i 2015 er satt som referanseverdi, og figuren viser dermed utviklingen sammenlignet med ventetidene i 2015.

Figur 8 viser at ventetidene er redusert innenfor både psykisk helsevern, somatikken og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Reduksjonen er minst i psykisk helsevern for barn og unge, mens tverrfaglig spesialisert rusbehandling har hatt den største reduksjonen med en nedgang på 21 prosent fra 2015 til 2019. Ventetiden har altså ikke gått like mye ned i psykisk helsevern for barn og unge som i somatikken.

5 Bruken av psykiske helsetjenester i 2019

Dette kapitlet viser hvordan befolkningen i de ulike helseregionene brukte psykiske helsetjenester i 2019. Kapitlet beskriver bruken av

- fastleger og legevakt i kommunehelsetjenesten
- polikliniske tjenester og avtalespesialister i spesialisthelsetjenesten

For å undersøke om det er regionale variasjoner med hensyn til hvor befolkningen får hjelp, har vi valgt å se de kommunale tjenestene i sammenheng med tjenestene fra spesialisthelsetjenesten.

5.1 Relevante føringer⁸⁶

- Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til tjenester uavhengig av blant annet bosted og alder.

5.2 Oppsummering

Analysen viser følgende:

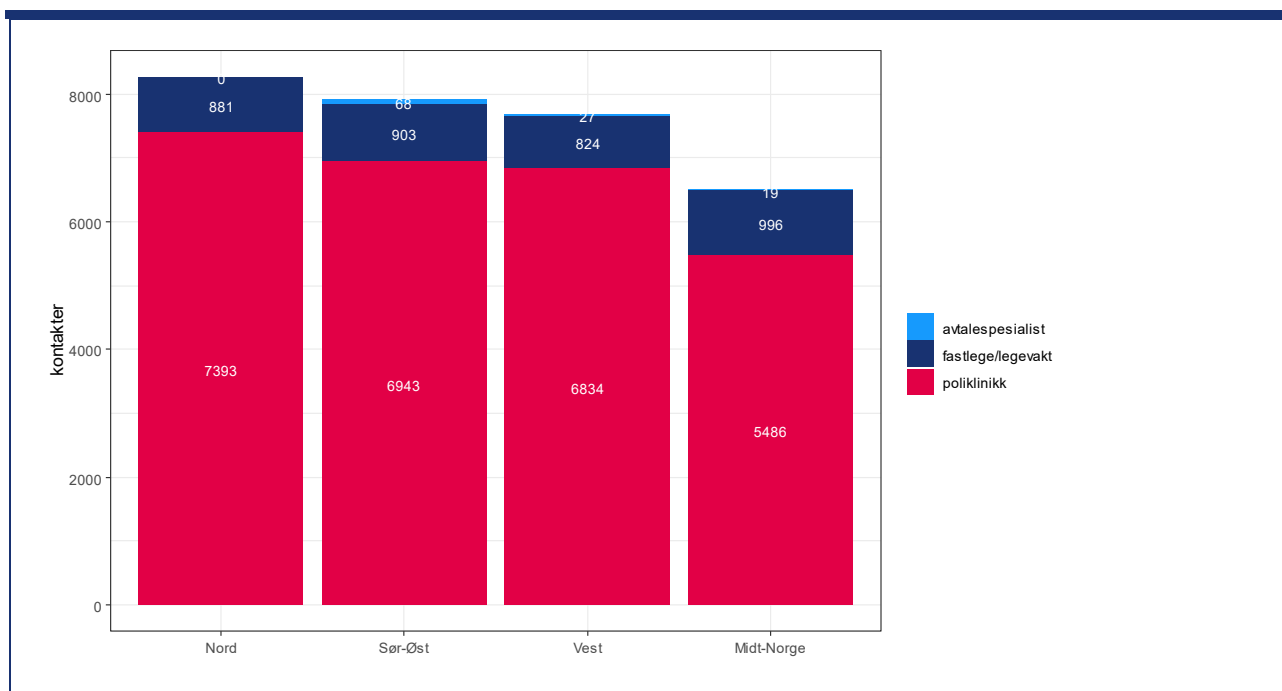
- Omfanget av behandlingen av psykiske plager og lidelser er avhengig av bosted.

5.3 Omfanget av behandlingen av psykiske plager og lidelser er avhengig av bosted

Figur 9 og figur 10 viser hvor mye innbyggerne i helseregionene brukte ulike helsetjenester for å få hjelp til psykiske plager eller lidelser i 2019. Hvor mye de ulike helsetjenestene brukes, måles ved å telle antall ganger pasientene har vært i kontakt med tjenestene. I dette kapitlet viser *kontakter* til bruken både i spesialisthelsetjenesten og hos fastlege/legevakt. Punkt 2.1.1 og 2.1.2 i metodekapitlet og vedlegg 14.1 gir en nærmere beskrivelse av hva som inngår i kontaktene med de ulike tjenestene.

⁸⁶ Se kapittel 3 *Revisjonskriterier*.

Figur 9 Antall kontakter med fastlege/legevakt, poliklinikker og avtalespesialister per 10 000 innbyggere (0–17 år) i 2019, fordelt på helseregionene



Kilde: NPR og KUHR. Kommunehelsetjenesten omfatter også andre tjenester, men denne framstillingen viser kun informasjon om kontakter med fastleger og legevakt.

Figur 9 viser at barn og unge som bor i Helse Nord RHF's opptaksområde⁸⁷, har flere kontakter med helsetjenesten for å få hjelp til psykiske plager eller lidelser enn barn og unge som bor i de andre helseregionene. Barn og unge i region Nord har totalt sett 27 prosent flere kontakter enn barn og unge i region Midt-Norge.

Ettersom det er noe underrapportering av data for Helse Midt-Norge RHF, har vi også beregnet variasjonen i bruken ved å benytte gjennomsnittet for årene 2015 til 2019. Når vi benytter gjennomsnittet, har barn og unge i region Midt-Norge flest kontakter, og forskjellene mellom regionene reduseres. Barn og unge i region Midt-Norge har i gjennomsnitt 12 prosent flere kontakter enn barn og unge i region Vest i perioden 2015 til 2019.

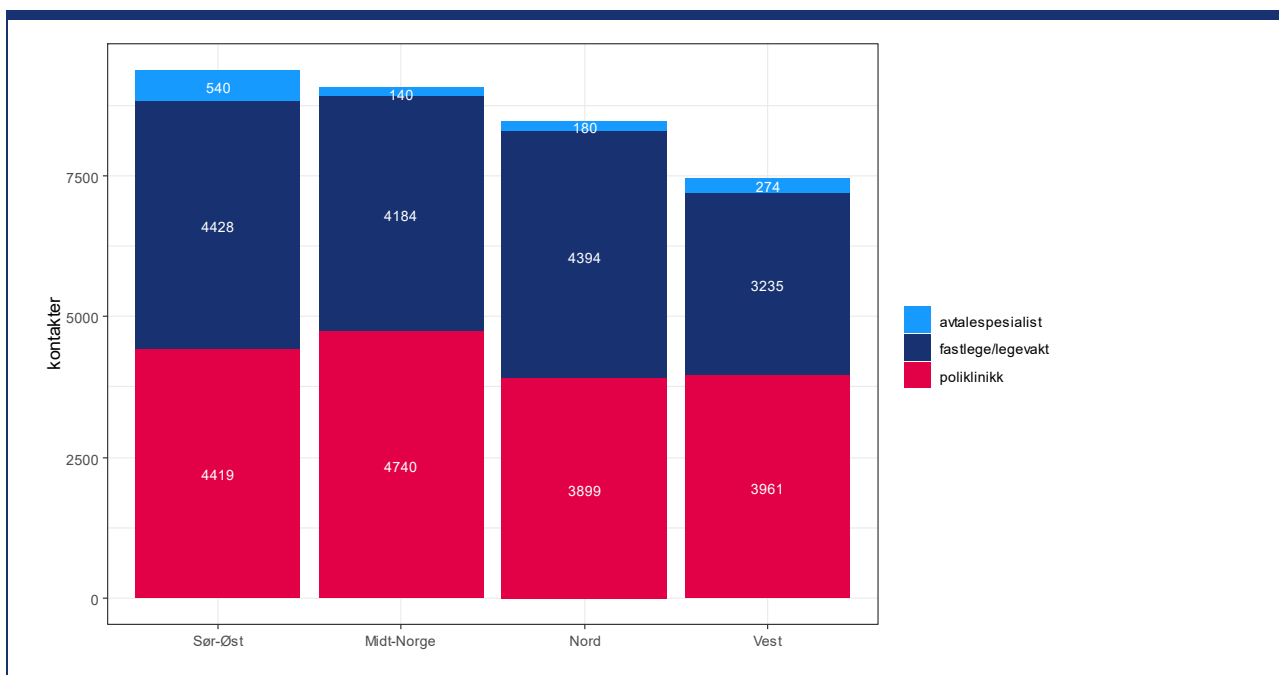
Figuren viser videre at barn og unge har langt flere kontakter med spesialisthelsetjenesten enn med fastlege/legevakt, og at avtalespesialistene nesten ikke behandler barn og unge som har psykiske lidelser.

Helseatlas er et nettbasert verktøy som undersøker geografisk variasjon i innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. En rapport som er basert på dette verktøyet, *Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling* (2020), tar utgangspunkt i data fra 2014 til 2018. I tillegg til å vise variasjonen i forbruk av polikliniske tjenester samlet, slik vi har gjort her, viser rapporten forbruk av døgntilrettelagt behandling. Det går fram at variasjonen i antall døgnopphold var særlig stor blant barn og unge. I perioden 2014 til 2018 var det over fem ganger flere døgnopphold per 1000 innbyggere i opptaksområdet til Finnmarkssykehuset sammenlignet med Akershus universitetssykehus.⁸⁸

⁸⁷ Opptaksområdet er de kommunene eller bydelene som de regionale helseforetakene har ansvar for å betjene.

⁸⁸ Helse Førde (2020) *Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling*. Helseatlas viser at det var få barn og unge som fikk døgntilrettelagt behandling, og resultatet må tolkes i lys av dette.

Figur 10 Antall kontakter med fastlege/legevakt, poliklinikker og avtalespesialister per 10 000 innbyggere (18 år +) i 2019, fordelt på helseregionene



Kilde: NPR og KUHR. Kommunehelsetjenesten omfatter også andre tjenester, men denne framstillingen viser kun informasjon om kontakter med fastleger og legevakt.

Voksne som bor i opptaksområdet til Helse Sør-Øst RHF, har samlet sett høyest antall kontakter med helsetjenestene i forbindelse med psykiske plager og lidelser, og voksne i region Sør-Øst har 26 prosent flere kontakter enn de voksne i region Vest totalt sett. Når vi tar utgangspunkt i gjennomsnittet for perioden 2015 til 2019 i stedet for bare tall for 2019, har voksne i Midt-Norge-regionen 25 prosent flere kontakter enn voksne i Vest-regionen.

Figuren viser videre at det er befolkningen i region Midt-Norge som har flest polikliniske kontakter (4740 kontakter per 10 000), selv om befolkningen i region Sør-Øst har flest kontakter samlet sett.

Figuren viser at voksne bruker fastlege og legevakt omtrent like ofte som de bruker polikliniske tjenester i spesialisthelsetjenesten. Sammenlignet med barn og unge (se figur 9) benytter voksne i større grad fastlege og legevakt til behandling av psykiske plager og lidelser. Samtidig ser vi av figurene at barn og unge i større grad enn voksne får behandling i poliklinikk.

Vi har også analysert variasjonene i antall pasienter og kontakter på helseforetaksnivå og om det er større variasjoner i forbruk av fastleger enn forbruk av poliklinikk. Analysene viser at forbruket av fastleger varierer like mye som forbruket av poliklinikk. Punkt 14.4 under vedleggene inneholder mer informasjon om dette.

Antall kontakter per pasient som er til behandling i poliklinikk, er avhengig av bosted

Analysen viser videre at litt flere barn og unge var i kontakt med fastlege (59 000 pasienter) enn med poliklinikk i psykisk helsevern (50 263 pasienter) i 2019. Antall kontakter hver pasient har med enten fastlege/legevakt eller poliklinikk, sier noe om hvor mye behandling pasientene får av de ulike helsetjenestene.

Tabell 2 Gjennomsnittlig antall kontakter per pasient i poliklinikk og hos fastlege/legevakt i 2019 (0–17 år)

RHF	Poliklinikk	Fastlege/legevakt
Midt-Norge	12,4	1,74
Nord	14,0	1,65
Sør-Øst	16,3	1,71
Vest	14,2	1,70
Hele landet	15,1	1,71

Kilde: NPR og KUHR

Tabell 2 viser at barn og unge som oppsøker fastlege og legevakt for å få hjelp med psykiske plager og lidelser, gjør det i gjennomsnitt litt færre enn to ganger per år. Tabellen viser videre at barn og unge som får behandling i poliklinikk, får i gjennomsnitt 15 kontakter med poliklinikken per år.

Tabellen viser videre at bruken av fastlege og legevakt er omtrent lik i de ulike regionene i Norge. Barn og unge som bor i opptaksområdet til Helse Midt-Norge, har 5 prosent flere kontakter med fastlege/legevakt enn barn og unge som bor i opptaksområdet til Helse Nord. Det er noe mer variasjon i antall ganger barn og unge har kontakt med poliklinikkene. Barn og unge i region Midt-Norge har færre kontakter per pasient når de får behandling i BUP, enn barn og unge i de øvrige regionene. Her er det i gjennomsnitt 12,4 kontakter per pasient. Barn og unge i region Sør-Øst har til sammenlikning 16,3 kontakter per pasient. Barn og unge i region Sør-Øst hadde dermed i gjennomsnitt nesten fire kontakter mer med BUP enn barn og unge i Midt-Norge. Dette utgjør 31 prosent flere kontakter per pasient.

Når vi analyserer tallene for de voksne pasientene, finner vi at relativt flere voksne pasienter har vært i kontakt med fastlegen (ca. 600 000 pasienter) enn med poliklinikkene i psykisk helsevern (ca. 150 000 pasienter).

Tabell 3 Gjennomsnittlig antall kontakter per pasient i poliklinikk og hos fastlege/legevakt i 2019 (18 år +)

RHF	Poliklinikk	Fastlege/legevakt
Midt-Norge	11,4	2,90
Nord	10,4	2,98
Sør-Øst	12,8	3,00
Vest	11,9	2,87
Hele landet	12,3	2,97

Kilde: NPR og KUHR

Tabell 3 viser at voksne pasienter som oppsøker fastlege/legevakt, i gjennomsnitt har i underkant av tre kontakter i året med enten fastlege eller legevakt. Tabellen viser at de voksne som får behandling i poliklinikk, i gjennomsnitt har i overkant av tolv kontakter med poliklinikken. Tabellen viser videre at det er regionale forskjeller i hvor mange kontakter voksne har med poliklinikkene. De videre analysene viser at voksne som er til behandling i poliklinikkene i region Sør-Øst, i gjennomsnitt har 22 prosent flere kontakter per pasient enn voksne i region Nord. Analysene viser også at voksne i region Sør-Øst i gjennomsnitt har 5 prosent flere kontakter med fastlege/legevakt enn voksne i region Vest.

Noe av forskjellene i antall kontakter per pasient mellom poliklinikkene i regionene kan skyldes forskjeller i behov, men det kan også indikere at det er forskjeller i hvor mye behandling poliklinikkene gir til pasientene.

Når det gjelder voksne, viser rapporten *Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling* (2020) at variasjonen var særlig stor blant dem med alvorlig psykisk lidelse når de så nærmere på ulike diagnosegrupper. Voksne med alvorlig psykisk lidelse i opptaksområdet til Lovisenberg Diakonale sykehus

hadde tre ganger så mange kontakter per pasient som voksne med alvorlig psykisk lidelse i opptaksområdet til Finnmarkssykehuset.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at det er kjent med at det er forskjeller i behandlingstilbudet mellom helseforetaksområdene. For å kunne framskrive behovet for dag- og døgn tjenester, polikliniske tjenester og ambulante tjenester er det ifølge departementet nødvendig med en bedre analyse av behovene og en mer avklart arbeidsdeling mellom ulike deler av tjenesten. Gjennom den nasjonale helse- og sykehusplanen har Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene fått i oppdrag å utarbeide en analyse av befolkningens framtidige behov for psykiske helsetjenester og en ny framskrivningsmodell.

6 Styring og finansiering av arbeidet med psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten

I dette kapitlet retter vi oppmerksomheten mot den gylne regel som virkemiddel for å prioritere psykisk helsevern og mot hvordan psykisk helsevern blir finansiert.

6.1 Relevante føringer⁸⁹

- Veksten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal være høyere enn veksten i somatikken.
- Finansieringsordningens viktigste formål er å støtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene.

6.2 Oppsummering

- Ingen av de regionale helseforetakene har nådd målene for alle indikatorene for den gylne regel i løpet av de siste fem årene.
- Regionale helseforetak opplever at finansieringsordningen gir insentiver til å prioritere arbeidet med somatiske helsetjenester over arbeidet med psykisk helsevern.

6.3 Ingen av de regionale helseforetakene har nådd målene for alle indikatorene for den gylne regel i løpet av de siste fem årene

Helse- og omsorgsdepartementet styrer de regionale helseforetakene gjennom lov, vedtekter, årlige oppdragsdokumenter og foretaksmøter. Fra 2014 har et av styringsmålene i de årlige oppdragsdokumentene vært at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres. Dette kalles for prioriteringsregelen eller den gylne regel.

Den gylne regel innebærer at den relative veksten i psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn veksten i somatikken hvert år. Veksten skal måles på regionnivå. Stortinget har lagt til grunn at følgende indikatorer skal benyttes for å vurdere om psykisk helsevern og TSB prioriteres:

- gjennomsnittlig ventetid
- ressursbruk i form av kostnader
- aktivitet i form av antall polikliniske konsultasjoner⁹⁰

Aktivitetsmålet omfatter bare polikliniske konsultasjoner, mens kostnadmålet og ventetidsmålet inkluderer både den polikliniske virksomheten og døgnbehandlingen. Det er bare for det absolutte målet om ventetider at Helse- og omsorgsdepartementet stiller ulike resultatkrav for psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Når de regionale helseforetakene rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet i årlig melding skiller de mellom psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og TSB for alle indikatorene.

De grønne feltene i tabell 4 viser følgende:

- Den relative veksten i aktivitet og kostnader i psykisk helsevern og TSB har vært høyere enn i somatikken.
- Den gjennomsnittlige ventetiden i psykisk helsevern har blitt redusert mer enn den gjennomsnittlige ventetiden i somatikken.

⁸⁹ Se kapittel 3 *Revisjonskriterier*.

⁹⁰ Se blant annet Innst. 11 S (2018–2019).

Tabell 4 Måloppnåelse for den gylne regel i perioden 2015–2019

		2015			2016			2017			2018			2019		
		PHV-V	PHV-BU	TSB	PHV-V	PHV-BU	TSB	PHV-V	PHV-BU	TSB	PHV-V	PHV-BU	TSB	PHV-V	PHV-BU	TSB
Helse Midt-Norge	Aktivitet															
	Ventetider															
	Kostnader															
Helse Sør-Øst	Aktivitet															
	Ventetider															
	Kostnader															
Helse Vest	Aktivitet															
	Ventetider															
	Kostnader															
Helse Nord	Aktivitet															
	Ventetider															
	Kostnader															

Kilde: Dokumentgjennomgang av den årlige meldingen fra de regionale helseforetakene i perioden 2015–2019

Forklaring: Grønne felt betyr at målene for en indikator for den gylne regel er nådd, mens røde felt betyr at målene for en indikator ikke er nådd. Gule felt betyr at veksten i psykiatrien er like stor som veksten i somatikken. Hvite felt betyr at det ikke går klart fram i de årlige meldingene om de regionale helseforetakene har nådd målene for indikatoren eller ikke.

Tabellen viser at det over tid er lite systematikk i om målene for indikatorene for den gylne regel nås. Tabellen viser videre at

- ingen av de regionale helseforetakene har nådd målene for alle indikatorene eller for alle tjenesteområdene hvert år
- målet om relativt kortere ventetid er det målet som i minst grad nås

En av helseregionene kan for eksempel ha nådd målet om økte kostnader for psykisk helsevern for voksne ett år, for så å mislykkes året etter og oppleve kostnadsøkning det tredje året. Dette gjør det vanskelig å vurdere om utviklingen går i positiv eller negativ retning over tid. I 2019 er det dårligst måloppnåelse totalt sett siden det er flest røde felt i tabellen dette året. Samtidig nådde det største regionale helseforetaket, Helse Sør-Øst RHF, målene for åtte av ni indikatorer dette året.

Helse- og omsorgsdepartementet slår i intervju fast at den gylne regel skal innfris, og opplyser at måloppnåelsen følges opp gjennom rapportering i de årlige meldingene samt gjennom foretaksmøtene med de regionale helseforetakene. Ut over dette har departementet ikke tatt i bruk andre virkemidler for å sikre bedre måloppnåelse for den gylne regel. Departementet understreker at selv om måloppnåelsen for den gylne regel gjennom flere år har vært variabel, har regelen bidratt til høyere vekst i psykisk helsevern.

6.3.1 Nedprioritering av psykisk helse og rekrutteringsutfordringer oppgis som sentrale forklaringer på hvorfor målene for den gylne regel ikke nås

Intervjuer med regionale helseforetak og helseforetak viser at det er to hovedforklaringer på hvorfor målene for den gylne regel ikke nås. For det første går det fram at psykisk helsevern prioriteres når budsjettet planlegges, men blir nedprioritert i løpet av budsjettåret. Når de regionale helseforetakene utarbeider budsjettene, legger de til grunn at målene for den gylne regel skal nås. Det vil si at den prosentvise veksten i budsjettene til psykisk helsevern er større enn den prosentvise veksten i budsjettene til somatikk ved årets begynnelse. I løpet av året blir imidlertid psykisk helsevern nedprioritert, og midler overføres fra psykisk helse til somatikk etter behov. Det er flere ulike forklaringer på hvorfor psykisk helsevern nedprioriteres, men noen av årsakene som trekkes fram, er som følger:

- Som fagområde er psykisk helsevern betydelig mindre enn somatikken, og det får mindre oppmerksomhet av ledelsen.
- Ledelsen mangler kjennskap til fagområdet psykisk helse, og midler blir prioritert til tiltak som ledelsen forstår.
- Det er vanskelig å vise til gode og konkrete effekter av behandlingen i psykisk helsevern sammenlignet med somatikken. Ledelsen prioriterer ofte tiltak som kan dokumentere positive helseeffekter.

Rekrutteringsutfordringer trekkes fram som den andre sentrale forklaringen til at målene for den gylne regel ikke nås, og disse utfordringene gjør det vanskelig å nå kravene til økt aktivitet og reduserte ventetider. Ubesatte stillinger gjør det vanskelig å øke antall polikliniske konsultasjoner, og for få ansatte vil i mange tilfeller også få negative følger for ventetidene.

6.3.2 Det er mulig å forbedre prioriteringsregelen

De regionale helseforetakene og helseforetakene som er intervjuet, viser til at måloppnåelsen av prioriteringsregelen ikke nødvendigvis er et uttrykk for at psykisk helsevern faktisk blir prioritert, og at det kan være tilfeldigheter som spiller inn på hvorvidt de regionale helseforetakene når målene for den gylne regel.

Intervjuene viser for eksempel at kostnadsnivået påvirkes av en rekke ulike faktorer som ikke skyldes prioritering. Eksempler på slike faktorer er:

- Innleie av personell
Hvis helseforetakene ikke får ansatt personell, kan de leie inn personell. Helseforetakene opplyser at innleie fører til økte kostnader sammenlignet med faste ansettelser.
- Fristbrudd
Ved fristbrudd må helseforetaket kjøpe behandlingsplasser hos private aktører, og dette øker kostnadsnivået.
- Sikkerhetsplasser
Sikkerhetsplasser er kostbare, og antall sikkerhetsplasser vil påvirke kostnadsnivået.

I intervjuene kommer det fram at ulikhetene i innretningen av somatikken og psykisk helsevern gjør det utfordrende å sammenligne aktivitetsnivået. Ett helseforetak opplyser for eksempel at ett nytt årsverk i somatikken kan generere like mange konsultasjoner som en hel poliklinikk for barn og unge utfører i løpet av et helt år.⁹¹ I tillegg består behandlingsforløpet til for eksempel barn med alvorlige psykiske lidelser av aktivitet som er nødvendig for god behandling, men som ikke blir målt. Dette fører til at den relative sammenligningen av utviklingen i aktivitet mellom somatikk og psykisk helsevern ikke oppfattes som et mål på om psykisk helsevern prioriteres eller ikke.

Et av kravene i den gylne regel er at den gjennomsnittlige ventetiden i psykisk helsevern skal reduseres mer enn den gjennomsnittlige ventetiden i somatikken. I oppdragsdokumentet for 2019 stilte Helse- og omsorgsdepartementet i tillegg krav om at den gjennomsnittlige ventetiden skal være lavere enn 45 dager i psykisk helsevern for voksne og lavere enn 40 dager i psykisk helsevern for barn og unge i 2019.⁹² Dette innebærer for eksempel at selv om Helse Vest RHF i 2019 nådde kravet om at ventetidene skulle være lavere enn 45 og 40 dager i psykisk helsevern for henholdsvis voksne og barn og unge, innfridde helseforetaket bare kravet i den gylne regel når det gjaldt ventetidene i psykisk helsevern for barn og unge.

⁹¹ Ett ekstra årsverk til for eksempel en øre-nese-hals-avdeling kan generere opp mot 4000 nye konsultasjoner i året.

⁹² Det slås videre fast at innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager i psykisk helsevern for voksne og lavere enn 35 dager i psykisk helsevern for barn og unge. Dette kravet gjentas i oppdragsdokumentene for 2020 og 2021.

Dette kommer av at det bare er i psykisk helsevern for barn og unge at den gjennomsnittlige ventetiden er redusert mer enn gjennomsnittlig ventetid for somatikken.

Selv om de regionale helseforetakene og helseforetakene har flere innspill til hvordan den gyldne regel kan innrettes for å forbedre måloppnåelsen, framhever de at den gyldne regel har vært viktig for å rette oppmerksomheten mot psykisk helse. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at de vil videreføre hovedmålet om å prioritere psykisk helsevern og TSB, men at innretningen av prioriteringsregelen vil bli vurdert på sikt. Departementet ønsker å se nærmere på om den gyldne regel bidrar til å støtte den ønskede utviklingen på feltet, og vil blant annet vurdere om de tre indikatorene for den gyldne regel er de beste og mest hensiktsmessige i så måte. Intensjonen om å vurdere innretningen på prioriteringsregelen fremgår av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, men det er så langt ikke gitt noe oppdrag om dette.

6.4 Regionale helseforetak opplever at finansieringsordningen gir incentiver til å prioritere arbeidet med somatiske helsetjenester over arbeidet med psykisk helsevern

De regionale helseforetakene blir i hovedsak finansiert gjennom basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering (ISF). Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes blant annet av antall innbyggere i en region og innbyggernes alderssammensetning og er uavhengig av aktivitet.⁹³ Den innsatsstyrte delen (ISF) bestemmes av hvor mange pasienter som blir behandlet, hvilken behandling de får, og hvor ressurskrevende behandlingen er.⁹⁴

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene,⁹⁵ det vil si ansvaret for å sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det. Videre skal ordningen stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling.

ISF ble innført for psykisk helsevern i 2017, og målet med innføringen var å få et mer helhetlig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har ansvaret for å forvalte og utvikle ISF, og dette arbeidet utføres i dialog med de regionale helseforetakene.⁹⁶ Helsedirektoratet opplyser i brev av 16. oktober 2020 at ISF-ordningen har en sammensatt virkemåte som samlet sett bidrar til god ressursutnyttelse og kostnadseffektiv pasientbehandling.

I psykisk helsevern dekker ISF om lag 20 prosent av de ordinære driftskostnadene for poliklinisk aktivitet, mens ordningen er ment å dekke om lag 50 prosent av driftskostnadene i de somatiske spesialisthelsetjenestene.⁹⁷ Ifølge Helsedirektoratet vil en ISF-andel på 20 prosent i psykisk helsevern føre til at systemet får satt seg og utviklet seg videre. At ISF dekker ulike andeler i somatikken og psykisk helsevern, fører ifølge Helsedirektoratet til

- et mer komplekst system siden det i dag er to delvis adskilte regelsett
- ulikheter i aktivitetsmål, som gjør det vanskeligere å vurdere og følge opp om ønskede prioriteringer finner sted
- at det opprettholdes kunstige skillelinjer mellom somatikk og psykisk helsevern – ulikhetene i styrings- og finansieringsmodellen kan hindre at det etableres helhetlige, integrerte tjenester på tvers av fagområdene til pasienter som har behov for det

Begge de regionale helseforetakene som er intervjuet, opplyser at forskjellene i ISF-andelen fører til at det er mer lønnsomt for helseforetakene å legge til rette for aktivitetsvekst og dermed øke inntjeningen i somatikken enn i psykisk helsevern. Dette gir incentiver til å prioritere arbeidet med somatiske helsetjenester over arbeidet med psykisk helsevern. Helse- og omsorgsdepartementet presiserer i intervju at ISF-ordningen ikke skal være et styrings- eller prioriteringssystem. Intensjonen med ordningen er ikke å prioritere somatikk over psykisk helsevern og TSB.

Et av de regionale helseforetakene uttaler i intervju at dagens finansieringsmodell i for liten grad legger til rette for god faglig oppfølging. Slik ISF-ordningen fungerer i dag, tjener poliklinikkene mest på de friskeste pasientene som har enkle forløp. Dette regionale helseforetaket mener at det er en risiko for at den

⁹³ Se blant annet Helsedirektoratet (2019) *Innsatsstyrt finansiering 2020*.

⁹⁴ Helsedirektoratet (2019) *Innsatsstyrt finansiering 2020*.

⁹⁵ Prop. 1 S (2019–2020) *For budsjettåret 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet.

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Helsedirektoratet (2019) *Innsatsstyrt finansiering 2020*.

polikliniske aktiviteten vris mot den aktiviteten eller de pasientene som genererer mest inntekt, og ikke mot de sykeste pasientgruppene.

Ifølge Helsedirektoratet er det naturlig at ISF-ordningen får stor oppmerksomhet. Samtidig legger direktoratet vekt på at ISF-ordningen må ses som et supplement til basisbevilgningen, som utgjør hoveddelen av finansieringen. Det er basisbevilgningen som skal benyttes til å støtte prioriteringer i behandlingstilbudet.

Helsedirektoratet opplyser at det ikke er gjennomført en selvstendig evaluering av omleggingen av den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen for polikliniske tjenester i psykisk helsevern og TSB. Helse- og omsorgsdepartementet presiserer i brev av 8. mars 2021 at videreutvikling av ISF pågår kontinuerlig, og Helsedirektoratet opplyser at de har fulgt opp og korrigert ordningen underveis, blant annet basert på

- tilbakemeldinger fra regionale helseforetak
- tilbakemeldinger fra egen koordineringsgruppe
- tilbakemeldinger fra og spørsmål til kontakt- og veiledningstjenesten for ISF-ordningen
- tertialvise analyser av aktivitetsdata, blant annet for å avdekke variasjon i registreringspraksis som uttrykk for svakheter i ISF-regelverket eller innretningen av ordningen

7 Innholdet i behandlingstilbudet til personer med psykiske plager og lidelser

Dette kapitlet gir først en beskrivelse av det kommunale behandlingstilbudet til personer med psykiske plager og lidelser. Undersøkelsen gir ikke en fullstendig oversikt over det kommunale tjenestetilbudet, men beskriver

- om kommunene har etablert døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for personer med psykiske plager og lidelser
- om kommunene tilbyr oppsøkende psykiske helsetjenester
- det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser

Videre følger en analyse av hvor mange henvisninger fra den kommunale helsetjenesten til spesialisthelsetjenesten som avvises, hvor lenge pasientene må vente på behandling i poliklinikkene i psykisk helsevern, hvor stor utfordringen med ubesatte stillinger er, og i hvilken grad poliklinikkene tilbyr ambulante tjenester.

7.1 Relevante føringer⁹⁸

- Befolkningen i Norge har rett til å få hjelp for sine psykiske plager og lidelser når de har behov for det, og helsehjelpen skal være likeverdig uavhengig av hvor man bor i landet.
- Helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlige, som blant annet betyr at de må holde tilfredsstillende kvalitet og ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.
- Alle kommuner skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.

7.2 Oppsummering

Analysen viser følgende:

- Flere kommuner har ikke etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til personer med psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer.
- Mange kommuner tilbyr ikke oppsøkende psykiske helsetjenester.
- Én av ti kommuner har ikke et behandlingstilbud til barn og unge med psykiske plager og lidelser ut over fastlege.
- Det er store variasjoner i hvor stor andel av henvisningene som avvises i psykisk helsevern.
- Enkelte poliklinikker i psykisk helsevern krever henvisning for øyeblikkelig hjelp.
- Det er store forskjeller i hvor lenge barn, unge og voksne må vente før de får behandling.
- Ambulant behandling tilbys ikke av alle poliklinikker.
- Over 60 prosent av poliklinikkene har ubesatte stillinger som skyldes rekrutteringsutfordringer.

7.3 Flere kommuner har ikke etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til personer med psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer

Fra 2017 har kommunene plikt til å sørge for et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til voksne pasienter med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer.⁹⁹ Et av formålene med døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er nødvendig eller ønskelig.

Pasienter som er aktuelle for å bli innlagt på døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, er pasienter med lette eller moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer og ofte i kombinasjon med somatisk sykdom eller plager.¹⁰⁰

⁹⁸ Se kapittel 3 *Revisjonskriterier*.

⁹⁹ Helsedirektoratet (2020) *Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Status 2019*.

¹⁰⁰ Ibid.

SINTEF kartlegger årlig det kommunale arbeidet innenfor psykisk helse og rus, og denne kartleggingen viste at 8 prosent av kommunene ikke hadde etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer i 2019.¹⁰¹ Mange av kommunene som har et slikt døgntilbud, har samlokalisert tilbudet for somatiske pasienter og pasienter i psykisk helsevern og rus.¹⁰² Færre kommuner har avsatt spesifikke plasser til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer.¹⁰³

7.4 Mange kommuner tilbyr ikke oppsøkende psykiske helsetjenester

Det er ikke alle personer med behov for psykiske helsetjenester som kan, eller vil, oppsøke hjelpetilbudet selv. I disse tilfellene er personene avhengige av at kommunen tilbyr oppsøkende tjenester.

Over halvparten av kommunene opplyser i spørreundersøkelsen at de ikke har oppsøkende tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser, og nesten 30 prosent av kommunene opplyser at de ikke har oppsøkende tjenester til voksne med psykiske plager og lidelser eller til voksne med samtidige psykiske plager og lidelser og rusmiddelproblemer.

Helsedirektoratet opplyser i brev av 16. oktober 2020 at de i høringsuttalelsen til rusreformen ga følgende to hovedanbefalinger knyttet til tjenestetilbudet til barn og unge i kommunene:

- Direktoratet anbefaler at det innføres en generell plikt som sier at kommunene skal tilby oppsøkende tjenester når det individuelle behovet og forsvarlighetsvurderinger tilsier en proaktiv tilnærming. Plikten kan alternativt avgrenses til å gjelde sårbare grupper eller kun barn og unge dersom man skulle prioritere noen grupper. Man kan hevde at en slik plikt allerede inngår i forsvarlighetskravet, og at den også er integrert iplikten til å yte psykososial beredskap og oppfølging, men plikten til å tilby oppsøkende tjenester bør etter direktoratets vurdering likevel utvides, tydeliggjøres og bli mer forpliktende for kommunene.
- Direktoratet anbefaler at kommunenes tjenester er tilstrekkelig dimensjonert, kunnskapsbasert og innrettet ut fra brukernes behov. Dette gjelder særlig de tjenestene hvor det er avdekket svikt og mangler i tilbudet. I mange tilfeller er det ikke lagt til rette for samarbeid mellom tjenesteytere som sikrer at barn og unge får helhetlige, koordinerte og forsvarlige tjenester som er tilpasset deres behov.

Helsedirektoratet har også tidligere anbefalt en aktivt oppsøkende tilnærming for å etablere en behandlingsrelasjon med barn og unge. Det kan være gunstig å møtes der de unge føler seg mest komfortable. Videre mener direktoratet at en ambulerende tilnærming der både den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er representert, bør være en tilnærming ved mer alvorlig rusmiddelproblematikk.

Departementet opplyser i brev fra 8. mars 2021 om at det pågår arbeid i regi av Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse om bruk av mestringsverktøy for behandling av psykiske lidelser. Dette arbeidet skal tilrettelegge for økt tilgjengelighet i kommunal behandling av psykiske helseplager, økt kapasitet i behandlingstilbud, samt tilby kommuner verktøy de kan benytte i behandling, nå nye målgrupper og tilrettelegge for bedre kvalitet gjennom fleksibilitet og tilpasset behandlingsopplegg. Arbeidet piloteres i 15 kommuner.

7.5 Én av ti kommuner har ikke et behandlingstilbud til barn og unge med psykiske plager og lidelser ut over fastlege

Kommunene har ansvar for å yte et forsvarlig tjenestetilbud og samordne tjenestene sine,¹⁰⁴ men de står fritt til å organisere tjenestene slik de mener det er hensiktsmessig.

I de fleste kommuner behandler fastlegen barn og unge med psykiske plager og lidelser, og i tillegg opplyser rundt 90 prosent av kommunene at de har egne tjenester som behandler barn og unge. 75 prosent av kommunene har en egen lavterskeltjeneste for psykisk helse som behandler barn og unge, mens andre kommuner opplyser at det er kommunale tjenester som helsestasjonen, skolehelsetjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og/eller barneverntjenesten som behandler barn og unge. Det er 32 prosent av

¹⁰¹ SINTEF (2019) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*.

¹⁰² Helsedirektoratet (2020) *Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Status 2019*.

¹⁰³ Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene.

¹⁰⁴ Prop. 1 S (2019–2020) *For budsjettåret 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet.

kommunene som opplyser at helsestasjonen og/eller skolehelsetjenesten behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Spørreundersøkelsen til kommunene viser også at omtrent én av ti kommuner verken tilbyr lavterskeltjenester eller andre tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser ut over fastlege. I sju kommuner har verken fastlegene eller kommunene et behandlingstilbud til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

I kommunene som har et behandlingstilbud til barn og unge, er innholdet i tilbudet i stor grad likt:

- individuell behandling (for eksempel samtaletilbud til barn og unge)
- familiesamtaler
- veiledningssamtaler i kommunens lokaler

I tillegg til disse tjenestene tilbyr også en del kommuner kurs og andre gruppetilbud til både pårørende og ungdom som en del av lavterskeltjenestene.

Formålet med kommunale lavterskeltjenester er å gi lett tilgjengelig og tidlig hjelp til personer med psykiske plager og dermed hindre at disse plagene vedvarer eller utvikles til psykiske lidelser. Omtrent halvparten av kommunene som har en lavterskeltjeneste, oppgir at det ikke er noen ventetid for å få hjelp av lavterskeltjenesten. 40 prosent av kommunene oppgir at det er enten én eller to ukers ventetid, mens nesten ti prosent oppgir at barn og unge må vente i tre uker eller lenger.

Faktaboks 4 Lavterskeltjenestene i kommunene

En lavterskeltjeneste kjennetegnes ved at den

- gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandlingstid
- kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- er tilgjengelig for alle
- kan tilby tidlige og adekvate tiltak
- kan være en «los» videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø
- er besatt av personell med kompetanse
- har åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- har høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov

Kilde: Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*

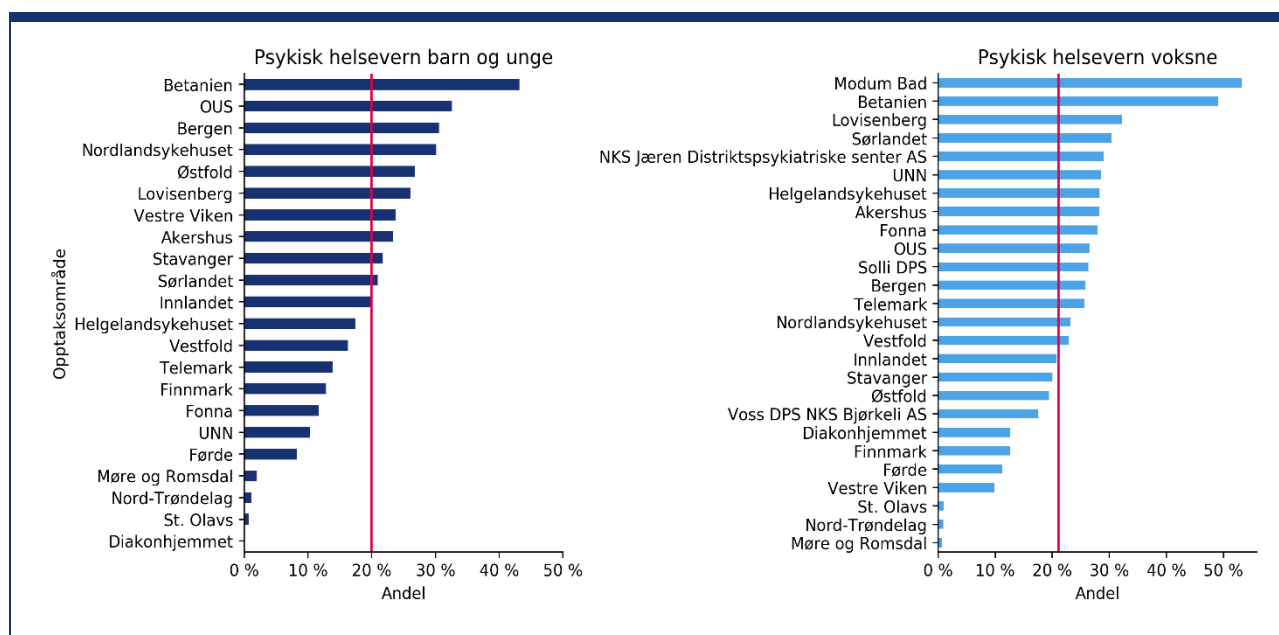
Helse- og omsorgsdepartementet presiserer i brev 8. mars 2021 at helsestasjons- og skolehelsetjenesten står i en særstilling i arbeidet overfor barn og unge, både når det gjelder å avdekke psykiske plager og å følge opp disse, eller henvise videre til spesialisthelsetjenesten når det er behov for det. Departementet viser videre til at alle kommuner skal ha et tilbud om helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

7.6 Det er store variasjoner i hvor stor andel av henvisningene som avvises i psykisk helsevern

Fastlegene og andre som har henvisningsrett, skal utarbeide en henvisning som sendes til spesialisthelsetjenesten, når de vurderer at behandling i spesialisthelsetjenesten er nødvendig. Helsedirektoratet opplyser i brev av 16. oktober 2020 at en ordinær henvisning innebærer at pasienten har mottatt helsehjelp i kommunen, og at helsepersonellet der har gjort en kartlegging og vurderer det slik at pasienten har behov for spesialisthelsetjenester. I slike tilfeller vurderer helsepersonellet at de ikke selv har kompetanse til å utrede og/eller behandle pasientens psykiske helseutfordringer.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasientene som henvises, oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom en pasient ikke oppfyller vilkårene, skal henvisningen avvises. Figur 11 viser andelen avviste henvisninger i psykisk helsevern i 2019 fordelt på helseforetak.

Figur 11 Andelen avviste henvisninger i psykisk helsevern i 2019, fordelt på helseforetak og private behandlingssteder som har myndighet til å tildele rett til helsehjelp



Kilde: Helsedirektoratet (2019) *Ventetider og pasientrettigheter, per måned* [nettdokument]

Figur 11 viser at det er store variasjoner mellom behandlingsstedene i andelen avviste henvisninger. I psykisk helsevern for barn og unge varierer andelen avvisinger fra 0 prosent ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo til 43 prosent ved Betanien sykehus i Bergen. I psykisk helsevern for voksne varierer andelen avvisinger fra 0,6 prosent ved Møre og Romsdal HF til 53 prosent ved Modum Bad. Figuren viser videre at omtrent én av fem henvisninger ble avvist både når det gjaldt barn og unge og voksne på nasjonalt nivå i 2019.

Det kan være mange forklaringer på hvorfor andelen avviste henvisninger varierer mellom de ulike behandlingsstedene, blant annet følgende:

- Det er ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester. Over 60 prosent av behandlerne i BUP opplyser i Riksrevisjonens spørreundersøkelse at kommunehelsetjenesten og poliklinikken ofte har ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester.
- Det er ulik praksis i poliklinikkene med hensyn til om de innhenter informasjon når henvisningene er uklare eller mangelfulle, eller om uklare henvisninger avvises direkte.¹⁰⁵
- Det er ulik praksis i poliklinikkene med hensyn til om de avviser pasienter som burde fått et behandlingstilbud av kommunehelsetjenesten, hvis poliklinikkene vet at kommunene ikke har et slikt tilbud.
- Det er ulike rutiner for hvordan kommunene og poliklinikkene samarbeider om henvisningene. Ifølge Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern til barn og unge (2008) bør poliklinikkene ha et nært samarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene i opptaksområdet for å gjøre en mest mulig helhetlig vurdering og utredning av henviste pasienter. Én måte å organisere samarbeidet på er å opprette inntaksteam der ansatte både fra kommunene og poliklinikkene deltar. Kun 10 prosent av kommunene svarer i spørreundersøkelsen at de og BUP har et felles inntaksteam.
- Det er ulik praksis med hensyn til om poliklinikkene tilbyr kommunene veiledning. Hvis en poliklinikk avviser en henvisning, bør poliklinikken gi anbefalinger eller råd om annen aktuell behandling eller oppfølging. Poliklinikken bør også vurdere om veiledning til den kommunale helsetjenesten kan bidra til å ivareta pasientens behov for behandling og oppfølging. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at det varierer om kommunene får anbefalinger eller råd om behandling eller oppfølging når poliklinikken har avslått henvisninger. Nesten 30 prosent av kommunene svarer at de aldri eller sjelden får slike anbefalinger eller råd fra poliklinikkene.

Det kan også være forskjeller i avvinningsfrekvens mellom den polikliniske virksomheten og døgntilbudet, og det kan være forskjeller mellom behandlingsstedene i hvor mye behandling som

¹⁰⁵ Barneombudet (2020) *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*.

utføres poliklinisk eller i døgnbehandling. For eksempel kan et behandlingssted ha høyere avvisningsfrekvens i døgnbehandlingen og ha mer døgnbehandling enn andre behandlingssteder.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at poliklinikkene skal legge *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge* til grunn når de vurderer om pasienter som blir henvist til BUP, har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Hvis pasienten ikke har rett til helsehjelp, er det kommunen som har ansvar for å gi vedkommende et tilbud. Hvorvidt kommunene har mulighet til å gi et tilbud, varierer imidlertid fra kommune til kommune. Dette gir utslag i ulike avvisningsfrekvenser for henvisninger. Departementet opplever at mange poliklinikker for barn og unge strekker seg langt for å ta imot pasienter som ikke får et tilbud i kommunehelsetjenesten.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er det ønskelig at kommunene i større grad skal kunne gi et tilbud til pasienter med lettere psykiske plager. Samtidig er det viktig at kommunene og spesialisthelsetjenesten har en god dialog rundt henvisningene. Helse- og omsorgsdepartementet viser til det er flere tiltak i Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)* som skal bidra til å forbedre dialogen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dialogen bør skje enten før eller under henvisningen, slik at det blir klart hva slags hjelp pasientene har behov for, og hvor de skal få hjelpen. En god dialog mellom tjenestene vil resultere i at pasientene får riktig hjelp raskere.

Helsedirektoratet opplyser i brev av 16. oktober 2020 at direktoratet ikke har analysert dataene over avviste henvisninger med tanke på å avdekke uønsket variasjon. Direktoratet kan derfor ikke svare på om dataene viser uønsket variasjon, eller om det er andre forhold som kan forklare variasjonen. Direktoratet opplyser at det å underbygge en vurdering av eller konklusjon om graden av uønsket variasjon vil kreve en grundig analyse samt bruk av ulike variasjonsmål. Det er flere mulige forklaringer på variasjonen i avviste henvisninger, og ifølge Helsedirektoratet vil det derfor ikke være riktig å gi en vurdering av om dette er uønsket variasjon eller ikke, før en grundig analyse er gjennomført.

Faktaboks 5 «Jeg skulle hatt BUP i en koffert»

Barneombudet publiserte høsten 2020 rapporten *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*. Rapporten slår blant annet fast at ulike BUP-er har ulik praksis når de vurderer henvisninger. Noen BUP-er har alltid vurderingsmøter med barn, pårørende, henviser og andre i kommunen som har relevant informasjon om barnet. Andre har rutiner for å innhente informasjon ved uklare eller mangelfulle henvisninger, mens andre igjen avslår uklare henvisninger direkte.

Barneombudet påpeker at god saksbehandlingspraksis tilsier at BUP skal innhente nødvendig informasjon for å kunne gjøre gode vurderinger av barns rett til helsehjelp, men at deres funn tyder på at dette ivaretas i svært ulik grad. Dette fører til at ventetiden for mange barn blir unødig lang ved rehenvisning eller klage. I verste fall kan barn og unge bli stående uten hjelp. Slik Barneombudet vurderer det, har barn og unge i Norge i dag dermed ikke likeverdig tilgang til hjelp. Ulik saksbehandlingspraksis ved vurdering av henvisninger har betydning for i hvilken grad barn og unges rett til helsehjelp blir ivarettatt.

Kilde: Barneombudet (2020) *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*

7.7 Enkelte poliklinikker i psykisk helsevern krever henvisning for øyeblikkelig hjelp

Helsedirektoratet opplyser i brev av 16. oktober 2020 at det kan være behov for en øyeblikkelig hjelp-vurdering i spesialisthelsetjenesten dersom helsepersonell eller andre vurderer at et barn eller en ungdom har symptomer som kan innebære en risiko for liv og helse. Da vurderer psykisk helsevern om barnet eller ungdommen har behov for umiddelbar innleggelse, eller om det er forsvarlig å tilby polikliniske tjenester, for eksempel neste dag.

Når poliklinikkene som er utpekt til å gi barn og unge øyeblikkelig hjelp, finner det nødvendig å undersøke eller behandle personen som oppsøker hjelp, skal det ikke være nødvendig med henvisning.¹⁰⁶ I praksis varierer det imidlertid om poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge som er utpekt til å gi øyeblikkelig hjelp, krever henvisning. I Helse Vest krever alle disse poliklinikkene henvisning for pasienter

¹⁰⁶ Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

uten aktiv sak før de kan få øyeblikkelig hjelp. I Helse Nord krever halvparten av poliklinikkene henvisning, og i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge krever henholdsvis 29 prosent og 39 prosent av poliklinikkene henvisning for pasienter uten aktiv sak.

Det er også variasjon blant poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne som er utpekt til å gi øyeblikkelig hjelp – fra Helse Nord hvor alle poliklinikkene krever henvisning for pasienter uten aktiv sak, til Helse Sør-Øst hvor 40 prosent krever henvisning.

7.8 Det er store forskjeller i hvor lenge barn, unge og voksne må vente før de får behandling

For personer som har utfordringer med å fungere i hverdagen, er det en belastning å vente på hjelp. Hvis det går lang tid fra pasienten er henvist, til helsehjelpen starter, kan det føre til at helsetilstanden og prognosen forverres.

I oppdragsdokumentet for 2019 satte Helse- og omsorgsdepartementet mål for hvor lang den gjennomsnittlige ventetiden skal være fra spesialisthelsetjenesten mottar henvisningen fra kommunen, til helsehjelpen starter. Gjennomsnittlig ventetid for det regionale helseforetaket skal være lavere enn

- 45 dager i psykisk helsevern for voksne
- 40 dager i psykisk helsevern for barn og unge

Tall fra Helsedirektoratet viser at den gjennomsnittlige ventetiden i psykisk helsevern i 2019 var 44 dager for voksne, mens den var 45 dager for barn og unge.¹⁰⁷

Tabell 5 Regionale helseforetak som innfridde kravene til ventetider i 2019

	Ventetid for barn og unge	Ventetid for voksne
Helse Sør-Øst	46 dager	42 dager
Helse Vest	38 dager	41 dager
Helse Midt	49 dager	50 dager
Helse Nord	53 dager	52 dager

Kilde: Brev av 8. mars 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet

Tabell 5 viser at tre av fire regionale helseforetak ikke oppfylte ventetidskravene for barn og unge, og at halvparten av de regionale helseforetakene ikke oppfylte kravet for voksne.

Analysen viser videre at det er store variasjoner mellom helseforetakene i hvor lenge en pasient må vente. Ved helseforetaket med kortest ventetid ventet barn og unge i gjennomsnitt 28 dager, i helseforetaket med lengst ventetid ventet de i gjennomsnitt 72 dager. I psykisk helsevern for voksne varierer de gjennomsnittlige ventetidene fra 27 dager til 77 dager.¹⁰⁸

7.9 Ambulant behandling tilbys ikke av alle poliklinikker

Det har i flere år vært en målsetting å vri virksomheten i psykisk helsevern fra behandling i døgnavdelingene til poliklinisk og ambulant behandling.¹⁰⁹ Ambulant behandling er behandling som blir gitt andre steder enn i poliklinikken, for eksempel i pasientens eget miljø.

17 prosent av lederne ved poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne opplyser til Riksrevisjonen at alle pasienter som har behov for ambulant behandling, får dette, mens 55 prosent opplyser at enkelte pasienter

¹⁰⁷ Helsedirektoratet (2019) *Ventetider og pasientrettigheter, per måned* [nettdokument].

¹⁰⁸ Helsedirektoratet (2019) *Ventetider og pasientrettigheter, per måned* [nettdokument].

¹⁰⁹ Helsedirektoratet (2018) *Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014-2018 og Prop.121 S (2018–2019) Opptreppingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*.

får ambulant behandling. 2,5 prosent av poliklinikkene for voksne tilbyr ikke ambulant behandling til noen av sine pasienter, mens 25 prosent opplyser at en annen enhet i foretaket tilbyr ambulant behandling.

11 prosent av lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge opplyser at de ikke behandler noen pasienter utenfor poliklinikken.¹¹⁰ Spørreundersøkelsen til behandlerne i BUP viser at over halvparten av behandlerne i løpet av det siste året har savnet muligheten til å gi ambulant behandling i tilfeller der dette hadde vært det beste for pasienten. På spørsmål om hvorfor de ikke har hatt denne muligheten, forklarer nesten 80 prosent at behandling utenfor poliklinikken i for stor grad ville gått ut over de andre pasientene som de har på listen sin.

7.10 Over 60 prosent av poliklinikkene har ubesatte stillinger som skyldes rekrutteringsutfordringer

I løpet av 2018 eller 2019 rapporterer alle helseregionene om rekrutteringsutfordringer i den årlige meldingen til Helse- og omsorgsdepartementet. Vi har gjennom spørreundersøkelser kartlagt i hvilken grad poliklinikkene i perioden 1. februar 2019 til 1. februar 2020 hadde ubesatte stillinger som skyldes vanskeligheter med å rekruttere fagpersonell. Over 60 prosent av poliklinikkene rapporterer at de har ubesatte stillinger som skyldes rekrutteringsutfordringer.¹¹¹

Nærmere analyser av svarene viser at det er poliklinikkene i Helse Nord RHF som rapporterer om størst utfordringer med ubesatte stillinger. 80 prosent av lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne og 89 prosent av lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord RHF opplyser at de har ubesatte stillinger som skyldes rekrutteringsproblemer.

Tabell 6 Andelen ubesatte stillinger ved poliklinikker i psykisk helsevern med ubesatte stillinger per 1. februar 2020

	Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge	Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne
Gjennomsnitt	11 %	16 %
Minimum	3 %	3 %
Maks	30 %	32 %

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til ledere i BUP og DPS

Tabell 6 viser at for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge som hadde ubesatte stillinger, var i gjennomsnitt 11 prosent av årsverkene ubesatte. De poliklinikkene for voksne som hadde ubesatte stillinger hadde i gjennomsnitt 16 prosent av årsverkene ubesatte. I poliklinikkene som hadde flest ubesatte stillinger, var over 30 prosent av årsverkene ubesatte. Poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord RHF og poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne i Helse Midt-Norge RHF hadde størst andel ubesatte årsverk.

Helseforetakene opplyser i intervju at det er særlig utfordrende å rekruttere spesialister. Tre av fire ledere i psykisk helsevern for barn og unge som er intervjuet, har hatt utfordringer med å ansette og beholde behandlere.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at det i pakkeforløpene ble stilt krav om at pasienter skal utredes av spesialister, og at dette kravet avdekket at mange poliklinikker mangler spesialister. Departementet understreker at det må ansettes et tilstrekkelig antall spesialister ved alle poliklinikker. Departementet forventer videre at tjenestene tar i bruk digitale virkemidler, slik at de kan benytte spesialistkompetanse i andre deler av landet ved behov. Departementet opplyser i brev av 8. mars 2021 at bruk av digitale konsultasjoner i noen tilfeller kan påvirke ressurstilgang og behandling på brukernes premisser. Digitale konsultasjoner vil ikke fungere godt for alle. Samtidig har sykehus som har tatt i bruk digitale konsultasjoner i forbindelse med håndtering av pandemien, opplevd at en del unge foretrekker

¹¹⁰ Det er sju poliklinikker som ikke gir direkte pasientbehandling utenfor poliklinikken.

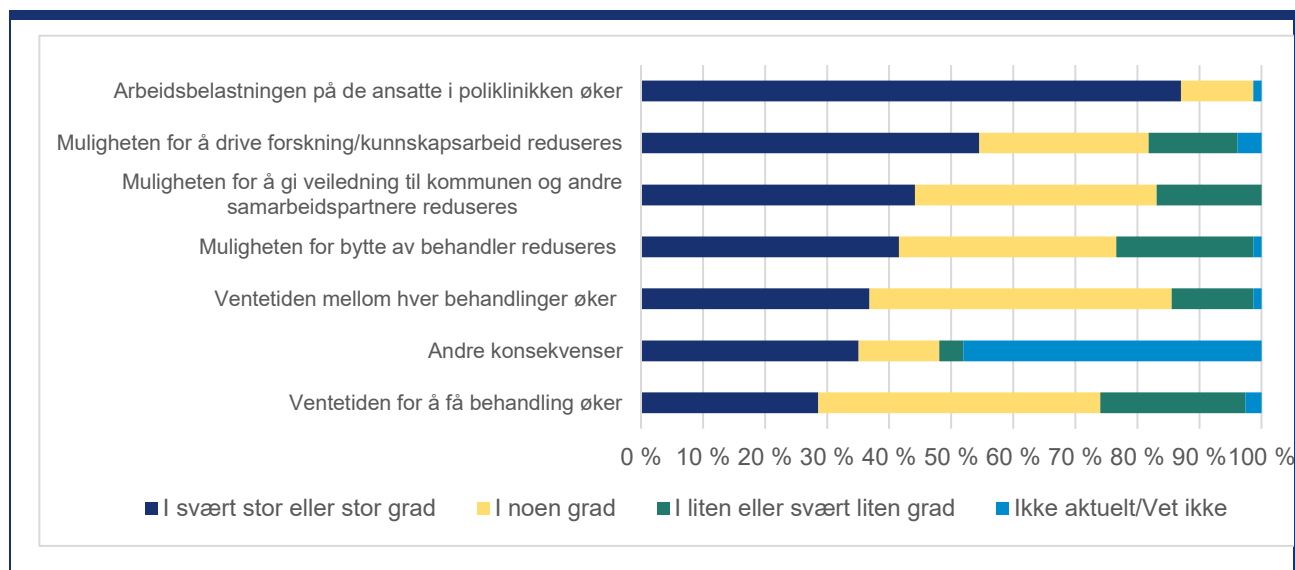
¹¹¹ Ledere ble spurt om antall ubesatte stillinger per 1. februar 2020.

videosamtaler. De unge oppgir at de foretrekker videosamtaler av grunner som at de slipper reisevei og at behandlingen skjer på egen arena.

I intervju beskriver lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge en situasjon der poliklinikkene taper kampen om arbeidskraft mot kommunene og private tjenesteutøvere, som begge tilbyr høyere lønn til spesialister. Ifølge lederne oppleves også kravet til hvor mange behandlingstimer som skal gjennomføres i løpet av en uke, som krevende av behandlerne i BUP.

I spørreundersøkelsen ble det kartlagt hvilke konsekvenser ubesatte stillinger hadde for arbeidet i poliklinikkene.

Figur 12 Konsekvenser av ubesatte stillinger ved poliklinikkene i psykisk helsevern



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til ledere i DPS og BUP

Figur 12 viser at ubesatte stillinger har en rekke konsekvenser for poliklinikkene. Først og fremst øker det arbeidsbelastningen til de ansatte. Flere ledere kommenterte i den forbindelse at økt arbeidsbelastning ofte går ut over behandlernes tid til annet viktig arbeid, som å utvikle seg faglig og holde seg oppdatert, veilede nyutdannede og gi ambulant behandling. De oppgir også at økt arbeidsmengde gir høyere sykefravær, dårligere arbeidsmiljø og trivsel og mer slitasje og belastning på behandlerne.

Ubesatte stillinger går også ut over andre oppgaver som forskning og kunnskapsarbeid og muligheten til å gi veiledning til kommunene og andre samarbeidspartnere. Én BUP-leder opplyser i intervju at for få årsverk fører til at flere oppgaver ikke blir gjort. Det er for eksempel et stort behov for at poliklinikken veileder kommunen, men dette kan ikke prioriteres da det er mange barn og unge som venter på behandling.

Noe færre ledere oppgir at ubesatte stillinger har konsekvenser for pasientforløpene, enten i form av økte ventetider mellom hver behandling, økte ventetider for å få behandling eller redusert mulighet til å bytte behandler. Andelen ledere som oppgir at dette skjer i stor grad, er imidlertid ikke ubetydelig, og mange oppgir at dette skjer i noen grad.

Flere ledere både i BUP og DPS påpeker at ubesatte stillinger og utfordringer med å rekruttere også fører til at poliklinikken mangler viktig kompetanse, spesielt legespesialister. Mangel på legespesialister kan for eksempel gå ut over medisinerings av pasienter, utredninger, oppfyllelse av krav til pakkeforløp, kvalitetssikring og veiledning av nyutdannede leger.

Ubesatte faglige stillinger påvirker også lederne arbeidsbelastning. Mye tid går med til rekrutteringsarbeid, og de lederne som har en utdanning som gjør at de kan gi behandling, må ofte bidra i det faglige arbeidet. Dette går igjen ut over tiden som burde blitt brukt til ledelsesoppgaver.

Rett under halvparten av poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne opplyser at de har leid inn én eller flere behandlere i perioden fra februar 2019 til februar 2020. Undersøkelsen viser at det er mindre vanlig å leie inn ansatte til poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge, og at bare hver femte av disse

poliklinikkene leide inn behandlere i perioden. Analyser av svarene viser at bare hver tredje poliklinikk for barn og unge som hadde ubesatte årsverk på grunn av rekrutteringsutfordringer, hadde leid inn ansatte. Når det gjelder poliklinikker for voksne, hadde litt over halvparten som hadde ubesatte årsverk på grunn av rekrutteringsutfordringer, leid inn ansatte.

Selv om det er færre BUP-er som rapporterer at de leier inn ansatte, utgjør innleide behandlere her i gjennomsnitt en større andel av årsverkene sammenlignet med DPS. Av poliklinikkene som har leid inn behandlere, har BUP i gjennomsnitt leid inn 21 prosent av årsverkene, mens andelen innleide i DPS i gjennomsnitt er 13 prosent.

Over 80 prosent av lederne ved DPS og over 60 prosent av lederne for BUP opplyser at innleide behandlere koster mer enn fagpersonell som er ansatt i poliklinikken. Dette bekreftes i intervju med helseforetakene, hvor tre av fire opplever økte kostnader som følge av økt innleie av behandlere. I tillegg opplever over 50 prosent av lederne for poliklinikkene for barn og unge og voksne at innleie av behandlere fører til at pasienter må bytte behandler underveis i pasientforløpet. Ved enkelte poliklinikker deltar innleide behandlere i mindre grad på samarbeidsmøter.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at utfordringene med å rekruttere behandlere har eksistert i mange år. Psykisk helsevern er i utgangspunktet mer desentralisert enn somatikken og krever flere årsverk per enhet. Det er store utfordringer med å rekruttere spesialister til enkelte deler av landet, særlig til små enheter langt fra større byer. Departementet opplyser at det er viktig å gjøre noe med rekrutteringssituasjonen for å få til likeverdig behandling.

Helse- og omsorgsdepartementet mener at det først og fremst er de regionale helseforetakene, som arbeidsgivere, som har ansvaret for å sikre nødvendig rekruttering av behandlere til psykisk helsevern. Departementet opplever at de regionale helseforetakene jobber med problemstillingen. For eksempel er det satt inn kompetansehevede tiltak som skal gjøre det mer attraktivt å søke seg til psykisk helsevern. I tillegg opplyser departementet at det er flere prosjekter på gang som vil gi informasjon om hvilke tiltak som kan bedre rekrutteringen.

8 Kunnskapsgrunnlaget om behandlingsmetoder innenfor psykisk helse

Dette kapitlet handler blant annet om forskning på psykisk helse i poliklinikkene og i kommunene, og om poliklinikkenes bruk av anbefalte behandlingsmetoder.

8.1 Relevante føringer¹¹²

- Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Poliklinikkene i psykisk helsevern har forskning som én av sine hovedoppgaver.
- Det er en forventning om at poliklinikkenes behandlingstilbud utøves i tråd med kunnskapsbasert praksis.

8.2 Oppsummering

- Mange poliklinikker og kommuner deltar ikke i forskning om psykisk helse.
- For noen psykiske lidelser mangler det oppsummert kunnskap om hvilke behandlingsformer som har best effekt.
- Ikke alle poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge tilbyr sine pasienter anbefalte behandlingsmetoder.

8.3 Mange poliklinikker og kommuner deltar ikke i forskning om psykisk helse

Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og poliklinikkene i psykisk helsevern har forskning som én av sine hovedoppgaver.

I Riksrevisjonens spørreundersøkelse til landets kommuner, BUP-er og DPS-er fikk de spørsmål om de hadde deltatt i forskningsprosjekter om psykisk helse. Nesten halvparten av DPS-lederne og BUP-lederne opplyser at de ikke har deltatt i forskningsprosjekter om effekten av behandlingsmetoder de siste tre årene, mens 60 prosent av kommunene ikke har medvirket i forskningsprosjekter innenfor psykisk helse eller rus.

Videre opplyser 73 prosent av behandlerne i BUP at de ikke har deltatt i forskning om barn og unges psykiske helse. Av de 27 prosentene av behandlerne i BUP som har forsket i løpet av de siste tre årene, opplyser 70 prosent at forskningen handlet om hvilken effekt ulike behandlingsmetoder har.

Halvparten av lederne ved DPS og én av tre ledere i BUP opplever at de ikke blir stimulert av helseforetaket eller det regionale helseforetaket til å forske på psykiske helse. Det er store variasjoner mellom de ulike regionene med hensyn til om lederne i BUP opplever at de blir oppfordret til å forske. Nesten 80 prosent av BUP-lederne i Helse Nord RHF har ikke blitt oppfordret til å forske, mens rundt 45 prosent av de øvrige lederne oppgir at de har blitt oppfordret til å forske.

To helseforetak bekrefter i intervju at forskningsaktiviteten er lavere på psykisk helse enn på andre store fagområder, og at forskningsprosjekter innenfor psykisk helse ofte ikke når opp i konkurranse med forskningsprosjekter innenfor somatikk. Intervjuene antyder også at små helseforetak ofte taper i konkurranse med større forskningsmiljøer, og at det kan være en tendens til at det tildeles mer midler til kvantitativ forskning, mens forskning på psykisk helse oftere er kvalitativ.

I intervju med et regionalt helseforetak kommer det fram at noe av bakgrunnen for at prosjekter innenfor psykisk helse og somatikk nå konkurrerer om de samme midlene i foretaket, er at enkelte forskningsmiljøer i psykisk helsevern oppnådde en kvalitet som satte dem i stand til å konkurrere med miljøene innenfor somatikken. Over tid har det ifølge det regionale helseforetaket imidlertid vist seg at det i mindre grad har lyktes med å etablere langsiktig og god finansiering av forskningsmiljøer innenfor psykisk helsevern, sammenlignet med tilsvarende miljøer innenfor somatikken. Dette har ifølge det regionale helseforetaket slått uheldig ut på forskningen innenfor psykisk helsevern i regionen. Siden det er vanskeligere å etablere et stabilt forskningsmiljø med god kompetanse innenfor psykisk helsevern, blir det færre gode prosjektsøknader

¹¹² Se kapittel 3 *Revisjonskriterier*.

innenfor psykisk helsevern. Foretaket beskriver en situasjon der manglende tilgang på strategiske forskningsmidler har svekket både forskningen og forskningsmiljøene innenfor psykisk helsevern. Det er i dag behov for en betydelig opptrapping av forskningsaktiviteten på dette området.

Det regionale helseforetaket viser videre til at avdelingene i psykisk helsevern mangler ressurser til forskning, noe som sannsynligvis henger tett sammen med behovet for å holde den kliniske driften i gang. Ifølge det regionale helseforetaket viser erfaring at kunnskapsutviklingen taper i kampen mot aktivitetskravene. Det regionale helseforetaket peker på flere faktorer som motvirker deltakelse i forskning:

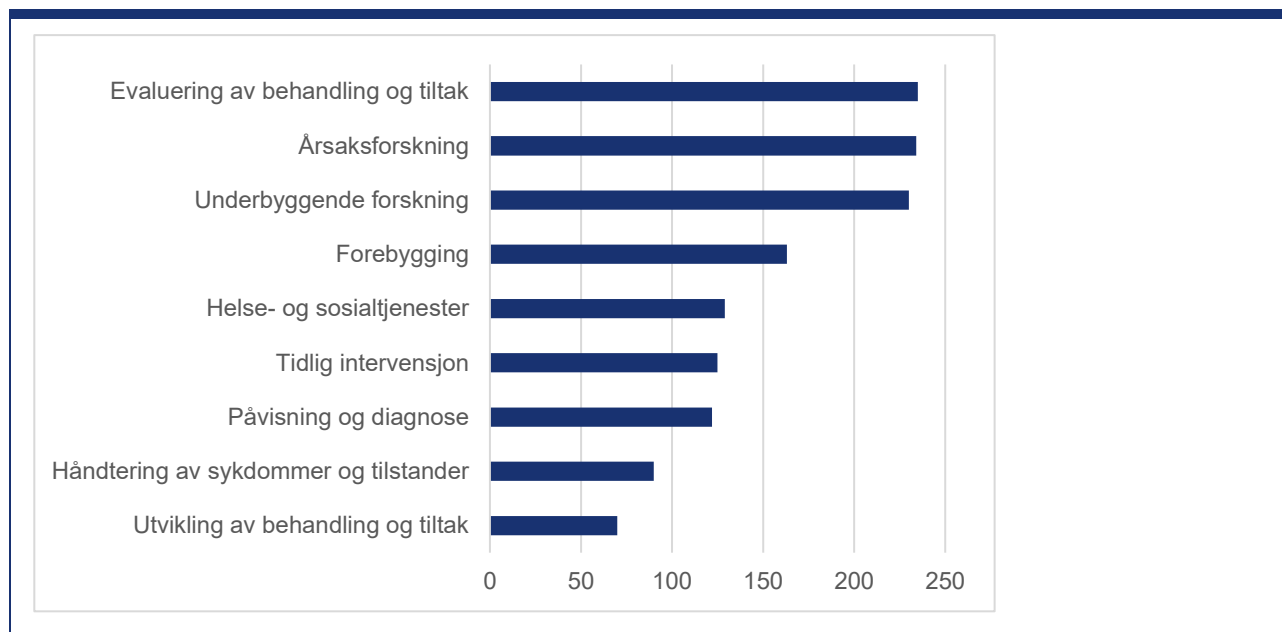
- Forskningsstillinger har ofte lavere lønn enn arbeid i poliklinikkene.
- Muligheten til å få bistillinger er dårligere i psykisk helsevern enn i somatikken.
- Muligheten til å få forskningspermisjon er mindre i poliklinikker i psykisk helsevern enn i somatikken. Dette kommer av at belastningen ved å gi forskningspermisjon er større i psykisk helsevern, som er organisert i mindre team, enn i somatikken, som er organisert i større team.

8.4 For noen psykiske lidelser mangler det oppsummert kunnskap om hvilke behandlingsformer som har best effekt

Behandlingen ved poliklinikkene i psykisk helsevern skal utøves i tråd med kunnskapsbasert praksis.¹¹³ Det betyr at poliklinikken bør utforme behandlingstilbudene i tråd med vitenskapelig dokumentasjon om virkningsfulle behandlingsformer der dette finnes.

I 2017 brukte norske forskningsmiljøer totalt 1,4 milliarder kroner på FoU (forskning og utviklingsarbeid) innenfor psykisk helse, og dette utgjør ca. 12 prosent av de samlede FoU-ressursene til helse og omsorg i 2017.¹¹⁴ Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) har kartlagt hvilke forskningsaktiviteter pengene til FoU innenfor psykisk helse brukes til.

Figur 13 Den samlede FoU-innsatsen innenfor psykisk helse i universitets- og høgskolesektoren, instituttsektoren og spesialisthelsetjenesten, fordelt på forskningstema og beløp (mill. kr)



Kilde: NIFU (2019) *Kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge*.

¹¹³ Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

¹¹⁴ NIFU (2019) *Kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge*.

Figur 13 viser at de tre største forskningsaktivitetene er evaluering av behandling og tiltak, årsaksforskning¹¹⁵ og underbyggende forskning.¹¹⁶ Det er gitt minst penger til utvikling av behandling og tiltak.

Både Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Forskningsrådet bekrefter i intervju at det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget som finnes om behandling av psykiske lidelser, fortsatt er mangelfullt. Dette understøttes av Riksrevisjonens spørreundersøkelse, som viser at nesten 30 prosent av BUP-lederne mener at poliklinikken de leder, benytter behandlingsmetoder som har et for svakt kunnskapsgrunnlag.

Håndbok for barn og unges psykiske helse, som er utarbeidet av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør) på oppdrag av Helsedirektoratet, gir fagfolk tilgang på oppsummert og kvalitetsvurdert forskning. Den er et beslutningsstøtteverktøy for psykisk helsevern for barn og unge og for kommunene og formidler blant annet informasjon fra forskning om effekt av ulike behandlingsformer for et utvalg tilstandsgrupper. RBUP Øst og Sør opplyser i møte at *Håndbok for barn og unges psykiske helse* viser at det er stor variasjon med hensyn til hvor godt forskningsgrunnlaget er for de ulike tilstandsgruppene.

Helse- og omsorgsdepartementet bekrefter i brev av 8. mars 2021 at det mangler oppsummert kunnskap om hvilken type behandling som har best effekt og for hvem for flere psykiske lidelser. Videre gir Helsedirektoratet uttrykk for at det er kjent med at noen av behandlingsmetodene som har vært brukt av behandlere i DPS, BUP og kommunene, har manglet et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag.

I brevet av 8. mars 2021 presiserer Helse- og omsorgsdepartementet at det finnes kunnskap om mange behandlingsmetoder, og departementet viser til en australsk gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget fra 2018¹¹⁷ som viser at det finnes kunnskap om behandling for de fleste psykiske lidelser. Samtidig understreker departementet at det er behov for mer forskning på de pasientgruppene som finnes i norsk klinisk praksis, og hva som virker for hvem. Det er behov for å forske mer på hvilken type behandling som gir gode resultater for de pasientgruppene som behandlerne møter i klinisk praksis, der for eksempel mange pasienter har flere diagnoser. Ifølge departementet har mye av forskningen ekskludert disse pasientgruppene.

8.5 Ikke alle poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge tilbyr sine pasienter anbefalte behandlingsmetoder

Helsedirektoratet viser i brev av 16. oktober 2020 til at kravet om at helsehjelpen skal være forsvarlig. Dette innebærer at det enkelte helsepersonell har et ansvar for å tilby forsvarlig helsehjelp, herunder kunnskapsbasert behandling så langt det er mulig. Helsetjenestene plikter å legge til rette for at helsepersonell skal kunne tilby forsvarlig behandling. I tilfeller der kunnskapsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig til å danne grunnlag for faglige anbefalinger, skal helsepersonellet ifølge direktoratet konsultere andre med kompetanse eller innhente tilstrekkelig informasjon. Ifølge Helsedirektoratet finnes det i dag flere ulike verktøy som kan være en beslutningsstøtte for behandlerne, for eksempel nasjonale faglige retningslinjer og BUP-håndboka.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at det har vært en betydelig produksjon av forskningsbasert kunnskap på det psykiske helsefeltet de siste 20 årene. Direktoratet gir følgende eksempler på tiltak eller behandlingsformer som anbefales ut fra dagens kunnskapsgrunnlag:

- behandling av tvangslidelse (OCD-lidelser)
- familiebasert terapi til barn og unge med spiseforstyrrelser
- psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid ved psykoselidelser
- traumefokusert kognitiv terapi (TF-CBT) mot traumer / posttraumatiske stresslidelser
- dialektisk atferdsterapi (DBT) til personer med langvarig selvmordsrisiko og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

¹¹⁵ Forskning for å forstå årsak, risiko og utvikling av sykdom og dårlig helse.

¹¹⁶ Forskning som kan underbygge videre helseforskning på sykdomsforståelse, forebygging, diagnose, behandling og helsetjenester.

¹¹⁷ Australian Psychological Society (APS) (2018) *Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders. A Review of the Literature.*

I tillegg til behandlingene som anbefales i de nasjonale faglige retningslinjene¹¹⁸ og pakkeforløpene¹¹⁹, anbefaler Helsedirektoratet en rekke tiltak ut fra dagens kunnskapsgrunnlag, for eksempel Rask psykisk helsehjelp, ACT- og FACT-team og Arbeidsrettet rehabilitering etter modell av Individuell jobbstøtte (IPS) og/eller Jobbmestrende oppfølging (JMO). Helsedirektoratet opplever imidlertid at det tidvis kan være en utfordring å få kommunene og spesialisthelsetjenesten til å implementere kunnskapsbasert praksis.

Selv om det finnes flere tiltak eller behandlingsformer som anbefales ut fra dagens kunnskapsgrunnlag, opplyser drøyt halvparten av lederne i BUP at helseforetaket ikke stiller krav til hvilke behandlingsformer og/eller manualbaserte programmer poliklinikken skal benytte. Samtidig synes hver fjerde behandler i BUP at det er vanskelig å skaffe seg kunnskap om virkningen av ulike behandlingsformer eller -metoder, og så mange som halvparten av behandlerne opplever at det er vanskelig å holde seg oppdatert om de siste behandlingsmetodene som er utviklet. Undersøkelsen viser at også enkelte ledere i BUP synes at det er vanskelig å ha oversikt over hvilke behandlingsmetoder som virker.

Undersøkelsen viser videre at et klart flertall av behandlerne i BUP har hatt pasienter til behandling i løpet av det siste året som kunne hatt nytte av behandlingsmetoder som ikke er tilgjengelige ved deres poliklinikk. Av konkrete behandlingsmetoder savnet flest behandlere dialektisk atferdsterapi (DBT-behandling).¹²⁰ Det er også mange behandlere som savner å kunne bruke ulike former for familierapi og foreldreveiledning. Behandlerne forklarer i intervju at de tilbyr sine pasienter de behandlingsmetodene som de kan. Det kan bety at en del barn og unge ikke får tilbud om de mest effektive behandlingsmetodene som finnes, og som kunne passet for dem.

Helsedirektoratet viser i brev av 16. oktober 2020 til at direktoratet har en klar forventning om at helsepersonell har kunnskap om kunnskapsgrunnlaget som foreligger om utredning og behandling av psykiske lidelser, og at de holder seg oppdatert. Ifølge direktoratet er det virksomhetens ansvar å legge til rette for at dette er mulig, og å evaluere og eventuelt korrigere tjenestetilbudet. Det stilles ikke krav til at helsepersonell skal ha kompetanse på spesifikke behandlingsmetoder, men det forventes at en poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge har tilstrekkelig kompetanse til å gi adekvat og forsvarlig helsehjelp til barn og unge med tilstander som er omtalt i *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge* (Helsedirektoratet (2015)). Prioriteringsveilederen er ment å dekke de fleste av de tilstandene som barn og unge henvises til psykisk helsevern for, men ikke alle.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev av 8. mars 2021 at det er en utfordring at det kan ta tid før oppsummert kunnskap om hvilken type behandling som har best effekt, og for hvem er implementert i tjenestene. Det finnes i overkant av 20 kunnskaps- og kompetansesentre for helse-, omsorgs- og velferdstjenesten.¹²¹ Sentrene skal være ressurser for både tjenestene og den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Felles for disse kompetansemiljøene, både i og utenfor spesialisthelsetjenesten, er at de har som formål å fremme kompetanse og fagutvikling på tvers av fag, nivåer og sektorer.

Ifølge departementet ble flere av kompetansesentrene etablert i forbindelse med den forrige opptrappingsplanen for psykisk helse. At sentrene fremdeles eksisterer, er et uttrykk for at myndighetene mener at det fortsatt er behov både for å bygge kunnskap og for å spre den i tjenestene.

Nasjonale kompetansetjenester på psykisk helse- og rusområdet ble evaluert i 2018, og i tildelingsbrevet for 2020 går det fram at Helsedirektoratet i samråd med de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet og andre relevante aktører, skal foreta en gjennomgang av nasjonale og regionale funksjoner med bakgrunn i disse evalueringene. De skal gi en faglig vurdering av om dagens organisering er hensiktsmessig, og eventuelt foreslå endringer.

¹¹⁸ De nasjonale faglige retningslinjene inneholder systematisk utviklede råd og anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for forebygging, diagnostisering, behandling og/eller oppfølging av pasientgrupper, brukergupper eller diagnosegrupper innenfor helse- og omsorgstjenestene.

¹¹⁹ Et pakkeforløp er et normerende pasientforløp som beskriver organisering av utredning, behandling og oppfølging, kommunikasjon med pasient og pårørende samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Et pakkeforløp skal bygge på nasjonale faglige retningslinjer der disse finnes, alternativt på best tilgjengelig kunnskap og faglig konsensus (kilde: Helsedirektoratet (2019): *Om Helsedirektoratets normerende produkter* [nettdokument]).

¹²⁰ DBT-behandling er en variant av kognitiv atferdsterapi og en behandlingsform for personer med kronisk suicidalitet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (kilde: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging: *Dialektisk atferdsterapi (DBT)* [nettdokument].)

¹²¹ Helsedirektoratet (2017) *Kompetansesentre og kompetansetjenester* [nettdokument].

9 Virkemidler til bruk i kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten og kommunene

Dette kapitlet handler om hvordan arbeidet med psykisk helse inngår i:

- nasjonale faglige retningslinjer og veiledere
- pakkeforløp
- fylkesmennenes arbeid
- nasjonale medisinske kvalitetsregistre
- nasjonale kvalitetsindikatorer
- systematiske brukerundersøkelser

Dette er virkemidler som skal hjelpe helseforetakene og kommunene i deres kvalitetsarbeid.

9.1 Relevante føringer¹²²

- Helse- og omsorgsdepartementet legger rammene for helsetjenesten og har et nasjonalt ansvar for helsetjenestens innhold og utvikling. Departementet har det overordnede ansvaret for å sikre at de nasjonale målene for helse- og omsorgstjenestene nås.
- Helsepersonell, ledere og myndigheter skal ha tilstrekkelig styringsinformasjon om kvaliteten og effekten av pasientbehandlingen som ytes i spesialisthelsetjenesten, som grunnlag for å utvikle tjenestene til det beste for pasienter.
- Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som støtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten.
- Data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis og til systematisk forbedringsarbeid.
- Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som skal fungere som et hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten og som et grunnlag for at pasienter kan ivareta rettighetene sine.
- Brukernes og pasientens behov skal brukes i utviklingen og forbedringen av helsetjenestene.
- Bruk av samvalg skal bidra til at pasienten involveres i beslutninger om utredning, behandling og oppfølging i den grad og på de måter han eller hun ønsker.

9.2 Oppsummering

- Behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten blir innført på flere måter.
- Over halvparten av de nasjonale faglige retningslinjene og veilederne som omhandler psykisk helse, er ikke oppdatert de siste fire årene.
- Nasjonale veiledere og retningslinjer oppleves i stor grad som nyttige.
- Pakkeforløpene har foreløpig ikke bidratt til økt samarbeid og koordinering.
- Mange kommuner opplever at de ikke får god nok bistand av Fylkesmannen¹²³ til arbeidet på psykisk helse - og rusfeltet.
- Det ene nasjonale medisinske kvalitetsregistret som finnes innenfor psykisk helse, fører foreløpig ikke til faglig forbedring.
- Det finnes ingen nasjonale kvalitetsindikatorer som gir informasjon om hvorvidt tjenestene til personer med psykiske plager og lidelser er virkningsfulle.
- Det er gjennomført få nasjonale brukerundersøkelser om behandlingen som foregår i poliklinikkene.
- Det er utviklet ett verktøy for samvalg innenfor psykisk helse.

¹²² Se kapittel 3 *Revisjonskriterier*.

¹²³ Fylkesmannen byttet navn til Statsforvalteren 1. januar 2021.

9.3 Behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten blir innført på flere måter

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet gir signaler om hvilke behandlingsmetoder som bør benyttes, gjennom nasjonale faglige retningslinjer, pakkeforløp og kunnskapsoppsummeringer, som for eksempel BUP-håndboka. I tillegg har de regionale helseforetakene ansvar for Nye metoder som er et felles system for å beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten.¹²⁴

Vår undersøkelse viser at

- 13 nasjonale faglige retningslinjer og enkelte nasjonale veiledere gir anbefalinger om behandling
- tre av pakkeforløpene innen psykisk helse og rus gir anbefalinger om hvilke behandlingsmetoder som bør benyttes (det gjelder pakkeforløp for behandling av tvangslidelsen OCD, pakkeforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år og pakkeforløp for psykoselidelser)
- alle nye legemidler som innføres til behandling i spesialisthelsetjenesten vurderes av system for Nye metoder. I tre tilfeller har system for Nye metoder vurdert ikke-farmakologisk behandling innen psykisk helsevern (Internettveiledet psykisk behandling, BevissthetsTrening og vektdynebehandling).
- budsjettproposisjonen er benyttet én gang for å fremme innføringen av en ny behandlingsmetode (traumefokusert kognitiv terapi (TF-CBT))¹²⁵

Systemet Nye metoder er etablert blant annet for å gi pasienter trygghet for at de metodene som innføres i spesialisthelsetjenesten, er vurdert med hensyn til effekt og sikkerhet. Systemet skal også bidra til at metoder som ikke lenger anses å være tilfredsstillende, blir utfaset.¹²⁶ Helsedirektoratet opplyser at det er like viktig at ulike behandlingsmetoder i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vurderes i systemet Nye metoder som ulike behandlingsmetoder i somatikken.

Folkehelseinstituttet opplyser i intervju at det er få metoder innenfor psykisk helse som har blitt vurdert i systemet Nye metoder. Det er få bestillinger på området psykisk helse og dermed få metodevurderinger. Én forklaring til at det er få bestillinger, kan ifølge Folkehelseinstituttet være at systemet Nye metoder blir oppfattet som et skritt i retning ensretting og standardisering av behandlingen, noe mange er skeptiske til.

I intervju med to regionale helseforetak kommer det fram at de opplever at systemet Nye metoder er innrettet med tanke på de somatiske fagområdene, eller at det først og fremst er et system for godkjenning av nye medikamenter. Et av de regionale helseforetakene peker på at systemet Nye metoder krever at fagområdet kan levere dokumentasjon om behandlingsresultater, og at behandlingsmetoder vurderes opp mot hverandre. Per dags dato er dette i liten grad mulig for behandlingsmetodene i psykisk helsevern, da det er få metoder som kan sammenlignes, og lite dokumentasjon på effekten av de behandlingsmetodene som brukes.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i intervju at departementet vil at flere metoder innenfor psykisk helse skal meldes inn til metodevurdering i systemet Nye metoder. Ifølge departementet er det hovedsakelig legemidler, utstyr og prosedyrer som ønskes innført i spesialisthelsetjenesten, som meldes inn til vurdering. Departementet viser til at systemet i liten grad brukes til å vurdere metoder innenfor psykisk helsevern som ikke innebærer legemiddelbasert behandling.

Helse- og omsorgsdepartementet framhever at det er større faglig uenighet om hva som er god og riktig behandling innenfor psykisk helse, enn innenfor andre fagområder. Denne uenigheten resulterer i at det er krevende å gjøre metodevurderinger. De regionale helseforetakene har i oppdragsdokumentet for 2020 fått i oppdrag å legge til rette for at flere metoder innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan meldes inn og vurderes i systemet Nye metoder.

Helse- og omsorgsdepartementet har i ett tilfelle benyttet departementets budsjettproposisjon for å fremme innføringen av en ny behandlingsmetode. Det framgår av Prop. 1 S (2019–2020) at traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en kunnskapsbasert metode for traumebehandling i spesialisthelsetjenesten for barn og unge som skal spres til BUP-er i hele landet. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har forsket på TF-CBT for barn og unge og utviklet et opplæringsprogram for tjenestene. Det er også NKVTS som sørger for at metoden implementeres i psykisk helsevern for barn og unge i hele landet. I Prop. 1 S (2020–2021) går det fram at metoden når tre fjerdedeler av alle landets BUP-er.

¹²⁴ Nye Metoder: *Hvorfor har vi nye metoder* [nettdokument].

¹²⁵ I Prop. 1 S (2019–2020) fra Helse- og omsorgsdepartementet går det fram at traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en kunnskapsbasert metode for traumebehandling i spesialisthelsetjenesten for barn og unge som skal spres til BUP-er i hele landet.

¹²⁶ Nye Metoder: *Hvorfor har vi nye metoder* [nettdokument].

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at departementet ikke har benyttet budsjettproposisjonen for å implementere en behandlingsmetode tidligere, og opplyser at initiativet kommer fra tjenestene selv. Ifølge departementet er det mulig å gjøre et slikt grep når det gjelder en metodikk som omfatter en begrenset pasientgruppe med en forholdsvis enhetlig problematikk. Det er ikke mulig å gjøre et tilsvarende grep for å implementere for eksempel kognitiv terapi mot depresjon, da det er vanskelig å si hva som er effektiv behandling av depresjon for den enkelte.

Helsedirektoratet viser til at pakkeforløpet for tvangslidelser (OCD) er utarbeidet fordi det er viktig å få implementert en kunnskapsbasert behandlingsmetode for behandlingen av tvangslidelser.

9.4 Over halvparten av de nasjonale faglige retningslinjene og veilederne som omhandler psykisk helse, er ikke oppdatert de siste fire årene

Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

Faktaboks 6 Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere

Nasjonale faglige retningslinjer bygger på forskningsbasert kunnskap, brukernes ønsker og erfaringsbasert (klinisk) kunnskap. De beskriver helsemyndighetenes oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale veiledere omtaler og beskriver et fagområde på et generelt og overordnet nivå, men kan også inneholde en eller flere anbefalinger om håndteringen av spesifikke tilstander innenfor dette fagområdet.

Kilde: Helsedirektoratet (2012) *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* og Helsedirektoratet (2019) *Om Helsedirektoratets normerende produkter* [nettdokument].

Helsedirektoratet opplyser i brev av 16. oktober 2020 at de utarbeider nasjonale faglige retningslinjer på utvalgte problemstillinger innenfor utvalgte fagområder. De nasjonale faglige retningslinjene er ikke heldekkende for fagområdene.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at det ikke er en sammenheng mellom størrelsen på pasientgruppene og fagområdene der det utarbeides retningslinjer. Det mangler blant annet en nasjonal faglig retningslinje for angst, som er en av de største gruppene av psykiske lidelser.

Når Helsedirektoratet utarbeider normerende produkter som nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere og nasjonale faglige råd, prioriterer de ifølge brev av 16. oktober 2020 å lage anbefalinger om problemstillinger som fagmiljøene strides om. Ofte strides de om disse områdene fordi det er lite konkluderende forskning på områdene, fordi resultatene spriker eller fordi det er problemstillinger som man av forskningsetiske hensyn vanskelig kan designe gode studier på. Utarbeidelsen av disse produktene omfatter gjerne systematiske søk etter tilgjengelig forskningsgrunnlag.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at de over år har fått mange innspill om at det er behov for faglige føringer på tjenestene for flere tilstander. Helsedirektoratet ønsker å stimulere fagmiljøer innen og/eller på tvers av tjenestesteder, helseregioner og kommuner til økt samarbeid om utarbeidelse av kunnskapsbaserte faglige retningslinjer.¹²⁷

Svarene på spørreundersøkelsene viser at 35 prosent av lederne for poliklinikker i psykisk helsevern for voksne, 45 prosent av lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge og 33 prosent av behandlerne i poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge mener at det er områder der det mangler nasjonale faglige retningslinjer og/eller veiledere. Blant kommunene svarer 16,5 prosent det samme. En videre analyse viser at behandlere og ledere i BUP og ledere ved DPS spesielt savner nasjonale faglige retningslinjer og/eller veiledere som omhandler traumelidelser og rusbehandling av unge. I tillegg savner behandlere i BUP nasjonale faglige retningslinjer om spedbarns- og småbarnsarbeid. Blant kommunene er

¹²⁷ Helsedirektoratet (2012) *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*.

det flere som savner nasjonale faglige retningslinjer og/eller veiledere som omhandler oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og ungdom og rusbruk.

Vår gjennomgang viser at det høsten 2020 finnes 13 nasjonale faglige retningslinjer innenfor fagområdet psykisk helse. Helsedirektoratet opplyser i intervju at de nasjonale faglige retningslinjene ideelt sett bør gjennomgås av direktoratet hvert annet til hvert fjerde år for å sikre at de er oppdaterte. Retningslinjene bør oppdateres med hensyn til både organisering, regelverk og kunnskapsgrunnlag. I flere av retningslinjene eller veilederne som er over ti år gamle, er kunnskapsgrunnlaget ifølge Helsedirektoratet fortsatt oppdatert, men omtalen av organiseringen og regelverket er ikke i tråd med dagens status.

Dokumentgjennomgangen vi har gjennomført, viser at 6 av de 13 nasjonale faglige retningslinjene som omhandler psykisk helse, er fra 2015 eller tidligere, og at ingen av de 6 eldste er oppdatert etter 2016. Den nasjonale faglige retningslinjen som omhandler samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, er for eksempel fra 2012, og det framgår ikke av publikasjonen om den er oppdatert etter 2012.

Nasjonale veiledere omfatter veiledere til lov og forskrift, prioriteringsveiledere og veiledere for tekniske prosedyrer. Vår gjennomgang viser at det høsten 2020 finnes tolv veiledere som omhandler psykisk helse. Åtte av disse veilederne er fra 2015 eller tidligere, og kun tre av disse er oppdatert etter 2016.

På områder der det ikke utarbeides nasjonale faglige retningslinjer, kan helsetjenestene ifølge Helsedirektoratet benytte internasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer. For øvrig viser Helsedirektoratet til at det stilles krav om at alt helsepersonell skal oppnå kompetanse i kunnskapsbasert praksis i utdanningen. For legene er forskningsforståelse og kunnskapshåndtering viktig kompetanse som også inngår i spesialistutdanningen. Det forventes at hver enkelt ansatt er i stand til å finne fram til den kunnskapsbaserte praksisen som finnes på eget fagområde, og kritisk vurdere om egen praksis er i tråd med denne.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at det er mer utfordrende å gi klare anbefalinger om hvilke behandlingsmetoder som har effekt innenfor psykisk helse, enn om for eksempel medikamentell behandling i somatikken. Det skyldes at det for flere av de mest utbredte lidelsene, som angst og depresjon, er flere tilnærminger som kan ha effekt. Videre viser departementet til at myndighetene de siste ti årene har lagt ned en omfattende innsats med å utarbeide retningslinjer på området psykisk helse og rus. Store deler av feltet er dekket med retningslinjer og veiledere, og det er enkelt for tjenestene å se hva som er den anbefalte behandlingen.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en tverrsektoriell veileder for barn og unges psykiske helse, som også vil omfatte ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og psykisk helsevern for barn og unge. Planen er at denne skal erstatte veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge fra 2007 og veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge fra 2008.

9.5 Nasjonale veiledere og retningslinjer oppleves i stor grad som nyttige

I tillegg til de nasjonale faglige retningslinjene finnes det en rekke virkemidler og verktøy som skal bidra til at kommunene og spesialisthelsetjenesten gir kunnskapsbasert behandling. BUP-håndboka og ungsinn.no har for eksempel oppsummeringer av kvalitetsvurdert forskning på ulike behandlingsmetoder.

Faktaboks 7 Virkemidler eller verktøy som skal bidra til kunnskapsbasert behandling

Nettstedet *Helsebiblioteket* er etablert for å gi helsepersonell og brukere tilgang til oppdatert fagkunnskap.

Det elektroniske vitenskapelige tidsskriftet *Ungsinn* har systematiske kunnskapsoppsummeringer om enkelttiltak for barn og unges psykiske helse.

BUP-håndboka gir fagfolk tilgang på oppsummeringer av kvalitetsvurdert forskning. Den er et beslutningsstøtteverktøy for behandlere i BUP og i kommunene og formidler blant annet informasjon fra forskning på effekten av ulike behandlingsformer for et utvalg tilstandsgrupper.

IN SUM er en database for systematiske oversikter om effekten av tiltak på barn og unges psykiske helse og velferd.

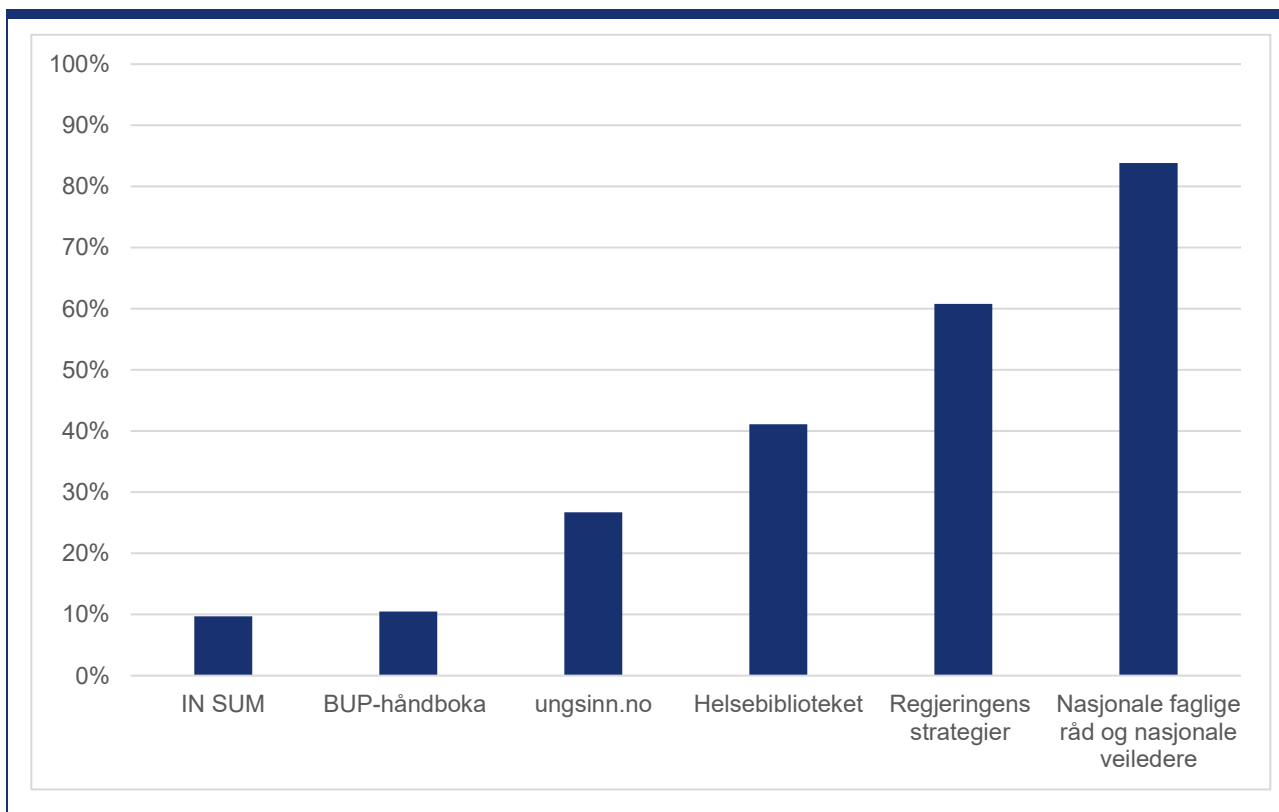
Cristin (Current research information system in Norway) er et nasjonalt forskningsinformasjonssystem som samler inn informasjon om norsk forskning og gjør den tilgjengelig.

Prosjektbanken viser statistikk og informasjon om forskningsprosjekter finansiert av Forskningsrådet.

Kilde: Nettsidene til de ulike verktøyene

De fagansvarlige for psykisk helsevern i kommunene ble i spørreundersøkelsen bedt om å vurdere i hvilken grad de opplever at ulike verktøy er nyttige for å sikre at kommunens tjenester er kunnskapsbaserte.

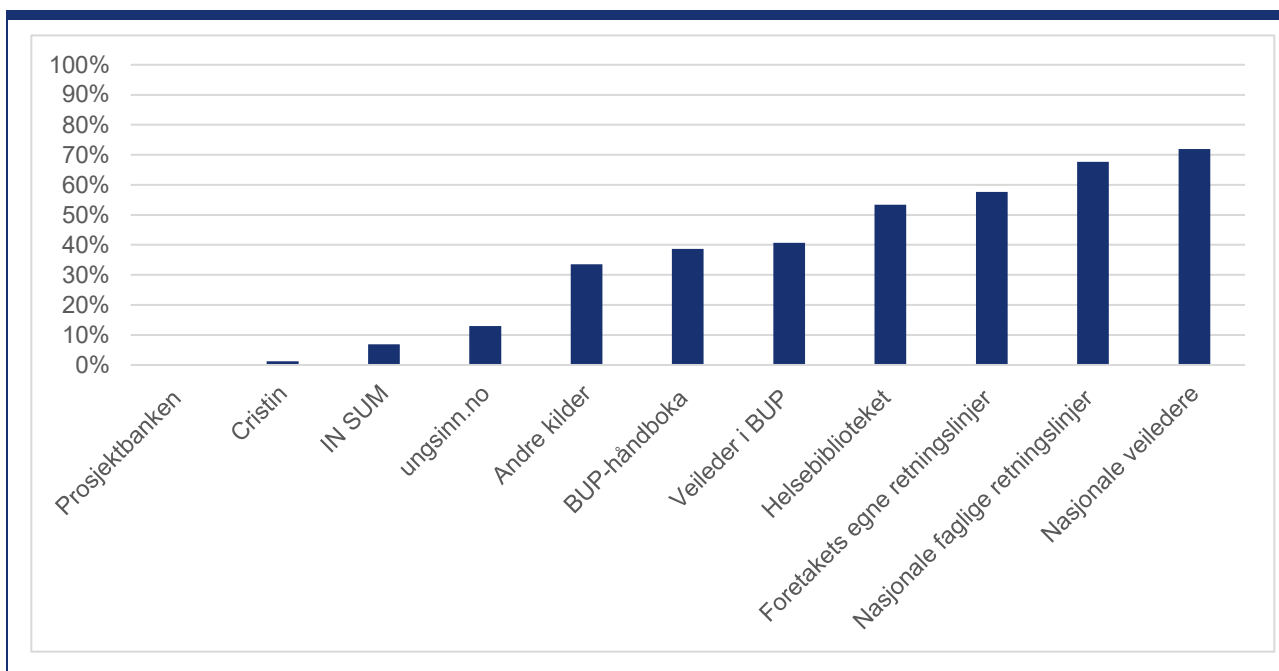
Figur 14 Verktøy som er vurdert som nyttige av fagansvarlige i kommunene



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Flertallet av de fagansvarlige i kommunene mener at nasjonale faglige råd, nasjonale veiledere og regjeringens strategier er nyttige. Vi har også stilt behandlerne i poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge spørsmål om hvilke verktøy de har benyttet det siste halve året.

Figur 15 Verktøy som er benyttet av behandlere i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Figuren viser at de mest brukte verktøyene er nasjonale veiledere, nasjonale faglige retningslinjer, helseforetakets egne retningslinjer og Helsebiblioteket. Analysen av data fra spørreundersøkelsen viser videre at behandlerne som har brukt de ulike verktøyene, i all hovedsak synes de har vært nyttige.

9.6 Pakkeforløpene har foreløpig ikke bidratt til økt samarbeid og koordinering

Fra 1. januar 2019 ble de første pakkeforløpene for psykisk helse og rus innført. Pakkeforløp innebærer at pasienten skal få vite hva som skal skje – når det skal skje – og hvem som har ansvaret. Hver pasient får sin egen koordinator, som skal være pasientens og pårørendes kontaktperson. Koordinatoren skal sørge for at pasienten unngår unødvendig venting, og at det blir kontinuitet i behandlingen.

Faktaboks 8 Pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus

- Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge (juni 2020)
- Gravide og rusmidler (oktober 2019)
- Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne (desember 2018)
- Tvangslidelse (OCD) (desember 2018)
- Psykiske lidelser – voksne (september 2018)
- Psykiske lidelser – barn og unge (september 2018)
- Rusbehandling (TSB) (september 2018)
- Spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år (desember 2018)
- Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (september 2018)

Kilde: Helsedirektoratet: *Pakkeforløp for psykisk helse* [nettdokument].

Flertallet av lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern oppgir at de har én eller flere ansatte som har ansvar for forløpskoordineringen, men ved 25 prosent av poliklinikkene for barn og unge og 40 prosent av poliklinikkene for voksne har ikke disse fått avsatt tid til oppgaven. Ved poliklinikkene der lederen har ansvaret for forløpskoordineringen, oppgir 70 prosent av DPS-lederne og 60 prosent av BUP-lederne at vedkommende ikke har fått avsatt tid til oppgaven.

Når vi spør behandlerne i poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge, om det er oppnevnt en forløpskoordinator, oppgir 13 prosent at poliklinikken *ikke* har en forløpskoordinator, mens 20 prosent ikke vet om poliklinikken har en forløpskoordinator. Dette betyr at til sammen 33 prosent av behandlerne ikke er i kontakt med en eventuell forløpskoordinator i arbeidet.

Ett av de overordnede målene for pakkeforløpene er sammenhengende og koordinerte pasientforløp.¹²⁸ Spørreundersøkelsen til lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne viser at kun 8 prosent av lederne mener at pakkeforløpet har bidratt til bedre samarbeid med fastlegene om henvisningene til DPS. Når det gjelder lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge, mener 12 prosent at pakkeforløpet har bidratt til bedre samarbeid med fastlegene/kommunene om henvisningene til BUP.

Undersøkelsen viser videre at kun 16 prosent av lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne mener at pakkeforløpet har bidratt til bedre samarbeid med fastlegene om oppfølgingen av pasientene, mens 10 prosent av lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge mener at pakkeforløpet har bidratt til bedre samarbeid med fastlegene/kommunene om oppfølgingen av pasientene.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at det er iverksatt to tiltak for å følge med på måloppnåelsen for pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus:

- Helsedirektoratet har utviklet et dashbord som viser utviklingen på de definerte indikatorene.
- Det gjennomføres en ekstern evaluering i regi av SINTEF.

Den eksterne evalueringen vil pågå i ca. tre år og avsluttes i 2021. Den første devalueringen baserte seg på rapporteringer fra ansatte i psykisk helsevern, og ga informasjon om utfordringer særlig knyttet til koding og registrering i journalsystemene, noe som fungerer dårlig mange steder på grunn av lite tilpassende tekniske løsninger. Den andre devalueringen inneholder også tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, og resultatene fra den andre devalueringen tilsier at det fortsatt er store utfordringer med å få på plass god og tilstrekkelig samordning og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Departementet opplyser i brev av 8. mars 2021 at evalueringen viser at muligheten som er innført for digital samhandling, blant annet ved e-melding har gitt noen effekt. Det framkommer også at 70 prosent av kommunene har etablert forløpskoordinator for pakkeforløp for psykisk helse og rus og har kontaktinformasjon på sine nettsider.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at det har gitt Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene i oppdrag å forbedre og forenkle pakkeforløpene. De regionale helseforetakene skal legge SINTEFs devaluering til grunn for det videre arbeidet med pakkeforløpene. Det vil komme endringer i pakkeforløpene i løpet av 2021 på bakgrunn av innspill fra fagmiljøene, brukere og pårørende. Departementet opplyser at det vil ta tid før pakkeforløpene vil føre til ønskede endringer og til at målene nås, for eksempel når det gjelder brukermedvirkning, koordinering og samarbeid. Departementet opplyser i brev av 8. mars 2021 at det er utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer for pakkeforløp for psykisk helse og rus, og disse vil bli publisert i 2021.

9.7 Mange kommuner opplever at de ikke får god nok bistand av Fylkesmannen til arbeidet på psykisk helse- og rusfeltet

I Prop. 1 S (2019–2020) står det at fylkesmannsembetene har etablert egne stillinger med et særlig ansvar for å gi kommunene faglig bistand og oppfølging om psykisk helse, rus og vold. Fylkesmannen skal være en viktig ressurs i styrkingen av det kommunale arbeidet med rus og psykisk helse.

Vår spørreundersøkelse til kommunene viser at det kun er 43 prosent av kommunene som har mottatt veiledning av fylkesmannen om psykisk helse eller rus i løpet av det siste året. Videre er det bare 52 prosent av kommunene som opplever at kommunen får god hjelp av fylkesmannen når kommunen har behov for veiledning på feltet psykisk helse og rus.

¹²⁸ Regjeringen: *Nye pakkeforløp for psykisk helse og rus: Bedre behandling og mer forutsigbarhet* [nettdokument].

9.8 Det ene nasjonale medisinske kvalitetsregistret som finnes innenfor psykisk helse, fører foreløpig ikke til faglig forbedring

Kvalitetsregistre opprettes for å dokumentere behandlingsresultater, gi grunnlag for faglig forbedringsarbeid, forskning og styring. Innholdsmessig dekker de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene detaljer om diagnostikk og behandling for én bestemt pasient- eller behandlingsgruppe. De regionale helseforetakene er ansvarlig for etablering, drift og finansiering av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. De medisinske kvalitetsregistrene tildeles nasjonal status av Helsedirektoratet.¹²⁹

I *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)* er behovet for nasjonale kvalitetsregistre innenfor psykisk helsevern og rus beskrevet. Det slås fast at selv om det er metodiske og praktiske utfordringer med å etablere gode kvalitetsregistre innenfor psykisk helsevern, har både Sverige og Danmark etablert slike kvalitetsregistre. Regjeringen ser det som viktig og ønskelig at det etableres medisinske kvalitetsregistre innenfor egnede områder i psykisk helsevern.

De regionale helseforetakene utarbeidet i 2018 rapporten *Plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre*. På bakgrunn av planen er det satt i gang arbeid med å utrede nasjonale kvalitetsregistre innenfor psykisk helsevern.¹³⁰ Høsten 2020 er det totalt 51 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge, og det er kun Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis) som omhandler psykisk helse.¹³¹

NorSpis fikk status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister i juni 2015 og startet datainnsamlingen i begynnelsen av 2017.¹³² Det går fram av årsrapporten for 2019 at registret har lav nasjonal dekningsgrad, og at registret foreløpig ikke har bidratt til konkrete forbedringer av kvaliteten på behandlingen til pasienter med spiseforstyrrelser.¹³³

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at de regionale helseforetakene og departementet vurderer at det er behov for mer data om innholdet i behandlingen som gis, og resultatene av behandlingen. Ifølge departementet har de regionale helseforetakene laget en plan for å utvikle og innføre kvalitetsregistre på området psykisk helse og rus. Dette er data som er viktige for å videreutvikle tjenestene. Departementet orienterer i brev av 8. mars 2021 om at det er et pågående arbeid i de regionale helseforetakene med å etablere et kvalitetsregister for BUP.

9.9 Det finnes ingen nasjonale kvalitetsindikatorer som gir informasjon om hvorvidt tjenestene til personer med psykiske plager og lidelser er virkningsfulle

Helsedirektoratet har et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Nasjonale kvalitetsindikatorer skal¹³⁴

- gi sentrale helsemyndigheter et godt grunnlag for prioritering og styring
- gi eiere og ledere på alle nivå innen helse- og omsorgstjenestene grunnlag til å bruke resultatene til lokal kvalitetsforbedring
- gi pasienter, brukere og pårørende mulighet til å kunne ta valg basert på konkret informasjon
- bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at behandlere og ledere må ha god tilgang til styringsinformasjon som de kan bruke som grunnlag for å utvikle tjenestene til beste for pasienter og pårørende. Departementet vurderer at det samlet sett er relativt god styringsinformasjon på feltet psykisk helse. Departementet framhever Samdata-rapportene, kvalitetsindikatorer og Helseatlas som viktige kilder til kunnskap om behandlingstilbudet og variasjonen i tjenestetilbudet. Ifølge departementet blir det utviklet nye kvalitetsindikatorer i forbindelse med implementeringen av pakkeforløpene, og Helsedirektoratet utvikler et dashboard for tjenestene der styringsinformasjonen blir samlet.

Høsten 2020 er det tolv kvalitetsindikatorer som belyser tjenestene til voksne med psykiske lidelser. Helsedirektoratet plasserer selv de ulike kvalitetsindikatorene etter blant annet fagområde og de ulike

¹²⁹ Helsedirektoratet (2016) *Oppretting og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre*.

¹³⁰ Interregionale styringsgruppe for medisinske kvalitetsregistre (2019) *Nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og rusbehandling*. Saksframlegg til sak nr. 10/2019 og sak nr. 28/2019.

¹³¹ Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre: *Registeroversikt* [nettdokument].

¹³² Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre: *Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis)* [nettdokument].

¹³³ Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis) (2020) *Årsrapport for 2019 med plan for forbedringstiltak*.

¹³⁴ Helsedirektoratet (2020) *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) – Årsrapport 2019*.

kvalitetsdimensjonene. Tabell 7 viser hvilke kvalitetsdimensjoner de ulike kvalitetsindikatorer måler, og om indikatorer gir informasjon til spesialisthelsetjenesten og/eller kommunehelsetjenesten.

Tabell 7 Kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helse for voksne, fordelt på hvilke kvalitetsdimensjoner de måler, og om de gir informasjon til spesialisthelsetjenesten og/eller kommunehelsetjenesten

Kvalitetsindikator	Virkningsfulle	Trygge og sikre	Bruker-pårørende involvering	Samordnet og kontinuitet	God ressurs-utnyttelse	Tilgjengelige og rettferdig fordelt	Spesialisthelsetjenesten (S) eller kommunehelsetjenesten (K)?
Brudd på vurderingsgarantien						x	S
Bruk av spesifikke tilstandskoder				x			S
Epikrisetid				x			S
Fastlegers vurdering av distrikts-psykiatriske sentre				x			S
Fristbrudd for voksne på venteliste						x	S
Fristbrudd for voksne som har påbegynt helsehjelp						x	S
Henvisningsformalitet ved henvisning		x					S
Pasienterfaring med døgnoophold			x				S
Schizofreni-diagnostiserte som har fått individuell plan				x			S K
Ventetid						x	S
Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne		x					s
Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne		x					s

Kilde: Helsedirektoratets nettside over nasjonale kvalitetsindikatorer [hentdato 02.07.2020]

Tabell 7 viser at det ikke er noen av dagens kvalitetsindikatorer som måler om behandlingen som gis, er virkningsfull, eller om det er god ressursutnyttelse. Videre viser tabellen at kun én indikator omhandler kommunehelsetjenesten.

Det er utviklet sju kvalitetsindikatorer som belyser tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske lidelser.

Tabell 8 Kvalitetsindikatorerne innenfor psykisk helse for barn og unge, fordelt på hvilke kvalitetsdimensjoner de måler, og om de gir informasjon til spesialisthelsetjenesten og/eller kommunehelsetjenesten

Kvalitetsindikator	Virkningsfulle	Trygge og sikre	Bruker-pårørende involvering	Samordnet og kontinuitet	God ressurs-utnyttelse	Tilgjengelige og rettferdig fordelt	Spesialisthelsetjenesten (S) eller kommune-helsetjenesten (K)?
Andel startet helsehjelp innen 65 dager						x	S
Bruk av spesifikke tilstandskoder				x			S
Foresattes erfaringer med poliklinikk			x				S
Fristbrudd for de som har påbegynt helsehjelp						x	S
Fristbrudd for de som står på venteliste						x	S
Henvvisning vurdert innen ti dager						x	S
Ventetid						x	S

Kilde: Helsedirektoratets nettside over Nasjonale kvalitetsindikatorer [hentedato 02.07.2020]

Tabell 8 viser at ingen av dagens kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helse for barn og unge måler om behandlingen som gis, er virkningsfull, om tjenestene er trygge og sikre, eller om det er god ressursutnyttelse. Videre viser tabellen at ingen av kvalitetsindikatorerne for barn og unge omhandler tjenestene fra kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratet svarer i brev av 16. oktober 2020 at det kan være vanskelig å finne gode mål for effekt på området psykisk helse, akkurat som på andre fagområder. Når det gjelder psykisk helse, kan det være utfordrende å si hva som kan tillegges behandlingen i helsetjenesten. I mange tilfeller ses effektene over tid, også etter at behandlingen er avsluttet. Pasientens bedring kan dermed skyldes årsaker som ligger langt utenfor behandlingen.

Helsedirektoratet opplyser videre at direktoratet ikke har diskutert indikatorer for ressursbruk, og at det ikke er utviklet nasjonale indikatorer som viser ressursbruken i tjenestene til voksne eller barn og unge med psykiske lidelser.

9.10 Det er gjennomført få nasjonale brukerundersøkelser om behandlingen som foregår i poliklinikkene

Brukerkunnskap er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for behandlingen av pasienter med psykiske plager og lidelser. I Prop. 1 S (2019–2020) framheves det at brukernes og pasientenes behov skal styre tjenesteutviklingen i psykisk helsevern, noe som gjør at brukervedvirkning er viktig.

Bruker- og pårørendemedvirkning har vært sentralt i utviklingen av pakkeforløpet for psykisk helse og rus og er en rød tråd gjennom hele forløpet. Det er likevel behov for flere tiltak, slik at pasienter og pårørende i enda større grad involveres i behandlingen og utviklingen av tjenesten.¹³⁵

Det går fram av den nasjonale helse- og sykehusplanen for 2020–2023 at regjeringen vil gjennomføre tiltak for å styrke brukervedvirkningen og øke kunnskapen om brukernes opplevelser ved hjelp av flere og forbedrede pasienterfaringsundersøkelser (PasOpp).¹³⁶ Helsedirektoratet opplyser i brev av 16. oktober 2020 at det gjennom nasjonale brukererfaringsundersøkelser kartlegges om pasientene får god informasjon, og om de blir involvert i behandlingen.

¹³⁵ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)*.

¹³⁶ Ibid.

Folkehelseinstituttet har en nasjonal funksjon når det gjelder brukererfaringsundersøkelser. Undersøkelsene er systematiske, nasjonale målinger av brukererfaringer innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten. Folkehelseinstituttet opplyser i intervju at det først og fremst er Helsedirektoratet som bestiller brukerundersøkelser, men at helseforetakene også kan bestille slike. Brukererfaringsundersøkelsene blir brukt som grunnlag for blant annet faglig kvalitetsforbedring og virksomhetsstyring, og de skal også bidra med informasjon til fritt brukervalg.

I alle nasjonale brukererfaringsundersøkelser ser Folkehelseinstituttet en positiv utvikling på nasjonalt nivå, noe som kan bety at målingene bidrar til positive endringer over tid. Det er ikke store endringer, og det er heller ikke mulig å fastslå hva forbedringene konkret skyldes, men målingene indikerer at helsetjenesten blir stadig mer brukerorientert.

Folkehelseinstituttet opplyser at følgende nasjonale brukererfaringsundersøkelser er gjennomført på området psykisk helsevern og rus de siste fem årene:

- Pasienters erfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Nasjonal brukererfaringsundersøkelse innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Gjennomført i 2015 og 2017.
- Pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern. Nasjonal brukererfaringsundersøkelse i psykisk helsevern. Gjennomført i 2016.
- Nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant foresatte til barn og unge i psykisk helsevern (BUP). Gjennomført i 2017.
- Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske senter (DPS). Gjennomført i 2018.
- Befolkningsundersøkelse i forbindelse med innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Gjennomført i 2018.

Mens de to første undersøkelsene på listen innhenter pasienters erfaringer med døgnopphold, kartlegger de tre siste på listen ulike gruppers erfaringer med eller vurderinger av arbeidet som utføres i poliklinikkene.

Av disse tre er det imidlertid bare den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen blant foresatte til barn og unge i psykisk helsevern som direkte belyser enten brukernes, pasientenes eller pårørendes erfaringer med behandlingen som gis i poliklinikkene. De to øvrige brukerundersøkelsene kartlegger brukererfaringer indirekte gjennom fastlegenes vurdering av DPS-ene og gjennom en befolkningsundersøkelse i forbindelse med innføringen av pakkeforløpet for psykisk helse og rus.

Det er foreløpig ingen av brukerundersøkelsene som inkluderer barns og unges erfaringer, men Folkehelseinstituttet opplyser at det er utarbeidet et spørreskjema for barn og unge (12 år og eldre) som skal brukes til å kartlegge denne aldergruppens erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Spørreskjemaet er klart til bruk og vil trolig inngå i en nasjonal undersøkelse av BUP i 2022.

I Prop. 1 S (2020–2021) går det fram at Folkehelseinstituttet begynte å hente inn brukererfaringer fra alle pasienter som skrives ut fra døgnopphold i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), i 2020. I disse løpende PasOpp-undersøkelsene skal pasientene kunne gi tilbakemelding etter hvert opphold. I den nasjonale helse- og sykehusplanen for 2020–2023 står det at regjeringen vil gjennomføre flere og forbedrede PasOpp-undersøkelser. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er bedt om å lage en femårig plan for nasjonale PasOpp-undersøkelser. Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at PasOpp-undersøkelsene bidrar med viktige styringsdata.

9.11 Det er utviklet ett verktøy for samvalg innenfor psykisk helse

De regionale helseforetakene fikk i 2017 i oppdrag å utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasientene muligheten til å delta aktivt i egen behandling. De skulle også sikre at kvalitetssikrede verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk i alle helseforetak.¹³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet trekker i intervju fram at behandler og pasient gjennom dialog og samvalg skal komme fram til hvilken behandlingsmetode som skal benyttes i hvert enkelt tilfelle.

¹³⁷ Departementene (2017) *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*.

Faktaboks 9 Hva er samvalg?

Samvalg handler om at valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder skal ta utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap, helsepersonellens erfaringer og brukerens erfaringer og preferanser. Det er sentralt at brukeren/pasienten medvirker aktivt i prosessen. En samvalgsprosess forutsetter at pasienten får god informasjon om sin egen tilstand, aktuelle behandlingsmetoder og risiko. Samvalgsverktøy kan være til hjelp i denne prosessen.

Kilde: Helsebiblioteket: *Samvalg* [nettdokument] og Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)*

På helsenorge.no går det fram at det høsten 2020 kun finnes ett samvalgsverktøy innenfor psykisk helse. Dette er et samvalgsverktøy som kan brukes ved psykose.¹³⁸

De regionale helseforetakene har etablert et felles prosjekt for å øke bruken av samvalg og samvalgsverktøy.¹³⁹ Til tross for at samvalg er et satsingsområde som skal bidra til å øke brukermedvirkningen i psykisk helsevern, viser undersøkelsen vår at kun rundt en femdel av behandlerne i BUP har deltatt på opplæring eller kurs i samvalg.

Helsedirektoratet opplyser i brev at flere rapporter tyder på at ansatte innenfor psykisk helse og rus ikke har god nok kompetanse når det gjelder brukermedvirkning og samvalg. Ifølge direktoratet er samvalg som metode fortsatt ukjent for mange ute i tjenesten, men forhåpentligvis er det likevel slik at mange behandlere praktiserer en form for samvalg med pasientene uten at de har fått formell opplæring. Direktoratet viser til at god brukerinvolvering kan skje på mange måter, og at det fortsatt er behov for å informere tjenestene om verktøy og metoder, for eksempel samvalg.

Helsedirektoratet opplyser videre at det er i gang med å utvikle et normerende produkt for brukermedvirkning som har personell som jobber med psykisk helse og rus, som en av målgruppene. Dette skal bidra til å øke oppmerksomheten rundt brukermedvirkning og samvalg.

¹³⁸ Helsenorge: *Mitt valg* [nettdokument].

¹³⁹ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)*.

10 Ledelse og kvalitetsforbedring i de psykiske helsetjenestene

Dette kapitlet handler om hvordan kommunene og poliklinikkene i psykisk helsevern arbeider med kvalitetsforbedring. Kapitlet tar for seg følgende områder:

- informasjonskildene som kommunene og poliklinikkene bruker til å planlegge, gjennomføre og forbedre de psykiske helsetjenestene
- evaluering av arbeidet som gjøres
- poliklinikkens involvering av brukere og pårørende i arbeidet
- kompetansen i poliklinikkene i psykisk helsevern for barne- og unge og arbeidet med kompetanseutvikling

10.1 Relevante føringer¹⁴⁰

- Kommuner og helseforetak skal ha systemer for å hente inn pasienters/brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter på flere nivåer, og gjøre bruk av disse erfaringene i forbedringsarbeidet.
- Alle som yter helse- og omsorgstjenester, skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring.
- Aktivitetene skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres, slik at det gis forsvarlige tjenester, og slik at kravene i helse- og omsorgsloven og tilhørende regelverk etterleves.

10.2 Oppsummering

- Én av fem kommuner innhenter ikke informasjon om hvordan barn og unge med psykiske plager og lidelser og deres pårørende opplever behandlingen.
- Tjenestene evalueres i mange kommuner, men ikke i alle.
- Omtrent én av ti poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge innhenter ikke informasjon fra barn og unge eller de pårørende om deres erfaringer med tjenestene som blir gitt.
- Det varierer hvilke informasjonskilder poliklinikkene i psykisk helsevern bruker til å planlegge, gjennomføre og forbedre poliklinikkens oppgaver.
- De fleste poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge mangler nødvendig kompetanse, og mange ledere jobber ikke systematisk med kompetanseutvikling.
- Lederne av poliklinikkene i psykisk helsevern opplever at helseforetakene har stor oppmerksomhet på ventetider og inntjeningskrav, men mindre oppmerksomhet på om behandlingen har ønsket virkning.
- Mange ledere for poliklinikkene i psykisk helsevern opplever at de mangler verktøy for å styre den faglige virksomheten.

10.3 Én av fem kommuner innhenter ikke informasjon om hvordan barn og unge med psykiske plager og lidelser og deres pårørende opplever behandlingen

Helse- og omsorgstjenestene er til for pasientene, brukerne og de pårørende. Hvordan pasienter, brukere og pårørende vurderer tjenestene og virksomheten, gir viktig informasjon om utfordringer og hvilke områder det eventuelt må jobbes med for å forbedre kvaliteten på tjenestene.¹⁴¹

Ledelsen ved den enkelte virksomhet skal vurdere tjenestene på bakgrunn av informasjon om erfaringene til pasienter, brukere og pårørende.¹⁴² Denne informasjonen kan hentes inn på ulike måter, blant annet gjennom brukerutvalg, bruker- eller pårørendeundersøkelser eller direkte tilbakemeldinger fra pasienter.

Riksrevisjonens spørreundersøkelse viser at omtrent 20 prosent av kommunene *ikke* innhenter informasjon fra barn og unge med psykiske plager og lidelser eller deres pårørende om hvordan de opplever behandlingen de mottar.

Undersøkelsen viser videre at omtrent halvparten av kommunene benytter én eller to metoder for å innhente informasjon, mens i overkant av 20 prosent benytter tre eller flere metoder for å innhente informasjon.

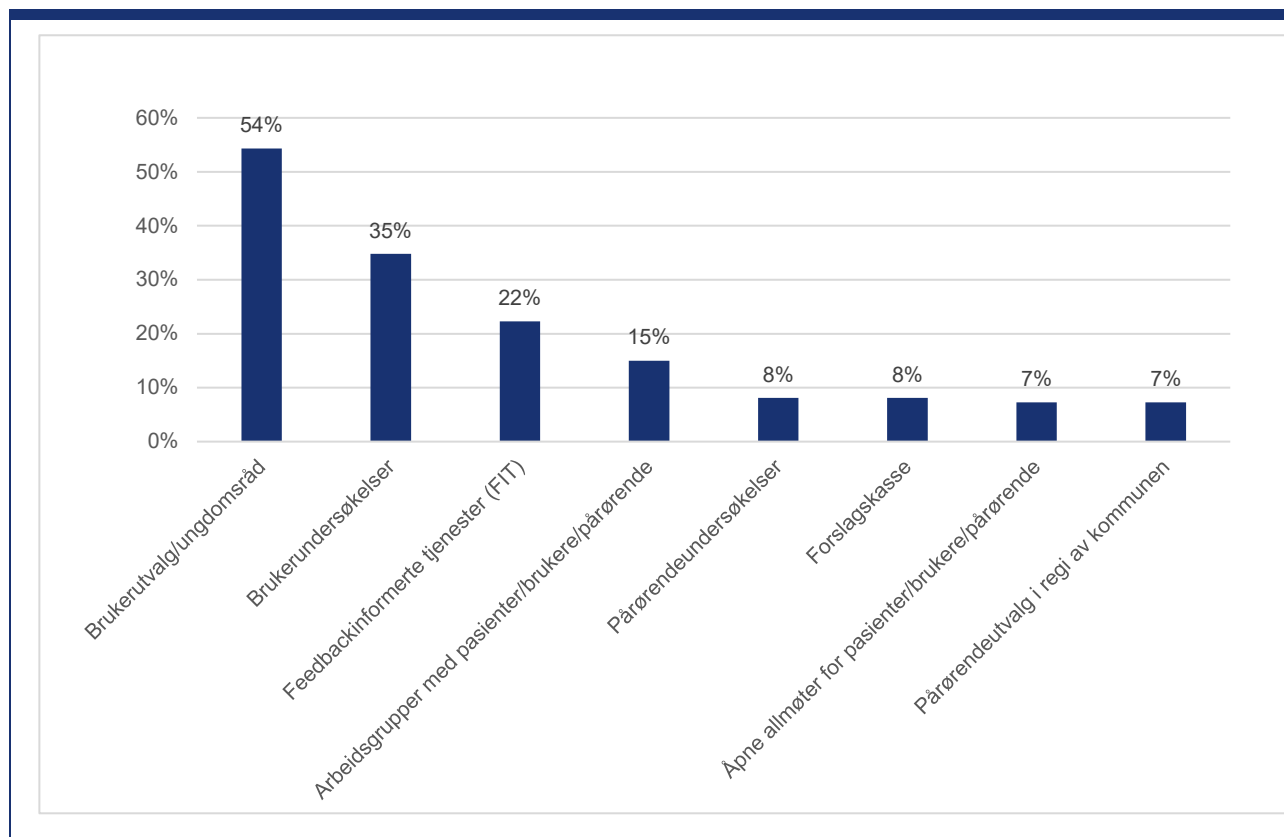
¹⁴⁰ Se kapittel 3 *Revisjonskriterier*.

¹⁴¹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

¹⁴² Helseforetaksloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Figur 16 viser hvilke metoder kommunene benytter for å hente inn informasjon om hvordan barn og unge og deres pårørende opplever behandlingen de mottar.

Figur 16 Brukermedvirkning og brukerinvolvering i kommunen



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Riksrevisjonens spørreundersøkelse viser at brukerutvalg/ungdomsråd er den vanligste måten å innhente informasjon på. Rett i overkant av halvparten av kommunene benytter brukerutvalg/ungdomsråd. Undersøkelsen viser videre at 35 prosent av kommunene gjennomfører brukerundersøkelser, og at 22 prosent har benyttet feedbackinformerte tjenester for å innhente informasjon fra brukerne.

Pårørende er en viktig kilde til informasjon for å videreutvikle tjenestene til barn og unge. Undersøkelsen viser at kun 8 prosent av kommunene gjennomfører pårørendeundersøkelse, og at kun 7 prosent har pårørendeutvalg i regi av kommunen. Spørreundersøkelsen viser videre at 60 prosent av kommunene *ikke* har utarbeidet en strategi eller lignende for pårørendearbeid- og samarbeid.

På Helsedirektoratets nettsider står det at virksomhetene kan styrke brukerperspektivet i tjenestene ved å ansette medarbeidere med brukererfaring.¹⁴³ Erfaringskonsulenter er ansatte med brukererfaring, men undersøkelsen viser at kun 14 prosent av kommunene har benyttet erfaringskonsulenter for å forbedre tjenestene til barn og unge i løpet av det siste året.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at intensjonen er at alle kommuner og alle poliklinikker skal gjennomføre systematiske brukerundersøkelser. I tillegg til brukerundersøkelser kan tjenestene bruke andre metoder for å innhente brukererfaringer, for eksempel brukerutvalg og erfaringskonsulenter. Departementet understreker at det er viktig å innhente informasjon fra brukerne for å kunne utvikle tjenestene i tråd med brukernes behov, men at det ikke er avgjørende hvordan informasjonen innhentes, så lenge den innhentes.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev av 8. mars 2021 at Helsedirektoratet anbefaler at det gjennomføres årlige nasjonale brukerundersøkelser med de kommunale psykisk helse- og rustjenestene etter at *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* er avsluttet. Departementet viser til at barn og unge og

¹⁴³ Helsedirektoratet: *Brukermedvirkning* [nettdokument].

pårørende er spesielt nevnt som viktige målgrupper for undersøkelsene. Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelingsbrev 2021 til Folkehelseinstituttet gitt i oppdrag å vurdere om og hvordan en årlig nasjonal brukerundersøkelse med de kommunale psykisk helse- og rustjenestene kan inkorporeres i andre nasjonale undersøkelser som Folkehelseinstituttet har ansvar for, fra og med 2022.

10.4 Tjenestene evalueres i mange kommuner, men ikke i alle

Alle kommuner har plikt til å evaluere aktivitetene sine. Rundt 25 prosent av kommunene har *ikke* evaluert tjenestene til voksne med psykiske plager og lidelser i løpet av de siste tre årene.¹⁴⁴ Når det gjelder tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser, oppgir 33 prosent av kommunene at de *ikke* har evaluert tjenestene i løpet av de siste tre årene. 40 prosent av kommunene har *ikke* evaluert tjenestene til ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer.

Klager, avvik og/eller uønskede hendelser kan også benyttes som utgangspunkt for læring og forbedring. Undersøkelsen viser at rundt 25 prosent av kommunene oppgir at de har gjennomført analyser av klager, avvik og/eller uønskede hendelser i pasientsaker i løpet av de siste tre årene. Rundt 25 prosent av kommunene vet ikke om de har gjennomført slike analyser, og rundt 50 prosent har ikke gjennomført analyser.

Videre analyse viser at 15 prosent av kommunene verken samler inn informasjon om hvordan barn og unge opplever behandlingen de mottar, analyserer klager, avvik og/eller uønskede hendelser eller evaluerer tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

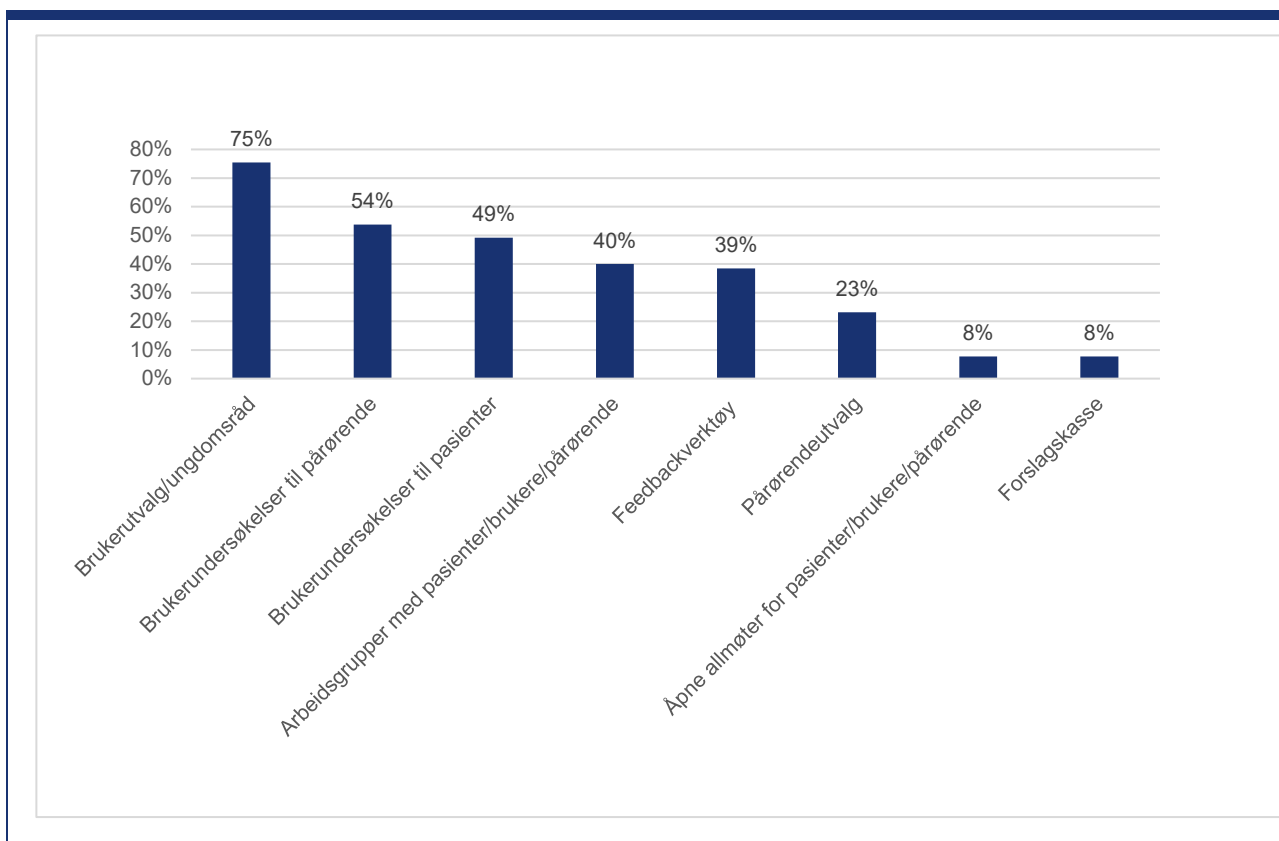
10.5 Omtrent én av ti poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge innhenter ikke informasjon fra barn og unge eller de pårørende om deres erfaringer med tjenestene som blir gitt

Informasjon fra pasienter og pårørende er viktig for å videreutvikle tjenestene og skal benyttes i arbeidet med læring og forbedring.¹⁴⁵ Informasjon fra pasienter og pårørende kan innhentes på ulike måter.

¹⁴⁴ Det samme gjelder for voksne med samtidige psykiske plager og rusmiddelproblemer.

¹⁴⁵ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Figur 17 Metodene poliklinikkene og helseforetakene bruker til å innhente informasjon fra pasienter og pårørende om hvordan de opplever behandlingen i BUP



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

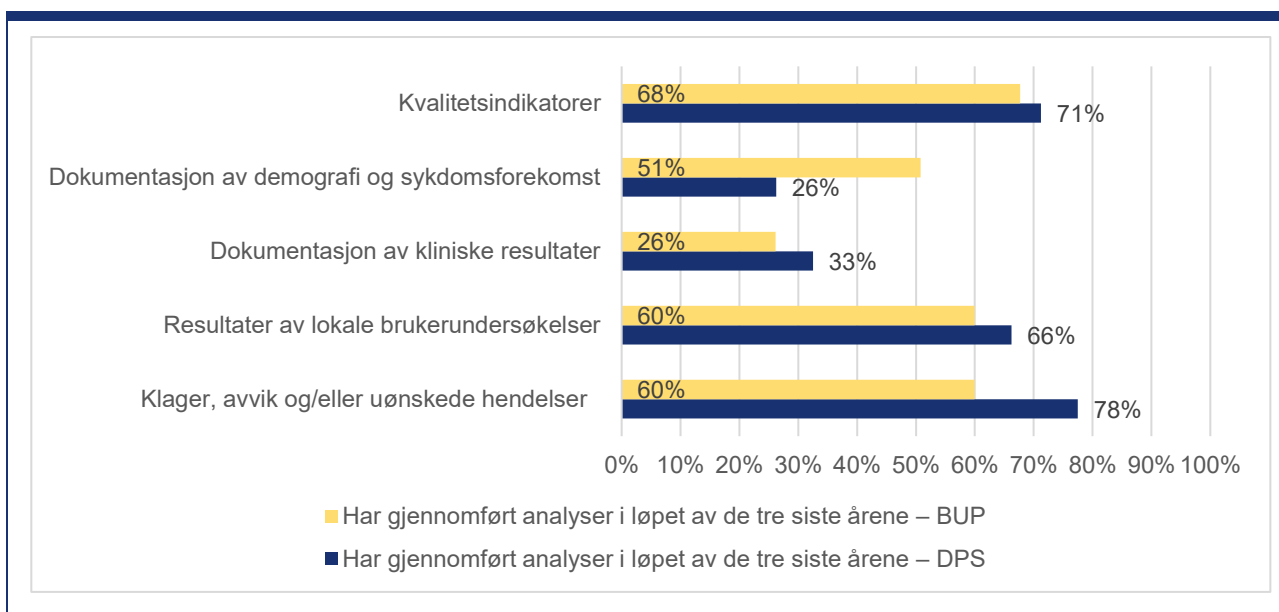
Figur 17 viser at brukerutvalg/ungdomsråd er den vanligste metoden å benytte for å innhente informasjon om hvordan pasienter i BUP opplever tjenestetilbudet på. Hele 75 prosent av poliklinikkene oppgir at de benytter brukerutvalg/ungdomsråd. 49 prosent av poliklinikkene oppgir at de gjennomfører brukerundersøkelser til å innhente informasjon fra poliklinikkens pasienter, mens 54 prosent oppgir at de benytter brukerundersøkelser til å innhente informasjon fra de pårørende. Analysen viser at over 25 prosent av poliklinikkene og helseforetakene innhenter informasjon om hvordan pasienter og pårørende opplever behandlingen, med én eller to ulike metoder, mens over 60 prosent benytter tre eller flere metoder.

Analysen viser videre at omtrent én av ti poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge ikke bruker noen av metodene for brukermedvirkning til å innhente informasjon. Av spørreundersøkelsen til behandlerne i BUP går det fram at i underkant av halvparten av dem opplever at poliklinikken har en kultur for å bruke tilbakemeldinger fra pasienter og foresatte til å forbedre tjenestene.

10.6 Det varierer hvilke informasjonskilder poliklinikkene i psykisk helsevern bruker til å planlegge, gjennomføre og forbedre poliklinikkens oppgaver

Den som har det overordnede ansvaret for en virksomhet, skal sørge for at det etableres systemer for å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap både i og utenfor egen virksomhet. Det er hver enkelt virksomhet som må gjøre en vurdering av hva som er tilstrekkelig informasjon for å kunne planlegge, gjennomføre og forbedre virksomhetens oppgaver.

Figur 18 Analyse av informasjonskilder benyttet av poliklinikkene eller helseforetaket



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Figur 18 viser at lederne ved DPS oftest benytter seg av klager, avvik og og/eller uønskede hendelser som informasjonskilde, mens lederne for BUP oftest benytter seg av kvalitetsindikatorene. Dokumentasjon av demografi, sykdomsforekomst og kliniske resultater er kildene som brukes minst av poliklinikkene og helseforetakene.

Henholdsvis 14 prosent av lederne for BUP og 6 prosent av lederne ved DPS oppgir at de bruker alle kildene.

10.7 De fleste poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge mangler nødvendig kompetanse, og mange ledere jobber ikke systematisk med kompetanseutvikling

Virksomheten skal ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring samt sørge for at medarbeiderne har nødvendig kompetanse og kunnskap om det aktuelle fagområdet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.¹⁴⁶

Nesten 80 prosent av lederne for BUP svarer ja på spørsmålet om det er noen former for kompetanse som poliklinikken mangler for å kunne gi barne- og ungdomspopulasjonen gode helsetjenester. Flertallet oppgir at de savner kompetanse om konkrete diagnoser eller tilstander og nevner oftest rus, spiseforstyrrelser, atferdsvansker, autismspekterforstyrrelser, traumer og personlighetsforstyrrelser. Enkelte ledere savner også behandlingsmetoder som ambulant behandling og ulike former for familieterapi eller foreldreveiledning.

I tillegg til dette mener nesten 70 prosent av behandlerne at de ikke har tilstrekkelig tid til å utvikle seg faglig, og nesten 50 prosent av behandlerne er uenig i at deres leder tilrettelegger for at de får tid til faglig oppdatering.

Over 90 prosent av lederne for BUP opplyser at de har utarbeidet en kompetanseutviklingsplan, men nesten 40 prosent av lederne opplyser at de faglig ansatte i poliklinikken i hovedsak selv bestemmer på hvilke områder de ønsker å utvikle seg faglig. Nesten 70 prosent av behandlerne opplyser at de i hovedsak selv bestemmer på hvilke områder de skal utvikle seg faglig.

Intervjuene med ledere for BUP viser at det varierer i hvilken grad de er involvert i å utvikle kompetansen ved poliklinikken, og hvor systematisk de jobber med dette. Ved en av poliklinikkene forteller lederen at det forventes at behandlerne selv tar ansvar for å være best mulig skolert på eget fagområde. Ved en av de andre poliklinikkene tar lederen et noe større ansvar for å gjennomføre kompetansehevede tiltak gjennom

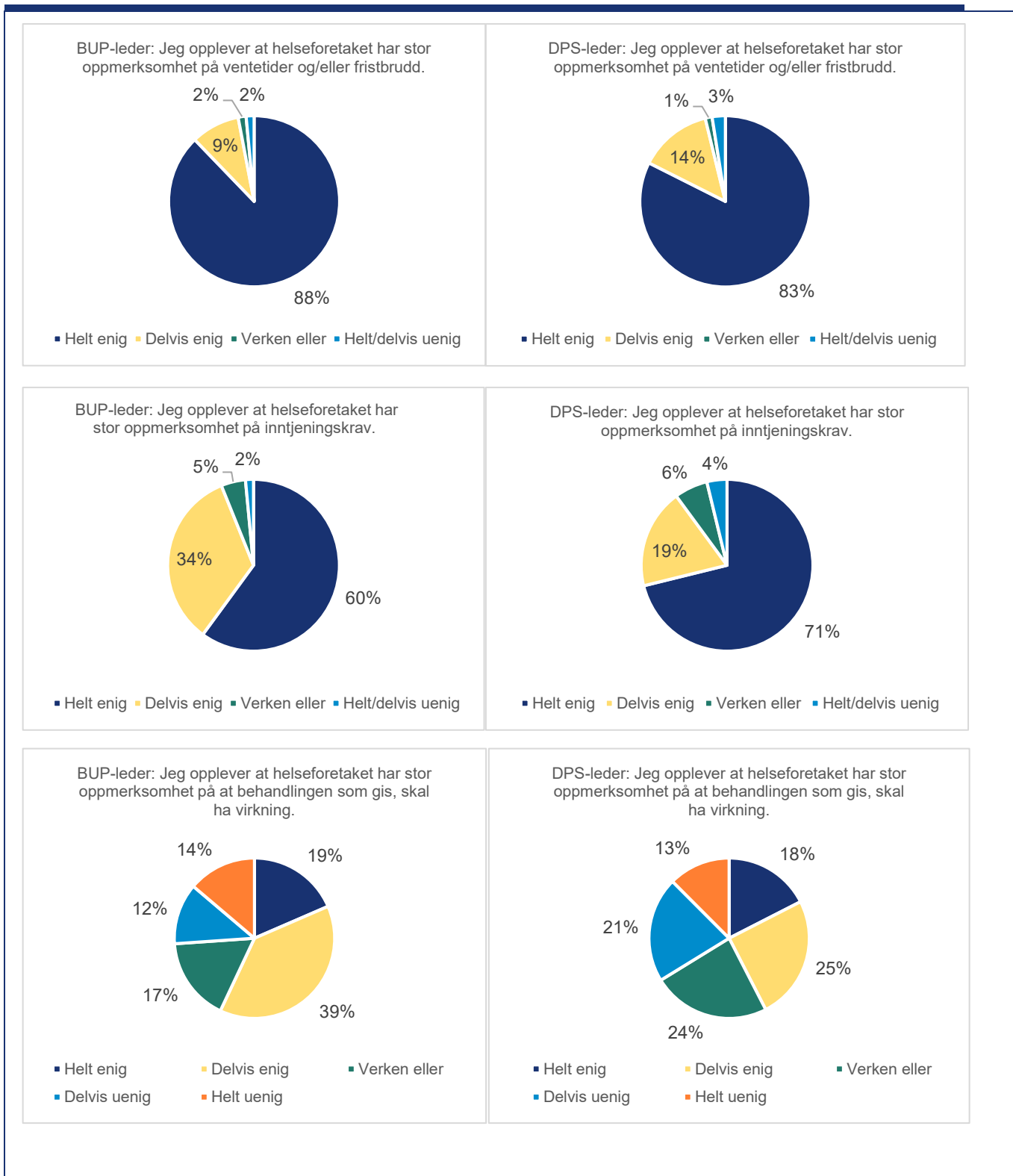
¹⁴⁶ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

felles opplæring osv. Ved en tredje poliklinikk hadde lederen nylig satt i gang et arbeid med å få oversikt over pasientgrunnlaget og planlegge kompetansehevingstiltak ut fra dette.

10.8 Lederne av poliklinikkene i psykisk helsevern opplever at helseforetakene har stor oppmerksomhet på ventetider og inntjeningskrav, men mindre oppmerksomhet på om behandlingen har ønsket virkning

I spørreundersøkelsen til lederne av poliklinikkene spurte vi i hvilken grad de opplever at helseforetakene retter oppmerksomheten mot ventetider, inntjeningskrav og om behandlingen som gis, har virkning.

Figur 19 Ledernes opplevelse av styringssignaler



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Figur 19 viser at flertallet av lederne mener at helseforetakene har stor oppmerksomhet på ventetider og/eller fristbrudd og inntjeningskrav. Det er delte oppfatninger blant lederne om helseforetakene har oppmerksomhet på at behandlingen som gis, skal ha virkning. I underkant av 20 prosent av BUP-lederne og DPS-lederne er helt enig i at helseforetaket har stor oppmerksomhet på dette.

Også i intervjuene kom denne prioriteringen fram, og tre av fire ledere i BUP opplyser at poliklinikkene blir målt på aktivitet og frister, men at de i mindre grad blir målt på kvaliteten i behandlingstilbudet.

Intervjuene viser også at innsatsstyrt finansiering (ISF) er sentralt for ledelsen i tre av fire poliklinikker, noe som blant annet kommer til uttrykk ved at det stilles krav til at behandlerne må ha et høyt antall pasienter til behandling i løpet av en dag/uke. Flere av lederne i BUP opplyser videre at dagens finansieringssystem dermed også fører til

- et stort arbeidspress på behandlerne
- et omfattende system med registreringer og målinger

Helsedirektoratet trekker fram at deres forvaltningserfaring tilsier at det fremdeles er tegn til at ISF-ordningen kan ha for stor styringskraft på klinisk nivå. Samtidig påpeker direktoratet at dette ikke er en egenskap ved ISF-ordningen i seg selv. Også før finansieringen ble lagt om fra takstbasert til innsatsstyrt i 2017, opplevde direktoratet et stort fokus på takster, både som grunnlag for inntekter og for måling av effektivitet. Etter Helsedirektoratets oppfatning er det fortsatt stor variasjon i styringskulturen og hvilken rolle den aktivitetsbaserte finansieringen har innad i helseforetakene, nært det kliniske nivået.

10.9 Mange ledere for poliklinikkene i psykisk helsevern opplever at de mangler verktøy for å styre den faglige virksomheten

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Dette betyr at ledelsen ved helseforetakene har ansvar for at virksomhetene har styringssystemer.¹⁴⁷

Faktaboks 10 Styringssystem

Med styringssystem menes den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Kilde: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

I spørreundersøkelsen spurte vi ledere for poliklinikker i psykisk helsevern i hvilken grad helseforetaket sørger for at poliklinikkene har gode nok verktøy til å styre den faglige virksomheten, det vil si i hvilken grad de har verktøy eller systemer som gir oversikt over for eksempel kapasitet og arbeidsbelastning, fordeling av pasienter og bytte av behandler. Nesten 40 prosent av DPS-lederne mener at helseforetaket i liten grad sørger for at de har gode nok verktøy til å styre den faglige virksomheten ved poliklinikken, og over 30 prosent av BUP-lederne mener det samme.

Avviks- og meldesystemer skal avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen. For å ha et velfungerende avviks- og meldesystem må det være en kultur for åpenhet og læring av feil, slik at avvik meldes inn.¹⁴⁸

Behandlerne i BUP ble spurt om hvorvidt de opplever at poliklinikken har en godt innarbeidet kultur for å melde fra om uønskede hendelser. Nær 20 prosent av behandlerne mener at dette stemmer dårlig, og i tillegg er det nær 10 prosent som *ikke vet* om helseforetaket har en godt innarbeidet kultur for å melde fra om uønskede hendelser. Videre svarer over 10 prosent av behandlerne at helseforetaket *ikke* har et godt system for å melde fra om uønskede hendelser, mens nesten 15 prosent av behandlerne svarer at de *ikke vet* om helseforetaket har et godt system for å melde fra om uønskede hendelser.

Undersøkelsen viser også at 20 prosent av DPS-lederne og 34 prosent av BUP-lederne mener at helseforetaket i liten grad har et avviks- og meldesystem som resulterer i læring og forbedring.

¹⁴⁷ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

¹⁴⁸ Helsedirektoratet (2017) *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

11 Behandling av ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer

For å vurdere kvaliteten på behandlingen som gis ved poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), har vi sett nærmere på én gruppe pasienter, og det er ungdom som både har psykiske plager eller lidelser, og et rusmiddelproblem. I kapitlet går det blant annet fram hvor ungdommene får behandling, hvilke behandlingsmetoder som er mest brukt og om behandlerne har tilstrekkelig kompetanse til å gi god behandling. Dette er aspekter ved behandlingen som gjelder spesielt for denne gruppen. Andre aspekter, som brukermedvirkning, evaluering, samarbeid og bruk av koordinator og individuell plan, vil gjelde flere pasientgrupper i BUP.

11.1 Relevante føringer¹⁴⁹

Ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har krav på tjenester av god kvalitet. For at tjenestene skal ha god kvalitet må eller bør

- behandlingen være virkningsfull
- ungdommen og eventuelle pårørende involveres
- tjenestetilbudet være helhetlig og koordinert
- ungdommer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, få utarbeidet en individuell plan og oppnevnt en koordinator
- tjenestene benytte oppsøkende (ambulante) metoder for pasienter som ikke nås på annen måte
- de ansatte ha kompetanse til å avdekke og behandle rusmiddelproblemer i tillegg til psykiske lidelser

11.2 Oppsummering

Analysen av tjenestene som gis til ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, viser følgende:

- Mange kommuner mener at de ikke har et godt nok tilbud til ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer.
- Mange poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge har ikke god nok kompetanse til å avdekke og behandle ungdom som har rusmiddelproblemer i tillegg til en psykisk lidelse.
- Ungdommene er som regel med på å lage sine egne behandlingsplaner i BUP.
- Få poliklinikker for barn og unge benytter behandlingsmetoder som er spesielt rettet mot rusmiddelproblemer.
- Behandlerne mangler ofte den fleksibiliteten som er nødvendig for å gi ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer god behandling.
- Behandlingen evalueres i liten grad som forutsatt.
- Få ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har koordinator og individuell plan.
- En del ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får behandling som er beregnet på voksne.

11.3 Mange kommuner mener at de ikke har et godt nok tilbud til ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer

Psykiske lidelser og ruslidelser er de dominerende årsakene til sykdomsbyrde¹⁵⁰ i den norske befolkningen fra tidlig ungdomstid (10 til 14 år),¹⁵¹ og derfor er det viktig at begynnende rusproblematikk og psykiske

¹⁴⁹ Se kapittel 3 *Revisjonskriterier*.

¹⁵⁰ En sykdoms byrde referer til størrelsen på det dødelige og ikke-dødelige helsetapet forbundet med sykdommen (Folkehelseinstituttet (2018) *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*).

¹⁵¹ Folkehelseinstituttet (2018) *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*.

lidelser oppdages så tidlig som mulig.¹⁵² Kommunene har en sentral rolle i å identifisere, utrede, behandle og følge opp personer med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer.¹⁵³

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget av og kjennetegnene på rusmiddelproblemene og/eller de psykiske helseproblemene blant brukerne av kommunenes helse-, omsorgs- og velferdstjenester.¹⁵⁴ Gjennom BrukerPlan har kommunene mulighet til å kartlegge mottakere i alderen 16-18 år. I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. mars 2021 går det fram at denne gruppen i liten grad blir fanget opp. Dette kan skyldes at de fleste i denne alderen fortsatt bor hos, og forsørges av, sine foreldre. Da kan de primære behovene bli dekket hjemme, og de oppsøker ikke kommunale tjenester for hjelp. Flere av de tiltakene som kommunene tilbyr de yngste er lavterskeltilbud. Selv om de yngste deltar i slike tilbud, blir de i liten grad registrert i kommunens journalsystem.

Resultatene fra 2019 viser at 258 kommuner kartla i alt 920 personer under 18 år, hvorav 253 personer mottok kommunale tjenester for rusproblemer og 667 personer for psykiske helseproblemer.¹⁵⁵ Departementet presiserer at BrukerPlan ikke tar sikte på å være en nasjonal kartlegging og kan følgelig ikke legges til grunn for nasjonal statistikk. Direktoratet understreker videre at kunnskapsgrunnlaget om omfanget av problemer, tjenestebehov og hvilke tjenester ungdom mottar, er mangelfullt.

Kommunenes ordinære behandlingstilbud til barn og unge med psykiske plager/lidelser er beskrevet i kapittel 7. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at ca. 50 prosent av kommunene setter inn tiltak utover dette ordinære behandlingstilbudet når de behandler ungdommer med samtidige plager/lidelser og rusmiddelproblemer. Disse kommunene iverksetter et vidt spenn av tiltak. Mens noen kommuner legger vekt på målrettet miljøterapi, individuelle samtaler eller bruk av støttekontakt, velger andre kommuner å legge til rette for et omfattende tverrfaglig samarbeid mellom aktører som barnevern, fastlege, kommunepsykolog, helsesykepleier, ungdomsarbeider, lærer, pårørende og politi. Noen kommuner opplyser også at de ganske raskt tar kontakt med avdeling for rus og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten.

40 prosent av kommunene mener at de har et godt behandlingstilbud til ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer. Nesten like mange kommuner opplyser at tilbudet ikke er godt. Omtrent hver tredje kommune opplever at behandlingstilbudet til ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer ikke har tilstrekkelig kapasitet. Nesten 20 prosent av kommunene mangler helt et tilbud til ungdom med rusmiddelproblemer. Disse kommunene har kun et behandlingstilbud for personer som har fylt 18 år.

Helsedirektoratet viser i brev av 16. oktober 2020 til at de psykiske helsetjenestene for barn og unge og kommunenes rustjeneste er ulikt organisert i kommunene, og at det er flere aktører som yter psykiske helsetjenester i kommunene. Sentrale aktører er fastlege, helsestasjon, skolehelsetjenesten, psykiske helsearbeidere og pedagogisk-psykologisk tjeneste mfl. Flere kommuner har ansatt psykologer som en del av tjenestetilbudet. Videre viser direktoratet til at utekontakt og barnevernsteam også følger opp denne gruppen.

Helsedirektoratet påpeker at flere kommuner bør avklare hvilken kommunal enhet som er ansvarlig for rusarbeidet. Denne enheten skal ha personell med relevant kompetanse og tilby relevante tiltak og tjenester til målgruppen. Etter direktoratets vurdering har kommunene et stort forbedringspotensial når det gjelder å tilpasse tilbudet til barn og unge. Kommunene må bruke evidensbaserte og kompetansehevende tiltak som treffer ungdommens behov, og tiltakene må være på et nivå som gjør det enkelt for barn og unge å ta imot hjelpen. Helsedirektoratet viser ellers til at det i kommunene nå satses på FACT-ung,¹⁵⁶ som er under oppbygging. I tillegg opplyser direktoratet at kommunene har andre ambulante tiltak for denne gruppen, som utekontakter og ambulante barnevernstiltak.

¹⁵² Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*.

¹⁵³ Statsforvalteren: *Psykisk helse og rus* [nettdokument].

¹⁵⁴ KommuneNet.no (2019): *Brukerplan - et nyttig verktøy for kommunene* [nettdokument].

¹⁵⁵ Prop. 1 S (2020–2021) *For budsjettåret 2021*. Helse- og omsorgsdepartementet.

¹⁵⁶ FACT-ung er oppsøkende og tverrfaglige team for unge (Prop. 1 S (2020–2021)).

11.4 Mange poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge har ikke god nok kompetanse til å avdekke og behandle ungdom som har rusmiddelproblemer i tillegg til en psykisk lidelse

Allerede i ungdomstiden kan man se en sammenheng mellom tidlig rusdebut, rusproblemer og psykiske vansker.¹⁵⁷ I Norsk pasientregister (NPR) kommer det fram at rusdiagnoser blant ungdom særlig er knyttet til psykiske lidelser som depresjon, angst og tilpasningsforstyrrelser. En norsk studie fra 2019 fant at depresjon, traumelidelser og atferdsforstyrrelser i større grad henger sammen med problematisk rusbruk hos ungdom enn med andre psykiske lidelser.¹⁵⁸ I 2019 var det registrert 358 ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer i NPR, som betyr at det ifølge registeret var 358 ungdommer som fikk behandling for samtidige lidelser det året. Dette var en nedgang på 155 ungdommer fra 2016. Det er store variasjoner mellom helseforetakenes opptaksområder når det gjelder antall ungdom med samtidige lidelser som får behandling i BUP. Mens helseforetaket Nordlandssykehuset hadde over 30 ungdommer til behandling, hadde Helse Førde HF kun to til behandling i 2019.¹⁵⁹

Psykisk helsevern for barn og unge skal gi tilbud til unge under 18 år med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, og poliklinikkene må derfor ha tilstrekkelig kompetanse til både å avdekke og behandle rusmiddelrelaterte problemer, i tillegg til psykiske lidelser.¹⁶⁰ Spørreundersøkelsen viser at én av tre behandlere i BUP har hatt behandlingsansvar for ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer i løpet av det siste året.

Behandlerne i BUP trekker i intervju fram at det er viktig å ha basiskompetanse om rusmidler og avhengighet, blant annet fordi de erfarer at det å spørre om rusbruk i starten av et behandlingsforløp ikke er tilstrekkelig til å avdekke hva slags forhold en ungdom har til rusmidler. Behandlerne viser til at det kan ta tid å avdekke om en ungdom har et rusproblem fordi det kan være vanskelig for den unge å være ærlig om rusbruk i starten av behandlingsforløpet. Journalgjennomgangen og intervjuer med behandlere viser at rusmiddelproblemer i en del tilfeller avdekkes underveis i behandlingsforløpet, eller at rusbruken utvikler seg til et rusmiddelproblem mens ungdommen går til behandling. Dermed er det viktig at behandlerne er bevisst på og har kompetanse om rusbruk selv om ungdommen i starten avkrefter at de bruker rusmidler.

Intervjuene med behandlere i BUP viser at det er usikkerhet knyttet til hvor mange ungdommer som faktisk får behandling for samtidige lidelser, blant annet fordi behandlerne har ulik praksis for om de setter en rusdiagnose. I tillegg er det knyttet usikkerhet til hvor mange som *burde* fått behandling for rusmiddelproblemer, ettersom over 40 prosent av behandlerne opplever at de selv har for dårlig kompetanse til å avdekke problematisk bruk av rusmidler. Dette reduserer sannsynligheten for at ungdom som får behandling av disse behandlerne, vil få avdekket rusmiddelrelaterte problemer.

Intervjuene viser også at det varierer om og når behandlerne velger å sette inn behandlingstiltak knyttet til rusmiddelbruk. Mens enkelte behandlere inkluderer rusbruken i behandlingen selv om det ikke er avdekket alvorlig avhengighet, velger andre å ikke ta opp rusbruken før det er avdekket alvorlig misbruk og det er satt en diagnose. En slik variasjon i tilnærmingen til rusmiddelbruk kan indikere at rus ikke er tilstrekkelig integrert i behandlingen i BUP, og at kompetansen om rus ikke er god nok. Spørreundersøkelsen til behandlere i BUP viser at rundt 40 prosent synes det er vanskelig å vurdere hvor alvorlig rusbruken må være før de tar det opp som tema i behandlingen.

Undersøkelsen viser videre at 20 prosent av behandlerne har videreutdanning eller annen opplæring i terapeutisk arbeid med unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. I underkant av 50 prosent av behandlerne opplyser at de har kollegaer med kompetanse i terapeutisk arbeid med unge med psykiske lidelser og rusproblemer som de kan rådføre seg med. Nesten halvparten av behandlerne i BUP har verken videreutdanning selv eller kollegaer som de kan spørre om hjelp hvis de for eksempel kommer i en situasjon der de lurar på om en ungdom har rusmiddelproblemer.

Undersøkelsen viser videre at det ved halvparten av poliklinikkene ikke har vært arrangert kurs eller annen opplæring om rus for de ansatte i løpet av de to siste årene, og til sammen har knapt 20 prosent av behandlerne i BUP deltatt på slike aktiviteter i løpet av disse to årene.

¹⁵⁷ Folkehelseinstituttet (2018) *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt.*

¹⁵⁸ NORCE: *Noen psykiske problemer er særlig knyttet til rusproblemer hos ungdom* [nettdokument].

¹⁵⁹ Nordlandssykehuset HF hadde 3,6 ungdommer til behandling per 1000 innbyggere i 2019, mens Helse Førde HF hadde 0,23 ungdom til behandling per 1000 innbyggere.

¹⁶⁰ Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.*

Helsedirektoratet viser i brev til at pakkeforløpene anbefaler at rusmiddelbruk skal kartlegges hos alle pasienter i psykisk helsevern. Direktoratet er kjent med at det er ulik kompetanse om dette temaet i BUP, og at dette medfører at rusmiddelbruk hos ungdom ikke alltid blir avdekket. Også kompetansen til å behandle et rusmiddelproblem varierer, og direktoratet framhever at det generelt er behov for mer kompetanse om behandling av denne gruppen. Direktoratet understreker at poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge skal ha kompetanse til å avdekke og behandle rusmiddelproblemer blant ungdom.

11.5 Ungdommene er som regel med på å lage sine egne behandlingsplaner i BUP

Kvalitet i tjenestene er også et spørsmål om hvordan pasienten opplever kvaliteten i behandlingen. Ifølge *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (2008) bør det tilrettelegges for brukermedvirkning blant annet når behandlingsplanen blir utarbeidet, når rammene for behandlingen blir besluttet (for eksempel hvor og hvor ofte), og når behandlingen evalueres. Ungdom har også rett til å medvirke i valget mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer skal ha råderett over eget liv, med mulighet for å påvirke tjenestene de mottar.¹⁶¹

Faktaboks 11 Hva er en behandlingsplan?

Alle pasienter skal ha en behandlingsplan som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering, jf. pakkeforløp for psykisk helse for barn og unge.

Behandler og pasient og/eller pårørende, skal samarbeide om å utarbeide en behandlingsplan med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. Behandlingsmålene bør settes av pasienten og/eller pårørende, i samråd med behandleren tidlig i forløpet og evalueres jevnlig. Behandleren må sikre at pasienten og/eller foreldrene, eventuelt pårørende, opplever eierskap til planen, og eventuelt motivere pasienten til å involvere seg dersom pasienten ikke ønsker å delta i utarbeidelsen av behandlingsplanen.

Behandlingsplanen må justeres (ved evalueringspunkter/samarbeidsmøter) i tråd med eventuelle endringer i utfordringer, funksjon og mål. Pasienten skal til enhver tid ha en oppdatert behandlingsplan. Dette gjelder også ved behov for ytterligere utredning. En behandlingsplan bør minimum inneholde

- behandlingsmål
- rammer for behandlingen (hyppighet, varighet)
- behandlingstilnærminger og tiltak
- eventuelle tiltak utenfor psykisk helsevern
- plan for å fortsette i skole/arbeid
- ansvarlige for de ulike tiltakene
- pasientens og/eller pårørendes ansvar for å følge opp behandlingen
- kriterier for avslutning
- plan for evaluering av tiltakene

For pasienter som har rett på individuell plan, blir behandlingsplanen en del av denne.

Kilde: Helsedirektoratet (2018) *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*

Alle pasienter skal ha en behandlingsplan som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering.¹⁶² Behandlerne i BUP forteller i intervju at det er krevende å utarbeide en behandlingsplan for ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, og at dette i hovedsak skyldes at det er svært krevende å komme i posisjon til å behandle disse ungdommene.

To av tre behandlere i BUP erfarer at behandlingsplanen kun er nyttig dersom ungdommen og behandleren lager den sammen, og ca. 80 prosent opplyser at de alltid lager behandlingsplanen sammen med ungdommen. I intervjuer framhever behandlere i BUP at det å involvere ungdommen i planleggingen og gjennomføringen av behandlingen er en forutsetning for å lykkes. Nesten 15 prosent av behandlerne opplyser at de ikke alltid utarbeider planen sammen med ungdommen. Journalgjennomgangen viser at kun 11 av 20 pasienter hadde en behandlingsplan i journalen, og ingen hadde en individuell plan i sin journal. Gjennomgangen av behandlingsplanene viser også at ingen av disse planene refererer til individuell plan.

¹⁶¹ Prop. 1 S (2019–2020) *For budsjettåret 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet.

¹⁶² Helsedirektoratet (2018) *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*.

Undersøkelsen viser, som tidligere nevnt, at over 60 prosent av behandlerne i løpet av det siste året har hatt pasienter som kunne hatt nytte av behandlingsmetoder som ikke er tilgjengelige ved poliklinikken, og at nesten halvparten av behandlerne opplever at det for én eller flere tilstander ikke er flere ulike behandlingsmetoder å velge mellom. Når det ikke er flere behandlingsmetoder å velge mellom, vil pasienten og behandleren i en del tilfeller mangle muligheten til å velge den behandlingsmetoden som passer best for pasienten.

Helsedirektoratet presiserer i brev 16. oktober 2020 at det i pakkeforløpene er en tydelig anbefaling om at behandlere bør gi god informasjon om ulike behandlingsformer. Direktoratet understreker at det er viktig at det er et tydelig fokus på brukerinvolvering, og at pasientene får god informasjon som beslutningsgrunnlag. God brukerinvolvering kan skje på mange måter, og direktoratet opplyser at det fortsatt er behov for å informere tjenestene om verktøy og metoder, for eksempel samvalg. Blant annet brukerundersøkelser viser at kompetansen blant ansatte innenfor psykisk helse og rus ikke er god nok når det gjelder brukermedvirkning/samvalg. Helsedirektoratet er derfor i gang med å utvikle et normerende produkt for brukermedvirkning, som har personell som jobber med psykisk helse og rus, som en av målgruppene.

11.6 Få poliklinikker for barn og unge benytter behandlingsmetoder som er spesielt rettet mot rusmiddelproblemer

Beslutningen om hvilken behandlingsform som skal velges når en ungdom skal få behandling for samtidig psykisk lidelse og rusproblematikk, bør bygge på kunnskapsbasert praksis.¹⁶³ Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov.

Kun én av tre poliklinikker for barn og unge som behandler ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, benytter behandlingsmetoder som er spesielt rettet mot rusmiddelproblemer, i behandlingen av disse ungdommene. Et klart flertall av poliklinikkene benytter kun de vanlige behandlingsmetodene for psykiske lidelser. Det kan bety at rusmiddelproblemet til en del ungdommer ikke får nok oppmerksomhet, og at de dermed heller ikke får den hjelpen de trenger.

Behandlerne i BUP som har behandlingsansvar for ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, benytter ulike behandlingsmetoder for å behandle rusmiddelproblemene:

- 80 prosent benyttet psykoedukasjon.
- 45 prosent benyttet kognitiv atferdsterapi.
- 33 prosent benyttet motiverende intervju.
- 38 prosent opplyser at de har benyttet andre metoder i behandlingen, for eksempel medikamentell behandling, psykoterapi, traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) og familiebasert arbeid.

Faktaboks 12 Hva er psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju?

Psykoedukasjon er en behandlingsform hvor pasienter og deres pårørende får kunnskap og informasjon om en spesifikk diagnose. Behandlingsformen skal gi realistiske forventninger til bedring og prognose. Psykoedukasjon bør bestå av kunnskap om lidelsen, informasjon om symptomer som varsler forverring, mestringsstrategier og hvem pasienten kan kontakte etter utskrivelse.

Kognitiv atferdsterapi er rettet mot problemløsning og skal gi pasienten innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Et viktig mål er å bryte selvforsterkende onde sirkler som opprettholder psykiske helseproblemer. Det gjøres ved å kartlegge vanskelige situasjoner, utforme aktiviteter som gir selvtillit og energi, utforske og eventuelt endre negative tankemønstre, stimulere til økt sosial kontakt og forebygge tilbakefall.

Motiverende intervju er en samtalemethode som har som mål å motivere til atferdsendring.

Kilde: Sykehuset Østfold: *Psykoedukasjon* [nettdokument], Norsk forening for kognitiv terapi: *Kognitiv terapi* [nettdokument] og Helsedirektoratet: *Motiverende intervju som metode* [nettdokument].

¹⁶³ Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

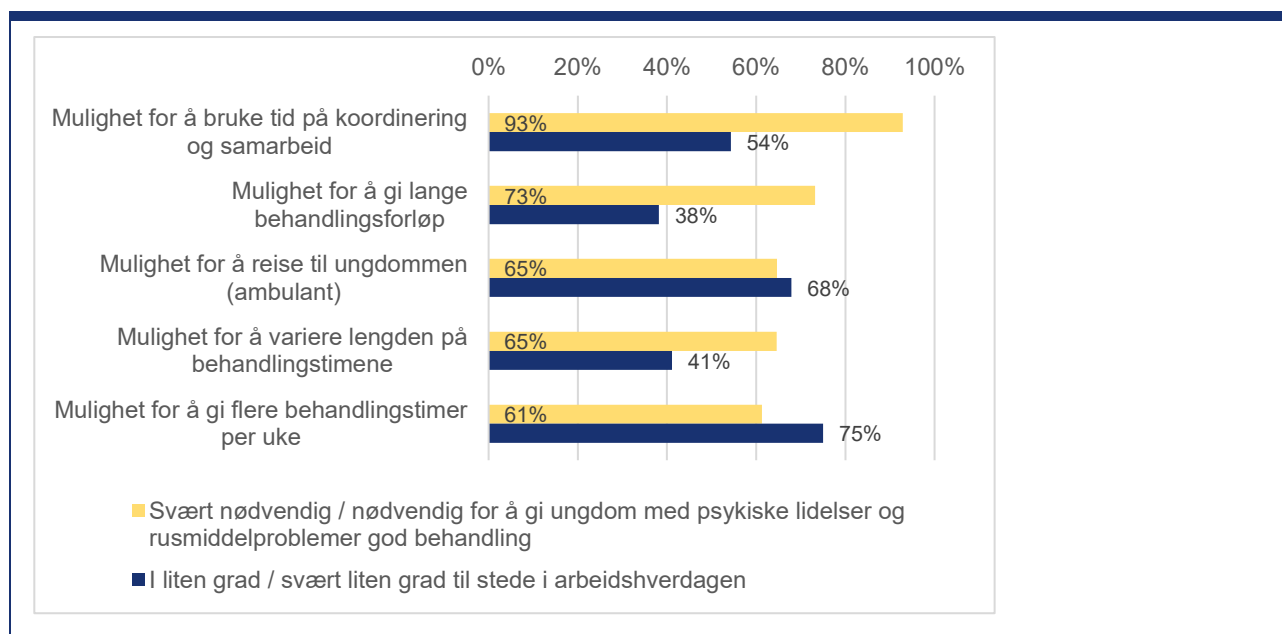
En del ungdommer med samtidige lidelser henvises videre til behandling ved ruspoliklinikk for voksne ved et distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Ungdommene som blir behandlet her, får den samme behandlingen som voksne ved tre av fire poliklinikker, selv om et klart flertall av DPS-lederne mener at ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer krever en annen behandling og oppfølging enn voksne. Behandlingen av ungdom ved poliklinikk for voksne omtales nærmere i punkt 11.10.

11.7 Behandlerne mangler ofte den fleksibiliteten som er nødvendig for å gi ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer god behandling

Ungdom med rusmiddelproblemer har ofte et ambivalent forhold til å motta hjelp. Det kan derfor være en særskilt utfordring å komme i posisjon til å behandle disse ungdommene og opprettholde et godt samarbeidsforhold over tid. For å få til god behandling av denne pasientgruppen kreves det derfor ofte at behandleren har stor fleksibilitet med hensyn til hvordan vedkommende kan arbeide.¹⁶⁴

Et klart flertall av behandlerne i BUP som har hatt behandlingsansvar for ungdom med samtidige lidelser, mener at det er nødvendig å kunne bruke tid på koordinering og tilby lange behandlingsløp for å få til god behandling. Samtidig viser analysen at det varierer i hvor stor grad behandlerne opplever at disse elementene er til stede i arbeidshverdagen.

Figur 20 Andelen behandlere som mener at fleksibilitet i behandlingen er nødvendig, og andelen behandlere som mangler en slik mulighet i arbeidshverdagen



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til behandlere i BUP

Figur 20 viser at et klart flertall av behandlerne mener at det er nødvendig å ha muligheten til å bruke tid på koordinering og samarbeid, gi lange behandlingsforløp, reise til ungdommen og variere lengden på behandlingstimer for å gi ungdom med samtidige lidelser god behandling. Figuren viser også at det de fleste behandlerne mangler, er muligheten til å gi flere behandlingstimer per uke, reise til ungdommen og bruke tid på koordinering og samarbeid. Videre analyser viser at det særlig er behandlerne som mener at det er nødvendig å gi flere behandlingstimer per uke, bruke tid på koordinering og samarbeid og gi lange behandlingsløp, som oppgir at de i liten grad har muligheten til å gjøre dette i arbeidshverdagen.

Lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne som gir behandling til ungdom under 18 år med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, ble stilt de samme spørsmålene, og svarene deres gir et

¹⁶⁴ Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

liknende bilde. Det betyr at mange behandlere i DPS mangler muligheten til å prøve ulike muligheter når de behandler ungdom med samtidige lidelser.

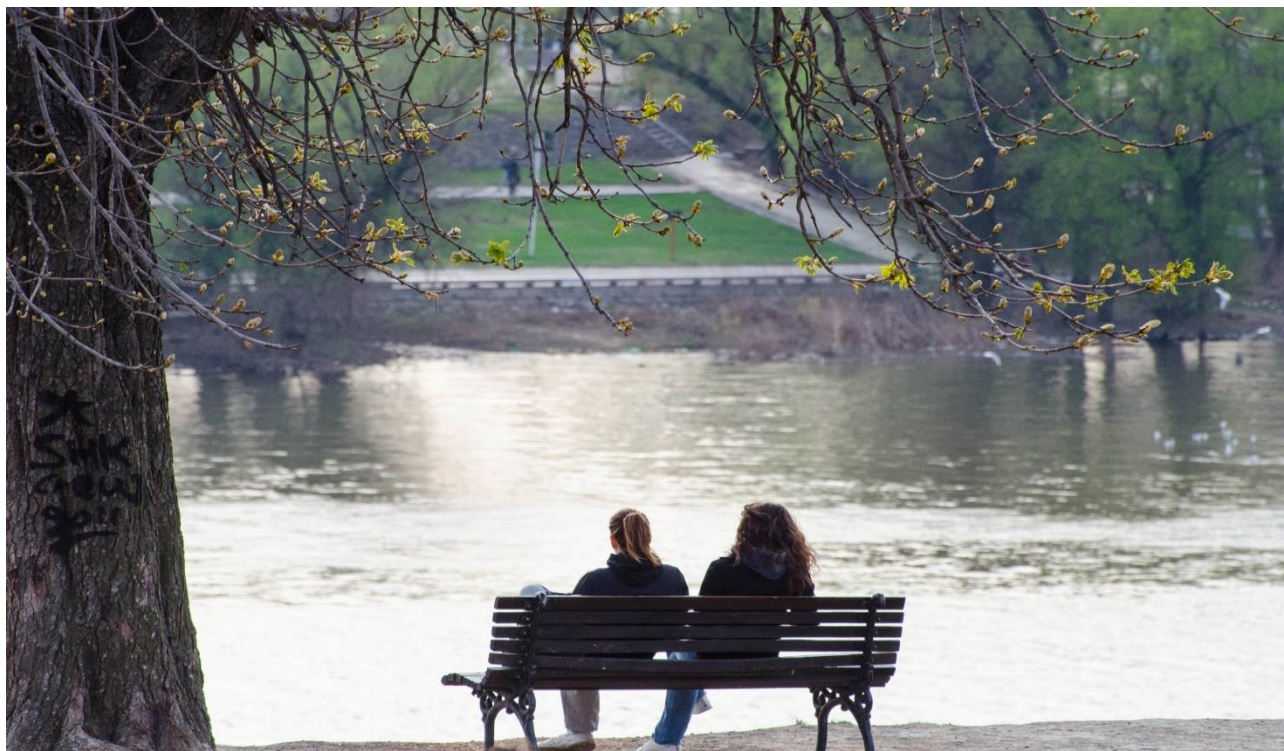
Ungdom som trenger hjelp for samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer av spesialisthelsetjenesten, vil ofte være i kontakt med andre tjenester, som barneverntjenesten og skolehelsetjenesten. Behandlere i BUP trekker i intervju fram at ungdommene de behandler, ikke lever livet sitt i poliklinikken, og at vellykket behandling krever et godt samarbeid med alle aktørene som arbeider med å hjelpe ungdommen. Behandlerne i BUP understreker at dette samarbeidet er tidkrevende, men at det ofte ikke er lagt til rette for at behandlerne kan benytte den tiden som kreves for å få til koordinering og samarbeid.

Analysen av intervjuene viser videre at behandlerne arbeider med relasjonsbygging gjennom hele behandlingsforløpet. Fleksibilitet til å gi flere behandlingstimer per uke og variere lengden på behandlingstimerne kan være viktig for å få en god relasjon til ungdommen. Dette skyldes blant annet at ungdommenes behov for hjelp kan variere fra uke til uke, og at det noen ganger ikke er tilstrekkelig med én behandlingstime per uke.

Nesten tre av fire behandlere opplyser i spørreundersøkelsen at ungdommene har reell innflytelse på *hvor ofte* de skal gå til behandling, men langt færre mener at ungdommene har reell innflytelse på *hvor* behandlingen skal foregå (25 prosent). Intervjuene med behandlere i BUP viser at de særlig vektlegger muligheten til å gi ambulant behandling. Ambulant behandling kan innebære at behandleren reiser hjem til ungdommen, eller at behandleren og ungdommen møtes på andre steder og andre måter, for eksempel ved å ta en biltur sammen, gå tur eller lignende. I mange tilfeller opplever behandleren at det å kunne reise til ungdommen er en nødvendig betingelse for å komme i posisjon til å starte behandlingen. Muligheten til å møte de unge i deres eget miljø er ifølge behandlerne viktig for å

- oppnå kontakt med ungdom som ikke møter opp på BUP
- etablere en god relasjon ved å få ungdom til å føle seg sett og bli trygg
- gi individtilpasset behandling, som kan ha bedre effekt enn konvensjonell terapi på et kontor

Muligheten til å gi ambulant behandling kan også være et virkemiddel for å nå ungdom som ikke kan nyttiggjøre seg av hjelpen som tilbys i en mer tradisjonell konsultasjon på et kontor. Det å kunne møte ungdommen på et sted ungdommen selv har valgt, er ifølge behandlerne et virkemiddel som kan bidra til at BUP ikke gir opp en ungdom for tidlig.



Ambulant behandling kan for eksempel foregå ute eller i pasientens hjem. Foto: Aleksandar Mijatovic

Flere behandlere gir uttrykk for at de gjerne skulle jobbet mer ambulant, men at de ikke har mulighet til det fordi dette ville gå ut over tid til andre pasienter, eller føre til at de ikke klarer å gjennomføre det antall konsultasjoner som de er pålagt å gjennomføre per uke. Når BUP ikke har et eget ambulant team, eller lederen ikke setter av tid til ambulant virksomhet, er det vanskelig for den enkelte behandler å prioritere dette.

Faktaboks 13 Eksempel på at ambulant virksomhet kan hjelpe ungdom som ellers ikke får hjelp

En poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge mottar en henvisning som gir en ung jente rett til helsehjelp. Poliklinikken innkaller jenta til time på poliklinikken. Jenta møter ikke opp til timen, så hun innkalles til ny time. Etter at jenta har unnlatt å møte til avtalt time tre ganger, vurderer poliklinikken å avslutte saken i og med at behandlingen er frivillig.

Før saken avsluttes, diskuteres den i et tverrfaglig møte. I møtet kommer det fram at det er delte meninger om saken skal avsluttes, eller om poliklinikken bør prioritere ressurser på å ta kontakt med jenta på annen måte. Etter en faglig diskusjon beslutter lederen at en av behandlerne fra det ambulante teamet skal ta kontakt med ungdommens pårørende.

Behandleren fra det ambulante teamet tar kontakt med de pårørende og får informasjon om hvorfor ungdommen ikke møter til time. Under samtalen kommer det fram at jenta har utfordringer både med psykiske lidelser og rusproblematikk, men at hun selv ikke opplever rusbruken som problematisk. Hun opplever selv at hun ikke har noe behov for å få hjelp av BUP. Dette er bakgrunnen for at hun ikke møter til timene på poliklinikken.

Behandleren fra det ambulante teamet jobber deretter aktivt med å etablere en relasjon til jenta. Behandleren kjører henne til skolen, og de går på tur sammen. Når jenta får tilbud om å møte behandleren andre steder enn i poliklinikken, får hun tillit til behandleren, og etter hvert blir jenta motivert til å starte med behandling.

Dette er et eksempel på en ungdom som fikk hjelp av BUP fordi akkurat denne poliklinikken hadde et ambulant team og en leder som prioriterte å bruke ressurser på en sak som i andre poliklinikker ville blitt avsluttet før den var startet.

Kilde: Riksrevisjonens intervjuer med behandlere i BUP

Helsedirektoratet viser i brev av 16. oktober 2020 til rapporten som ble utarbeidet som et forarbeid til *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*, der direktoratet har følgende anbefalinger om tilnærminger og metoder for å nå ungdommer med rusmiddelproblematikk:

- En ambulerende (aktivt oppsøkende) tilnærming er godt egnet for å etablere en behandlingsrelasjon med barn og unge. Det er viktig å møte ungdommen der han eller hun føler seg mest komfortabel. Unge med rusmiddelproblemer er sårbare og kan ha høy terskel for å møte på en poliklinikk, særlig hvis det er første gang eller i starten av et forløp.
- En ambulerende tilnærming hvor begge tjenestenivåer er representert, bør også være en tilnærming ved mer alvorlig rusmiddelproblematikk, slik det for eksempel praktiseres i samhandlingsteamet for unge i Bærum.
- Familieterapi og nærmiljøfokuserte modeller kan være mindre virksomme for ungdom som har brukt rusmidler ofte og over lengre tid. For denne gruppen kan det være aktuelt med institusjonsbehandling. Ved institusjonsbehandling anbefales det at behandlingen er tilpasset ungdom med spesifikke behov og gis av personell med relevant kompetanse. I tillegg må behandlingen være systematisk og strukturert med planlagt og integrert oppfølging der også familie og nærmiljøkomponenter som skole, venner og kommunale tjenester er en integrert del.

Det har gjennom flere år vært kjent for departementet at mange behandlere i BUP mangler kompetanse på rus, og at noen kan ha lite fleksibilitet i arbeidshverdagen, noe som er nødvendig for å gi ungdom med samtidige lidelser god behandling. Helsedirektoratet har gitt sterke føringer på at ungdom med samtidige lidelser skal sikres god behandling.

11.8 Behandlingen evalueres i liten grad som forutsatt

For å sikre individuell tilpasning av behandlingen og ønsket behandlingsutbytte bør det gjennomføres systematiske tilbakemeldinger (evalueringer) av all behandling som gjennomføres i BUP. I pakkeforløpet for barn og unge går det fram at evaluering som et minimum bør gjennomføres hver tolvte uke. Hver gang behandlingen evalueres, bør pasienten, og eventuelt pårørende, behandleren og involverte tjenester i fellesskap vurdere blant annet brukerfornøydhets og måle endringer i symptomer/funksjon.¹⁶⁵

Nesten alle behandlerne opplyser at de vurderer om pasienten har nytte av behandlingen hver tredje måned eller oftere. De fleste gjør dette ved å spørre hvordan pasienten opplever behandlingen.

Ved enkelte poliklinikker kan pasientene bruke digitale verktøy til å gi behandleren tilbakemeldinger om i hvilken grad de opplever at behandlingen er nyttig eller virker. Slik kan behandlerne få systematiske tilbakemeldinger fra pasientene og gjøre nødvendige justeringer og tilpasninger underveis i behandlingsforløpet.¹⁶⁶ Spørreundersøkelsen til ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge viser at drøyt 60 prosent av poliklinikkene ikke bruker digitale verktøy til å hente inn tilbakemeldinger fra pasientene, mens knapt 40 prosent av poliklinikkene gjør det. Blant behandlerne oppgir nesten ingen at de bruker slike verktøy, for eksempel klient- og resultatstyrt praksis (KOR), for å få vite om pasienten opplever behandlingen som nyttig.

Faktaboks 14 Hva er feedbackinformerte tjenester?

Feedbackinformerte tjenester handler om å innhente systematiske tilbakemeldinger fra brukere samt om å endre og tilpasse behandlingen i tråd med disse tilbakemeldingene. Feedbackinformerte tjenester setter brukerne og deres opplevelse av hva som er virksom hjelp, i sentrum, noe som bidrar til at den terapeutiske alliansen styrkes.

Det finnes mange ulike tilbakemeldingsverktøy. Helsedirektoratets nasjonale veileder Sammen om mestring (2014) anbefaler klient- og resultatstyrt praksis (KOR), også kjent som PCOMS og FIT. KOR er den best dokumenterte metoden for systematiske tilbakemeldinger fra brukeren.

Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA): *Feedback-informerte tjenester* [nettdokument] og Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*

I tillegg til verktøy som gir pasientene mulighet til å gi tilbakemeldinger til behandleren, finnes det flere verktøy som er utviklet for behandlerne, og som måler symptomer og/eller funksjon. Disse strukturerte verktøyene brukes gjerne ved oppstart og avslutning av behandlingen.¹⁶⁷

Til sammen oppgir 66 prosent av alle behandlerne i BUP at de benytter strukturerte verktøy for å måle effekten av behandlingen i løpet av behandlingsforløpet. Nesten 80 prosent av de som benytter strukturerte verktøy, bruker CGAS¹⁶⁸, mens nesten halvparten benytter diagnosespesifikke screeningverktøy. Én av tre behandlere benytter ikke slike strukturerte verktøy for å måle endringer i funksjons- og/eller symptomnivå.

Undersøkelsen viser at behandlerne har delte erfaringer med det mest brukte verktøyet, CGAS. Nesten én av tre behandlere synes ikke CGAS måler hvordan behandlingen har virket, på en pålitelig måte, mens drøyt 20 prosent mener CGAS er et pålitelig verktøy. Nesten 40 prosent svarer «Verken eller» på spørsmålet om i hvilken grad verktøyet er egnet til å måle hvordan behandlingen har virket. Det betyr at til sammen ca. 70 prosent av behandlerne som bruker CGAS, i beste fall stiller seg tvilende til om verktøyet gir et pålitelig svar på om behandlingen virker.

Intervjuene med behandlere i BUP og gjennomgangen av pasientjournaler tyder også på at den mest vanlige måten å evaluere på er fortløpende samtaler med ungdommen, der ungdommen blir spurt om hvordan de synes det går, og om de synes behandlingen fungerer. Journalgjennomgangen viser få spor etter evalueringer hvor for eksempel endringer i pasientens symptom- eller funksjonsnivå inngår, og hvor det også går eksplisitt fram at det er en evaluering som er gjennomført.

¹⁶⁵ Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

¹⁶⁶ Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA): *Feedback-informerte tjenester* [nettdokument].

¹⁶⁷ Helsedirektoratet (2018) *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*.

¹⁶⁸ Måleinstrumentet Children's Global Assessment Scale (CGAS) er et mål på generelt funksjonsnivå for barn og unge (Kilde: Helsedirektoratet (2018) *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*).

Blant de 20 journalene som er gjennomgått, er det én journal hvor behandlingseffekten er et tema, og én journal hvor pasientens opplevelse av behandlingen er dokumentert. Det er imidlertid eksempler på at pasientens og pårørendes vurderinger av behandlingseffekten er dokumentert fortløpende i journalene. Dette kan tyde på at mange behandlere ikke planlegger evalueringer på fastsatte tidspunkt i behandlingsplanen.

Lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge som ble besøkt i revisjonen, bekrefter at ingen av poliklinikkene undersøker hvordan pasienter og pårørende opplever behandlingen, på en systematisk måte. En grunn til det er at de ikke har noe system for å undersøke dette. Samtidig gir flere uttrykk for et håp om at dette blir enklere å gjennomføre når pakkeforløpene er implementert.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at pakkeforløpene innebærer en bedre systematikk, både når det gjelder tidspunkt for evaluering og hva som skal evalueres underveis i behandlingen. Pakkeforløpene gir en punktviss oversikt over hva en evaluering skal inneholde, og departementet forventer at evalueringene gjennomføres i tråd med disse punktene.

11.9 Få ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har koordinator og individuell plan

For at ungdom med samtidige lidelser skal få helhetlige tjenester, er det avgjørende at poliklinikken samarbeider godt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utdanningssektoren og/eller andre med ansvar for barn og unge. I et helhetlig pasientforløp er de ulike delene av tjenestene som pasienten trenger, satt sammen og koordinert slik at de møter pasientens behov på en god måte.¹⁶⁹

Koordinator og individuell plan er lovfestede virkemidler som skal bidra til et slikt helhetlig pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene. Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få oppnevnt en koordinator og til å få utarbeidet en individuell plan dersom de ønsker det. En ansvarsgruppe er en arbeidsform der alle instanser som er involvert rundt en pasient, møtes sammen med pasienten og eventuelt pårørende for å sikre at tjenestene ytes til beste for pasienten. Formålet med å etablere en ansvarsgruppe er at tjenestilbudet skal bli helhetlig, koordinert og målrettet.

¹⁶⁹ Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*.

Faktaboks 15 Hva er koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe?

Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator i forbindelse med individuell plan vil som hovedregel oppnevnes i kommunen. Det følger av kommunens ansvar for individuell plan ved behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Lovverket tydeliggjør også at pasienter og brukere som takker nei til individuell plan, likevel skal tilbys en koordinator.

Individuell plan skal inneholde følgende hovedpunkter:

- en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- en angivelse av hvem som er koordinator
- en oversikt over hva pasienten og brukeren, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle, og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for dem
- en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater

Planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker og være et dynamisk verktøy som oppdateres i samsvar med endringer i behov og beslutninger gjennom forløpet.

Ansvarsgruppe er en tverrfaglig koordineringsgruppe som skal sikre samordning og arbeid mot felles mål. Den tverrfaglige gruppen eller teamet arbeider sammen med og yter tjenester til en pasient eller bruker.

Kilde: Helsedirektoratet (2015) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* og Helsedirektoratet (2017) *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*

Det er kommunen som har hovedansvaret for å utarbeide individuell plan når pasienten mottar helsetjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten.¹⁷⁰ Undersøkelsen viser at mange ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer ikke har individuell plan eller koordinator. Samtidig kan det være tilfeller der pasientene ikke ønsker en individuell plan eller koordinator.

Tabell 9 Hvor mange ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får individuell plan, koordinator eller ansvarsgruppemøter?

	Individuell plan	Koordinator	Ansvarsgruppemøter
Alle ungdommene fikk	4 %	8 %	21 %
Flere enn halvparten av ungdommene fikk	1 %	3 %	16 %
Halvparten av ungdommene	8 %	8 %	18 %
Færre enn halvparten av ungdommene	23 %	23 %	14 %
Ingen av ungdommene	44 %	39 %	18 %
Vet ikke	20 %	19 %	13 %

Kilde: Riksrevisjons spørreundersøkelse til behandlere i BUP

Tabell 9 viser at de fleste ungdommene med samtidige lidelser ikke har individuell plan og koordinater, mens ansvarsgruppemøter er mer utbredt. Kun 13 prosent av behandlerne opplyser at halvparten eller flere har individuell plan, og bare litt flere (19 prosent) opplyser at mer enn halvparten har koordinator. Resultatene når det gjelder ansvarsgruppemøter, er bedre, men det er også mange som ikke får dette tilbudet. I tolkningen av svarene har vi lagt til grunn at virkemidlene ikke brukes etter hensikten i de tilfellene der behandleren ikke vet om ungdommen har individuell plan, koordinator eller ansvarsgruppemøte. Dette er

¹⁷⁰ Forskrift om habilitering og rehabilitering.

noe behandler bør ha oversikt over, blant annet gjennom arbeidet med behandlingsplanen. I Helsedirektoratets nasjonale veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov (2017) legges det til grunn at det oppnevnes en koordinator som leder arbeidet i ansvarsgruppen. Svarene fra vår spørreundersøkelse kan imidlertid tyde på at det er ulik praksis for hvem som er leder for ansvarsgruppemøtene og at det også er andre enn en oppnevnt koordinator som innehar denne rollen.

Flere av behandlerne i BUP utdyper hvordan de opplever koordinatorrollen og ansvarsgruppemøtene i intervju. De opplever at i en del tilfeller er koordinator mer en belastning enn til hjelp i arbeidet fordi det er så stor utskiftning i hvem som innehar rollen. Det går videre fram av intervjuene at behandlerne opplever at ansvarsgruppemøtene er vellykkede når møtene ledes av en person som innehar denne rollen over tid, og som følger opp at tiltak og oppgaver gjennomføres og evalueres. I noen tilfeller kaller BUP inn til ansvarsgruppemøter uten at det er oppnevnt en koordinator.

Tabell 10 I hvilken grad opplever behandlerne at virkemidlene som skal sikre helhetlige pasientforløp mellom kommune og poliklinikk for ungdom med samtidige lidelser, gjør det?

	Individuell plan	Koordinator	Ansvarsgruppemøter
I svært stor eller stor grad	17 %	21 %	45 %
I noen grad	25 %	24 %	33 %
I svært liten eller liten grad	28 %	23 %	9 %
Ingen oppfatning	30 %	32 %	13 %

Kilde: Riksrevisjons spørreundersøkelse til behandlere i BUP

Tabell 10 viser at behandlerne i BUP synes at ansvarsgruppemøtene er det beste virkemidlet for å sikre helhetlige pasientforløp mellom kommune og poliklinikk. Svarene på andre spørsmål i spørreundersøkelsen viser imidlertid at nesten 40 prosent av behandlerne har opplevd at de ikke har kunnet delta på ansvarsgruppemøter selv om dette hadde vært nyttig for pasienten. Videre opplyser 25 prosent av behandlerne at poliklinikkens retningslinjer setter begrensninger på hvor mange ansvarsgrupper de kan delta på per pasient.

Tabell 10 viser videre at bare omtrent én av fem behandlere mener at individuell plan og koordinator i stor grad bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp mellom kommune og poliklinikk for ungdom med samtidige lidelser. Flere behandlere i BUP opplyser i intervju at individuell plan og koordinator ikke er nødvendige betingelser for å oppnå helhetlige pasientforløp, og at godt samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene og mellom aktørene også kan oppnås gjennom ansvarsgruppemøter.

Helsedirektoratet viser i brev til at direktoratet er tydelig i sin veiledning om at pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys individuell plan og koordinator, og at dette gjelder uavhengig av alder og diagnose. Helsedirektoratet utga i 2017 en nasjonal veileder om oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov. I denne veilederen legges det ekstra vekt på behovet for strukturert, målrettet og koordinert oppfølging av personer med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Betydningen av at koordinering får større lederoppmerksomhet og lederforankring vektlegges også. Direktoratet understreker at ungdommer definitivt hører med blant målgruppene for veilederen.

Helsedirektoratet viser til at følgende to veiledere oppsummerer og konkretiserer lovkrav og anbefalinger knyttet til individuell plan og koordinering:

- *Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator* – (utgitt 2015) klargjør bestemmelser i lov og forskrift og har egne kapitler om temaet
- *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov* – (utgitt 2017)

Tjenestene har ifølge Helsedirektoratet etterlyst kunnskap om rettigheter og plikter knyttet til individuell plan og koordinator samt verktøy til bruk i opplæring i koordinatorrollen, og i 2019 lanserte direktoratet følgende:

- e-læringsprogram om koordinatorrollen, som ligger på Difis læringsplattform
- film om individuell koordinering og koordinatorrollen

- brukerbrosjyren *Ditt liv, din plan – Til deg som kan ha behov for langvarige og koordinerte tjenester*

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det over flere år har vært en satsing for å sikre barn i barnevernet bedre helsehjelp. For eksempel skal de regionale helseforetakene etablere funksjonen barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge, det skal utarbeides samarbeidsavtaler mellom barneverntjenesten og helsetjenesten, og det er innført et pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus blant barn og unge som mottar hjelp fra barnevernet.

11.10 En del ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får behandling som er beregnet på voksne

Ifølge *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (2008) skal psykisk helsevern for barn og unge gi tilbud til unge under 18 år med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Behandlerne i poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er spesialister på barn og unges psykiske helse og utvikling. Poliklinikkene har, på en helt annen måte enn psykisk helsevern for voksne, tilgang til arbeidsmetoder som involverer familie og nettverk, samt relevante tjenester i kommunen. Likevel gir ca. 30 prosent av BUP-ene ikke behandling til ungdom med samtidige lidelser.

Når BUP ikke gir behandling til disse ungdommene, henvises de videre til

- psykiatriske ungdomsteam (PUT)
- tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- ruspoliklinikk for voksne ved DPS

Psykiatriske ungdomsteam har unge personer som målgruppe, mens ruspoliklinikkene for voksne ved DPS i utgangspunktet skal ta imot pasienter som har fylt 18 år. Det er ikke satt noen nedre aldersgrense for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)¹⁷¹, og det går fram av intervjuene med lederne av BUP at poliklinikkene henviser ungdom med psykiske lidelser og rusproblemer videre til TSB eller DPS fra den alderen TSB/DPS åpner opp for det.

Undersøkelsen viser at nesten 20 prosent av de allmennpsykiatriske poliklinikkene og ruspoliklinikkene ved DPS gir behandling til ungdom under 18 år med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Når ungdom henvises videre til behandling i psykisk helsevern for voksne, skjer det primært på bakgrunn av rusmiddelproblemet. Undersøkelsen viser at ungdommen enkelte steder ikke får behandling for sin psykiske lidelse parallelt med behandlingen av rusmiddelproblemet. Halvparten av poliklinikkene for voksne som behandler ungdom med rusmiddelproblemer, oppgir at ungdommene som hovedregel ikke samtidig behandles for sin psykiske lidelse i BUP. Det betyr at disse ungdommene enten får behandling for sin psykiske lidelse i DPS, med en metodikk som er utviklet for voksne, eller at de ikke får behandling for sin psykiske lidelse i det hele tatt.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at det ikke er i tråd med forventningene at barn og unge får helsehjelp i psykisk helsevern for voksne. Tvert imot er det en helt klar forventning om at barn og unge skal få hjelp av BUP eller barnevernet. Departementet har hørt om enkelttilfeller der ungdom er behandlet i psykisk helsevern for voksne. I disse tilfellene har det vært snakk om ungdom på 17 og 18 år, og helseforetakene har samarbeidet med behandlere i BUP for å bidra å gi en best mulig behandling.

Undersøkelsen viser at oppgavefordelingen mellom BUP og avdelingen eller seksjonen i helseforetaket som arbeider med rusmiddelproblemer, ikke er tilstrekkelig avklart. Kun knapt én av tre ledere for poliklinikker i BUP opplever at oppgavefordelingen er avklart.

Intervjuer med behandlere i BUP viser at det ved enkelte poliklinikker er en svært lav terskel for å henvise ungdom til TSB eller ruspoliklinikk for voksne ved DPS. Disse poliklinikkene har som praksis å henvise ungdom videre til behandling ved TSB eller DPS så snart behandler får mistanke om at ungdommen har rusmiddelproblemer, men uten å vite hvor alvorlig eller hvor omfattende problemet er. Ved andre poliklinikker henvises ungdom videre til behandling ved TSB eller DPS først når det er mistanke om at rusmisbruket er

¹⁷¹ Helsedirektoratet (2015) *Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*.

såpass alvorlig at det er snakk om en lidelse. I begge tilfellene forklares viderehenvisningene med at BUP ikke har kompetanse til å behandle rusproblematikk hos ungdom.

Barnevernet har et selvstendig ansvar for å tilby langvarig behandling i institusjon til ungdom med vedvarende misbruk av rusmidler.¹⁷² Mange ungdommer som har utviklet rusmiddelproblemer, eller som står i fare for å gjøre det, får hjelp av barnevernstjenesten¹⁷³, for eksempel ved barneverninstitusjoner.¹⁷⁴ Det finnes per i dag lite kunnskap om hvem som mottar behandling i helsetjenesten, og hvem som mottar behandling i barneverninstitusjon, men Helsedirektoratet mener det er grunn til å anta at en betydelig andel av ungdom med rusmiddelproblemer mottar et behandlingstilbud fra barneverntjenesten.¹⁷⁵

Helsedirektoratet viser i brev til at tilbudet til ungdom under 18 år med rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten er en utfordring direktoratet har kjent til over tid, og at det har vært tematisert i føringer på psykisk helsevern for barn og unge flere ganger. Direktoratet mener det er behov for å vurdere tiltak for å bedre ruskompetansen i psykisk helsevern for barn og unge. Ett tiltak kan være samarbeidsavtaler mellom de ulike instansene som bør ha ansvar for å utrede og behandle rusmiddelproblemer hos unge under 18 år i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet opplyser at de også har spilt problemstillingen inn i ulike pågående arbeider, for eksempel analyse- og framskrivningsoppdraget til de regionale helseforetakene.

Helsedirektoratet viser videre til at direktoratet og kompetansesentrene på rusfeltet i 2015 utarbeidet en rapport om tilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer i et utvalg av kommuner og utvalgte enheter innenfor spesialisthelsetjenesten.¹⁷⁶ Helsedirektoratet har ikke en oppdatert oversikt over tilbudet til denne gruppen i TSB og vet for lite om hvordan de ivaretas i TSB.

Helsedirektoratet mener at det fortsatt er uavklart hvem som bør ha et behandlingstilbud for ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. I rapporten som ble utarbeidet som et forarbeid til *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*, anbefaler Helsedirektoratet følgende tiltak i spesialisthelsetjenesten når det gjelder hvem som bør ha ansvaret for å gi et tilbud til barn og unge med rusmiddelproblemer:

- For å sikre at barn og unge med rusmiddelproblematikk blir ivaretatt, bør det etableres rutiner for samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge, kommunale tjenester og DPS/TSB.
- Det bør vurderes å etablere flere polikliniske ungdomsteam (PUT) og finne ut hvilken organisasjonstilknytning som er mest hensiktsmessig for PUT.
- Psykisk helsevern for barn og unge bør få et klarere definert ansvar for ungdom opptil 18–23 år med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Arbeidet kan organiseres ved å opprette psykiatriske ungdomsteam, eventuelt i samarbeid med DPS og/eller TSB.

Helsedirektoratet påpeker at det er veldig lite forskning på integrert behandling av ungdom, men at det er vanskelig å se at ikke gruppen fra for eksempel 16 til 18 år skulle kunne ha samme tilbud som voksne. Direktoratet presiserer at de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for å tilby denne gruppen behandling.

¹⁷² Helsedirektoratet (2016) *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.

¹⁷³ Helsedirektoratet (2020) *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge*.

¹⁷⁴ Helsedirektoratet (2016) *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.

¹⁷⁵ Ibid.

¹⁷⁶ Rapporten ble utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som et forarbeid til *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*.

12 Vurderinger

12.1 Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre

Befolkningen i Norge skal sikres likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted. Undersøkelsen viser at personer med psykiske plager og lidelser har et ulikt forbruk av helse- og omsorgstjenester.

Det samlede forbruket av psykiske helsetjenester – både fastlegetjenester og tjenester som gis av poliklinikkene i psykisk helsevern – varierer mellom helseregionene. Barn og unge som bor i region Nord, og voksne som bor i region Sør-Øst, får i 2019 mer behandling for psykiske plager og lidelser enn innbyggerne i opptaksområdene til de andre regionale helseforetakene.

Videre viser undersøkelsen at når pasienter er til behandling i poliklinikkene i psykisk helsevern, er det forskjeller i antall kontakter de har med poliklinikkene. I noen regioner har pasientene 20 prosent flere kontakter enn pasienter i andre regioner.

Undersøkelsen viser at pasienter blir behandlet ulikt avhengig av hvilken region de bor i, men undersøkelsen kan ikke si noe om hva som er riktig omfang av behandlingen, eller om pasientene får for lite eller for mye behandling.

12.2 Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik

Kommunene skal ta et større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter med psykiske plager og lidelser, og en større del av pasientforløpene skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Undersøkelsen viser at antall pasienter som benytter fastlege eller kommunal legevakt for å få hjelp med psykiske helseplager, har økt med 5 prosent fra 2015 til 2019. For barn og unge har økningen vært på 15 prosent.

Undersøkelsen viser at mange kommuner tilbyr barn og unge med psykiske plager og lidelser individuell behandling, familiesamtaler eller veiledningssamtaler, for eksempel opplyser 75 prosent av kommunene at de gir behandling til barn og unge i en egen lavterskeltjeneste for psykisk helse. Antall årsverk benyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har økt med 31 prosent for barn og unge fra 2015 til 2019.

Alle kommuner skal ha et tilbud om helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og denne tjenesten kan spille en viktig rolle overfor barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det er bare 32 prosent av kommunene som i spørreundersøkelsen opplyser at helsestasjons- og skolehelsetjenesten behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser. Undersøkelsen viser videre at det er enkelte kommuner som ikke tilbyr noen behandling til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser ut over den behandlingen fastlegene tilbyr. Det vil si at barn og unge i disse kommunene blir svært avhengige av fastlegens kompetanse.

Oppsøkende tjenester skal gjøre det mulig å komme i kontakt med barn og unge med psykiske plager og lidelser som selv ikke møter opp til behandling. Undersøkelsen viser imidlertid at mer enn halvparten av kommunene ikke tilbyr slike tjenester. Det betyr at det er fare for at barn og unge som har behov for helsehjelp, og som ikke kan eller vil oppsøke hjelpetilbudet selv, ikke vil få psykisk helsehjelp i disse kommunene.

Kommunene har frihet til å velge innretningen på det kommunale tjenestetilbudet, men de må samtidig oppfylle noen lovpålagte krav til hva det kommunale tjenestetilbudet skal inneholde. Fra 2017 har alle kommuner plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter og brukere med sykdom innenfor psykisk helse og rus. Intensjonen er at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. 8 prosent av kommunene har imidlertid ikke et øyeblikkelig hjelp døgntilbud til denne gruppen.

Undersøkelsen viser dermed at innholdet i det kommunale tjenestetilbudet til personer med psykiske plager og lidelser varierer, og dette har betydning for om en person med psykiske plager og lidelser får hjelp når det er behov for det. En person som bor i en kommune der kun fastlegen behandler psykiske plager og lidelser, og der det ikke er oppsøkende tjenester eller øyeblikkelig hjelp døgntilbud, vil ikke ha samme tilgang til psykiske helsetjenester som en person som bor i en kommune der dette tilbudet er på plass. Det betyr etter

vår vurdering at det er for store forskjeller i det kommunale tjenestetilbudet til personer med psykiske plager og lidelser.

12.3 Mange får ikke hjelp av psykisk helsevern når de trenger det

Når en person har behov for øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten, er det ikke nødvendig med henvisning. Undersøkelsen viser at flere poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge likevel krever henvisning av barn og unge som ikke allerede går til behandling i poliklinikken. Det vil si at barn og unge med behov for øyeblikkelig hjelp må til fastlege/legevakt eller annen person med henvisningsrett før de kan bli vurdert av spesialisthelsetjenesten. Dette er en praksis som etter vår vurdering fører til at det helt unødvendig tar lengre tid å få helsehjelp for personer som allerede er i en sårbar situasjon.

Fastlegene og andre som har henvisningsrett, skal sende en henvisning til spesialisthelsetjenesten når de vurderer at behandling i psykisk helsevern er nødvendig. Spesialisthelsetjenesten skal legge prioriteringsveilederen til grunn når den vurderer om pasienten har rett til helsehjelp. Hvis pasienten ikke har rett til helsehjelp, avvises henvisningen, og da er det kommunen som har ansvaret for å gi pasienten et helsetilbud. Undersøkelsen viser at psykisk helsevern avviser omtrent én av fem henvisninger, og at andelen henvisninger som avvises, varierer mellom ingen og halvparten. Høy avvisningsfrekvens viser etter vår vurdering at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på disse stedene ikke har en felles forståelse av hvem som skal gi pasientene behandling. Når spesialisthelsetjenesten vurderer at en pasient som er henvist fra kommunen, ikke har behov for spesialisthelsetjenester, kan det føre til at pasienten må vente unødvendig lenge på hjelp.

Helsedirektoratet kan ikke svare på om tallene for avviste henvisninger viser uønsket variasjon, eller om det er andre forhold som kan forklare variasjonen i avvisningsfrekvens. Etter vår vurdering vil en grundig analyse av hvorfor henvisninger avvises, gi informasjon som kan brukes i den videre utviklingen av tjenestetilbudet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Når spesialisthelsetjenesten vurderer at en person som er henvist, har rett til spesialisthelsetjenester, mottar personen et brev som blant annet beskriver hvor lenge han eller hun må vente før utredningen ved poliklinikken starter. Både for barn og voksne som har utfordringer med å fungere i hverdagen på grunn av en psykisk lidelse, vil det være en belastning å vente på hjelp. Undersøkelsen viser at tre av fire regionale helseforetak ikke innfridde ventetidskravene for barn og unge, og at halvparten av de regionale helseforetakene ikke innfridde kravene for voksne.

Undersøkelsen viser videre at ikke alle poliklinikker i psykisk helsevern tilbyr behandling andre steder enn i poliklinikken (ambulant behandling), og at antall årsverk benyttet i ambulant behandling av barn og unge har gått ned fra 2015 til 2018. Dette betyr at pasienter som bor i områder der det ikke tilbys ambulant behandling, og som ikke selv vil eller har mulighet til å komme til poliklinikken, ikke vil få hjelp. Etter vår vurdering er det viktig at personer med potensielt alvorlige psykiske lidelser får rask og god hjelp av spesialisthelsetjenesten uavhengig av hvor de bor i landet.

12.4 Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har ifølge Helse- og omsorgsdepartementet en viktig rolle i behandlingen av unge med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer. Nesten 40 prosent av kommunene opplyser imidlertid selv at behandlingstilbudet til denne gruppen ikke er godt, og omtrent hver tredje kommune opplever at behandlingstilbudet ikke har tilstrekkelig kapasitet. Videre viser undersøkelsen at nesten 20 prosent av kommunene mangler et tilbud til ungdom med rusmiddelproblemer. Dette innebærer at ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer i mange kommuner enten ikke får et godt nok behandlingstilbud eller står uten et kommunalt tilbud.

Ifølge *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (2008) skal poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge gi tilbud til unge under 18 år med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Poliklinikkene må ha kompetanse både til å avdekke og behandle rusmiddelrelaterte problemer.

Undersøkelsen viser at nesten hver tredje poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge ikke behandler unge under 18 år med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det betyr at ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer vil bli henvist videre til psykiatriske ungdomsteam,

ruspoliklinikker for voksne i DPS eller TSB. Selv om et klart flertall av DPS-lederne mener at ungdom under 18 år trenger en annen behandling og oppfølging enn voksne, viser undersøkelsen at ungdom som blir behandlet i disse poliklinikkene, ofte får behandling som er beregnet på voksne. Etter vår vurdering er det viktig at unge mennesker som har samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, får alderstilpasset behandling både når det gjelder den psykiske lidelsen og rusmiddelproblemet.

Ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer som kommer til BUP, forteller ofte ikke at de har rusmiddelproblemer. Derfor er det viktig at behandlerne har kompetanse til å avdekke om en ungdom har rusmiddelproblemer. Over 40 prosent av behandlerne i BUP oppgir imidlertid at de mangler kompetanse til å avdekke problematisk rusbruk. Undersøkelsen viser videre at behandlere i mange poliklinikker mangler basiskompetanse om rusmidler og avhengighet. Knappt 20 prosent av behandlerne i BUP har deltatt på opplæring om rus de siste to årene. Dersom rusmiddelproblemene ikke avdekkes av behandlerne i BUP, er det stor risiko for at ungdommen kun får behandling for den psykiske lidelsen.

Hvis en behandler avdekker at en ungdom har rusmiddelproblemer, viser undersøkelsen at det er store ulikheter når det gjelder hvilken behandling ungdommen får videre. Mange behandlere synes det er vanskelig å vurdere hvor alvorlig rusbruken må være, før de tar det opp som tema i behandlingen. Enkelte behandlere inkluderer rusbruken i behandlingen selv om det ikke er avdekket alvorlig avhengighet, mens andre velger å vente med det til det er avdekket alvorlig misbruk. Når det er såpass stor variasjon i hvordan behandlerne i BUP vurderer rusmisbruk, er det etter vår vurdering sannsynlig at rusmiddelproblemer mange steder ikke er godt nok integrert i behandlingen i BUP. Dette øker risikoen for at en del ungdommer ikke i tilstrekkelig grad får oppmerksomhet om sitt rusmiddelproblem og dermed heller ikke får den hjelpen de trenger i tide.

Ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er en særlig sårbar og utsatt gruppe, og de har ofte et ambivalent forhold til å motta hjelp. For å få til god behandling av denne pasientgruppen kreves det derfor ofte stor grad av fleksibilitet i hvordan behandlingen gjennomføres. Undersøkelsen viser at mange behandlere opplever at de ikke har en slik fleksibilitet, og at dette gjelder forhold som muligheten til å gi lange behandlingsforløp, reise ut til ungdommen, variere lengden på behandlingstimene og gi flere behandlingstimer per uke. Når mange behandlere mangler slik fleksibilitet i arbeidet, vil konsekvensen for en del ungdommer være at behandlerne ikke kommer i posisjon til å hjelpe dem, og at ungdommene ikke får god nok behandling.

Undersøkelsen viser at nesten alle behandlerne i BUP som behandler ungdom med samtidige lidelser, mener det er nødvendig å bruke tid på koordinering og samarbeid med andre aktører for å gi ungdommene god behandling. Aktører som det er relevant for BUP å samarbeide med, er den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utdanningssektoren og/eller andre med ansvar for barn og unge. Imidlertid viser undersøkelsen at drøyt halvparten av behandlerne i liten grad har mulighet til å bruke tid på koordinering og samarbeid i arbeidshverdagen. Etter vår vurdering kan det bety at barn og unge mottar helsetjenester som ikke er tilstrekkelig samordnet mellom de relevante aktørene.

Flere lovpålagte ordninger skal bidra til at hjelpen som kommer fra ulike kanter, virker sammen. Ordningen med koordinator og individuell plan i regi av kommunen er forutsatt å være viktige virkemidler for å kunne tilby samordnede tjenester. I flere statlige veiledere beskrives forventningene til koordinator og individuell plan samt til hvilken rolle kommunen og BUP har. Undersøkelsen viser at bruk av individuell plan og koordinator for å sikre ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer koordinerte og helhetlige behandlingsforløp er lite utbredt. Det er også langt flere behandlere som opplever at dette virkemidlet bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp enn individuell plan og koordinator. Forløpskoordinator, et nytt virkemiddel som har kommet gjennom pakkeforløpene, fungerer foreløpig ikke slik det skal.

12.5 Regelen om at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd

Fra 2014 har Stortinget lagt til grunn at de regionale helseforetakene skal prioritere psykisk helse og rusbehandling over somatiske helsetjenester. Dette kalles for prioriteringsregelen eller den gylne regel. Den gylne regel innebærer at den relative veksten i psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn den relative veksten i somatikken, og den måles i kostnader, aktivitet og ventetid. Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp måloppnåelsen gjennom de regionale helseforetakenes rapportering i de årlige meldingene og gjennom foretaksmøtene med de regionale helseforetakene.

Undersøkelsen viser at ingen av de regionale helseforetakene har nådd målene for alle indikatorene eller for alle tjenesteområdene hvert år. Somatikken har hatt den største prosentvise økningen fra 2015 til 2019 målt i både kostnader og aktivitet. Ventetidene i psykisk helsevern for voksne og TSB har blitt redusert mer enn i somatikken, mens ventetidene for barn og unge ikke har blitt redusert like mye som ventetidene i somatikken.

Den manglende måloppnåelsen for den gylne regel kan først og fremst forklares med at psykisk helsevern i løpet av budsjettåret blir nedprioritert til fordel for somatikken. I tillegg har ikke de regionale helseforetakene greid å sørge for å ha nok bemanning. 60 prosent av poliklinikkene i psykisk helsevern har ubesatte stillinger som skyldes rekrutteringsutfordringer. Mangel på ansatte påvirker aktivitet, ventetider og kostnader.

Det er også flere måle- og rapporteringsutfordringer knyttet til den gylne regel. For eksempel kan økte kostnader i psykisk helsevern være et resultat av at det regionale helseforetaket må leie inn behandlere til ubesatte stillinger. En økning i kostnader til innleie innebærer ikke nødvendigvis at psykisk helsevern er blitt prioritert.

Formålet med den gylne regel er at psykisk helsevern skal bli prioritert. Selv om det har vært et styringskrav i en årrekke, viser undersøkelsen at målet ikke nås. Vi ser det som positivt at departementet skal sette i gang et arbeid for å vurdere innretningen på prioriteringsregelen, og konstaterer at dagens oppfølging av den gylne regel ikke er tilstrekkelig til at de regionale helseforetakene når målet om at psykisk helsevern skal prioriteres.

12.6 Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukermedvirkning og pårørendeinvolvering

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Undersøkelsen viser at nesten alle behandlerne i BUP lager behandlingsplan sammen med ungdommen, og at det å få en god relasjon og involvere ungdommen i planleggingen og gjennomføringen av behandlingen er en forutsetning for å lykkes.

Beslutninger om hvilken behandlingsmetode som skal benyttes, bør skje gjennom samvalg, det vil si at pasienten får støtte til å vurdere ulike behandlingsmetoder ut fra beste tilgjengelige kunnskap om effekten av samt fordelene og ulempene ved metodene. Undersøkelsen viser imidlertid at få behandlere har fått opplæring i samvalg, og at det kun er ett samvalgsverktøy tilgjengelig innenfor psykisk helse, og det er samvalgsverktøyet for psykose.

For å sikre ønsket behandlingsutbytte og individuell tilpasning av behandlingen bør behandlere innhente tilbakemeldinger (evalueringer) fra den enkelte pasient underveis i behandlingsforløpet. Det går fram både av *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (2008) og pakkeforløpet for barn og unge at behandlere i BUP regelmessig bør innhente tilbakemeldinger fra pasient og foresatte om hvordan behandlingen virker. Undersøkelsen viser at de fleste behandlerne gjennomfører evalueringer ved å spørre hvordan pasienten opplever behandlingen. Rundt to tredeler av behandlerne i BUP bruker strukturerte verktøy for å måle endringer i funksjons- og/eller symptomnivå hos pasientene i løpet av behandlingsforløpet, men undersøkelsen viser at mange av disse behandlerne stiller seg tvilende til om verktøyet gir et pålitelig svar på om behandlingen virker. Nesten ingen behandlere i BUP benytter klient- og resultatstyrt praksis (KOR), som ifølge Helsedirektoratet er den best dokumenterte metoden for å innhente systematiske tilbakemeldinger fra pasienter, og som direktoratet anbefaler at tjenestene bruker.

Brukermedvirkning er også viktig i arbeidet med å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Etter helseforetaksloven og helse- og omsorgstjenesteloven skal kommuner og helseforetak ha systemer for å hente inn pasienters/brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter på flere nivåer og gjøre bruk av disse erfaringene i forbedringsarbeidet. Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienters, brukeres og pårørendes erfaringer på systemnivå, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Undersøkelsen viser at kommunene varierer med hensyn til hva de gjør for å innhente informasjon om hvordan barn og unge med psykiske plager og lidelser og deres pårørende opplever behandlingen de har fått. Drøyt halvparten av kommunene benytter brukerutvalg eller ungdomsråd, mens én av fem kommuner ikke innhenter noe informasjon fra barn og unge. Også poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge varierer med hensyn til hva de gjør for å innhente denne typen informasjon. Tre av fire poliklinikker bruker

brukerutvalg eller ungdomsråd til å innhente slik informasjon, mens én av ti poliklinikker ikke innhenter noe informasjon fra pasienter eller pårørende. Under halvparten av behandlerne i BUP opplever at poliklinikken har en kultur der tilbakemeldinger fra pasienter og foresatte brukes til å forbedre tjenestene.

Undersøkelsen viser videre at 65 prosent av kommunene og rundt halvparten av poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge ikke innhenter informasjon gjennom brukerundersøkelser til pasienter. Når det gjelder pårørendeundersøkelser er det hele 92 prosent av kommunene og 46 prosent av poliklinikkene som ikke gjennomfører slike undersøkelser. Etter vår vurdering går mange kommuner, poliklinikker og behandlere glipp av viktig informasjon om virkningen av ulike behandlingsmetoder og om innretningen på tjenestetilbudet når pasienter og pårørende ikke systematisk bes om å dele sine erfaringer om behandlingen og si sin mening om tjenestene.

12.7 Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok

Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og poliklinikkene i psykisk helsevern har forskning som én av sine hovedoppgaver. Undersøkelsen viser at det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget om behandlingen av psykiske lidelser fortsatt er mangelfullt, og at det for flere psykiske lidelser mangler kunnskap om hvilken type behandling som har effekt. Sett i lys av at forskning er en av hovedoppgavene til poliklinikkene, er det få poliklinikker i psykisk helsevern som forsker på effekten av behandlingsmetoder. Den begrensede forskningsinnsatsen illustreres også av at 60 prosent av kommunene ikke har medvirket i forskningsprosjekter innenfor psykisk helse eller rus.

Behandling i kommunene og psykisk helsevern bør utføres i tråd med kunnskapsbasert praksis, det vil si å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.

Nasjonale pasienterfæringsundersøkelser (PasOpp), som gjennomføres av Folkehelseinstituttet, skal brukes i arbeidet med å sikre god kvalitet i tjenestene. Undersøkelsen viser imidlertid at det kun har blitt gjennomført PasOpp-undersøkelser for noen utvalgte tjenesteområder, og at undersøkelsene på hvert område kun har blitt gjennomført én eller to ganger de siste fem årene. Undersøkelsen viser videre at erfaringer fra barn og unge ikke er inkludert i noen av PasOpp-undersøkelsene. Vi har merket oss at Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å lage en femårig plan for nasjonale PasOpp-undersøkelser og et system for løpende PasOpp-undersøkelser av pasienters erfaringer med døgnopphold i henholdsvis psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Medisinske kvalitetsregistre opprettes for å dokumentere behandlingsresultater for bestemte pasientgrupper, og et av hovedformålene med å opprette medisinske kvalitetsregistre er at data skal benyttes til kvalitetsforbedringsarbeid. Innenfor fagområdet psykisk helse har de regionale helseforetakene kun opprettet ett register, og dette er Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser. Det vil si at det kun er for pasienter med spiseforstyrrelser det finnes et register som systematisk innhenter data om behandlingsresultater, og som kan brukes til evaluering og forbedringsarbeid i helseforetakene. Undersøkelsen viser videre at det kvalitetsregistret som er opprettet, er så nytt at data fra registeret foreløpig ikke kan brukes til faglig forbedringsarbeid.

Undersøkelsen viser at behandlere i BUP synes det er vanskelig å ha oversikt over hvilke behandlingsmetoder som har dokumentert virkning, og at mange behandlere opplever at det er utfordrende å holde seg oppdatert om de siste behandlingsmetodene som er utviklet. Det kan bety at mange behandlere i psykisk helsevern for barn og unge benytter behandlingsmetoder som har et for svakt kunnskapsgrunnlag, og som dermed er usikre når det gjelder virkning. Etter vår vurdering er det krevende for kommuner og psykisk helsevern å sikre kunnskapsbasert praksis når viktig kunnskap om effekten av behandlingsmetoder mangler.

12.8 Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring

Alle som yter helse- og omsorgstjenester, skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, prøve ut tiltak og justere arbeidet til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Den som har det overordnede

ansvaret for en virksomhet, skal sørge for at det etableres systemer for å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap både i og utenfor egen virksomhet.

Virksomhetene kan innhente informasjon på flere ulike måter, men evalueringer er en sentral informasjonskilde i forbedringsarbeidet. Undersøkelsen viser at rundt 25 prosent av kommunene ikke har evaluert tjenestene til voksne med psykiske plager og lidelser i løpet av de siste tre årene. 30 prosent av kommunene har ikke evaluert tjenestene til barn og unge, og 40 prosent har ikke evaluert tjenestene til ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer. Klager, avvik og/eller uønskede hendelser kan også benyttes som utgangspunkt for læring og forbedring. Bare hver fjerde kommune oppgir at de har gjennomført analyser av klager, avvik og/eller uønskede hendelser i pasientsaker i løpet av de siste tre årene. Etter vår vurdering er det mange kommuner som ikke utnytter sentrale informasjonskilder som kunne blitt benyttet som grunnlag for å heve kvaliteten på de kommunale tjenestene til personer med psykiske plager og lidelser.

Undersøkelsen viser videre at 15 prosent av kommunene verken samler inn informasjon om hvordan barn og unge opplever behandlingen, analyserer klager, avvik og/eller uønskede hendelser eller evaluerer tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Disse kommunene har etter vår vurdering et for dårlig informasjonsgrunnlag til at de kan arbeide systematisk med kvalitetsforbedring av helsetjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Rundt 20 prosent av lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne og 40 prosent av lederne for poliklinikkene for barn og unge opplyser at verken de eller helseforetaket har gjennomført analyser av klager, avvik og/eller uønskede hendelser i pasientsaker i løpet av de siste tre årene. Videre viser undersøkelsen at én av fire ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for voksne og én av tre ledere for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge mener at helseforetaket i liten grad har et avviks- og meldesystem som resulterer i læring og forbedring.

Virksomheten skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring samt sørge for at de har nødvendig kompetanse og kunnskap om det aktuelle fagområdet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Nesten 80 prosent av lederne svarer ja på spørsmålet om det er noen former for kompetanse som poliklinikken mangler for å kunne gi barne- og ungdomspopulasjonen gode helsetjenester. Samtidig mener nesten 70 prosent av behandlerne at de ikke har nok tid til å utvikle seg faglig. Av de behandlerne som utvikler seg faglig, opplyser nesten 70 prosent at de i hovedsak selv bestemmer hvilke områder de skal utvikle seg på. Det vil si at mange ledere lar det være opp til den enkelte behandler å beslutte i hvilken retning de skal utvikle seg faglig. Det er med andre ord ikke poliklinikkens samlede kompetansebehov som er styrende for kompetanseutviklingen.

Undersøkelsen viser at flertallet av lederne ved poliklinikkene mener at helseforetakene har stor oppmerksomhet på ventetider og inntjeningskrav i styringen av poliklinikken. Långt færre ledere opplever at helseforetakene har stor oppmerksomhet på effekten av behandlingen som gis. Videre er det mange ledere for poliklinikker i psykisk helsevern som mener at helseforetaket de arbeider ved, i liten grad sørger for at de har gode nok verktøy til å styre den faglige virksomheten ved poliklinikken. Etter vår vurdering indikerer dette at det er mulig å legge bedre til rette for styringen av den faglige virksomheten og å legge større vekt på at behandlingen som gis, skal virke.

12.9 De sentrale statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte

12.9.1 Mange i tjenestene savner nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innenfor psykisk helse, og eksisterende retningslinjer og veiledere oppdateres sjelden

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at statlige myndigheter har gjort et omfattende arbeid med å utarbeide retningslinjer på området psykisk helse og rus de siste ti årene. Departementet framhever at det er større faglig uenighet om hva som er god og riktig behandling innenfor psykisk helse enn innenfor andre fagområder. Videre er det mer krevende å lage retningslinjer på dette området enn på det somatiske, blant annet fordi det for flere av de mest utbredte lidelsene, som angst og depresjon, er flere tilnærminger som kan ha effekt.

Undersøkelsen viser at mange av lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge og voksne savner nasjonale faglige retningslinjer og/eller veiledere på enkelte områder. Andelen i

kommunehelsetjenesten som savner slike normerende produkter, er litt mindre. Behandlere og ledere i BUP og ledere for poliklinikker for psykisk helsevern for voksne savner spesielt nasjonale faglige retningslinjer og/eller veiledere som omhandler traumelidelser, spedbarns- og småbarnsarbeid og rusbehandling av unge. Blant kommunene er det flere som savner nasjonale faglige retningslinjer og/eller veiledere som handler om ungdom og rusbruk.

Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Vår gjennomgang viser at det høsten 2020 totalt sett finnes 13 nasjonale faglige retningslinjer og 12 nasjonale veiledere innenfor fagområdet psykisk helse. Undersøkelsen viser videre at 14 av disse retningslinjene og veilederne er utarbeidet i 2015 eller tidligere, og at kun 3 av disse er oppdatert. Dette vil si at 11 nasjonale faglige retningslinjer eller veiledere ikke har blitt oppdatert når det gjelder kunnskapsutvikling, endringer i organisering eller regelverksendringer. I og med at det er krevende å utarbeide retningslinjer og veiledere i psykisk helsevern, er det etter vår vurdering ekstra viktig at Helsedirektoratet sørger for at nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er oppdaterte der de finnes.

12.9.2 De nasjonale kvalitetsindikatorene gir ikke kunnskap om hvorvidt behandlingen virker, og omfatter i liten grad kommunenes tjenester

Nasjonale kvalitetsindikatorer skal også brukes i arbeidet med å sikre god kvalitet i tjenestene. Høsten 2020 er det tolv kvalitetsindikatorer som belyser tjenestene til voksne med psykiske lidelser, mens sju kvalitetsindikatorer belyser tjenestetilbudet til barn og unge. Undersøkelsen viser at ingen av kvalitetsindikatorene måler om behandlingen som gis, virker. Blant kvalitetsindikatorene for voksne er det én som omhandler kommunehelsetjenesten, mens det ikke er utviklet noen kvalitetsindikatorer for barn og unge som omhandler kommunehelsetjenesten.

Etter vår vurdering gir kvalitetsindikatorene for lite informasjon om viktige kvalitetsdimensjoner, og de kan i begrenset grad gi kommunene eller poliklinikkene i psykisk helsevern et informasjonsgrunnlag som kan hjelpe dem i arbeidet med å utvikle tjenester av god kvalitet.

13 Referanseliste

Lover og forskrifter

- LOV-1999-07-02-61 *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven).
- LOV-1999-07-02-62 *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (psykisk helsevernloven).
- LOV-1999-07-02-63 *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven).
- LOV-1999-07-02-64 *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven).
- LOV-2001-06-15-93 *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven).
- LOV-2011-06-24-30 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven).
- FOR-2000-12-01-1208 *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* (prioriteringsforskriften).
- FOR-2011-12-16-1256 *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (forskrift om habilitering og rehabilitering).
- FOR-2015-03-20-231 *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (akuttmedisinforskriften).
- FOR-2015-11-13-1287 *Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud* (forskrift om øyeblikkelig hjelp døgntilbud).
- FOR-2016-10-28-1250 *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten).
- FOR-2019-03-01-168 *Forskrift om pasientjournal* (pasientjournalforskriften).

Stortingsdokumenter

Innstillinger

- Innst. 424 L (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Innst. 270 S (2011–2012) *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om stat og kommune – styring og samspel.*
- Innst. 250 S (2012–2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om god kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.*
- Innst. 40 S (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*
- Innst. 217 S (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om kvalitet og pasientsikkerhet 2014.*
- Innst. 11 S (2017–2018) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2018, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15).*
- Innst. 11 S (2018–2019) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2018, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15).*
- Innst. 255 S (2019–2020) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.*

Proposisjoner

- Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- St.prp. nr. 1 (2006–2007) *Særtrykk av kapittel 6: Nasjonal helseplan (2007–2010).* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
- Prop. 1 S (2012–2013) *For budsjettåret 2013.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2015–2016) *For budsjettåret 2016.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 99 L (2015–2016) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister).*
- Prop. 1 S (2016–2017) *For budsjettåret 2017.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2017–2018) *For budsjettåret 2018.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2018–2019) *For budsjettåret 2019.* Helse- og omsorgsdepartementet.

- Prop. 121 S (2018–2019) *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*.
- Prop. 1 S (2019–2020) *For budsjettåret 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2020–2021) *For budsjettåret 2021*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Meldinger

- Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel*.
- Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*.
- Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.
- Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.
- Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*.
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)*.

Reglement og rundskriv

- *Reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet). Fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 23. september 2019
- *Bestemmelser om økonomistyring i staten* (bestemmelser om økonomistyring i staten). Fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 23. september 2019.
- Rundskriv IS-5/2013 *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*.
- Rundskriv IS-8/2015 *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*.
- Rundskriv IS-11/2015 *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste*.
- Rundskriv IK-44/89 *Nytt avdelingskodeverk for helseinstitusjoner*.

Strategier, veiledere, nasjonale veiledere, nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp

- Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten...Og bedre skal det bli! (2005–2015)*.
- Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. IS-1570.
- Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*.
- Helsedirektoratet (2012) *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*.
- Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*.
- Helsedirektoratet (2015) *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge*.
- Helsedirektoratet (2015) *Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. [Sist faglig oppdatert: 6. oktober 2016].
- Helsedirektoratet (2015) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. [Sist faglig oppdatert: 2. desember 2020].
- Helsedirektoratet (2016) *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.
- Helsedirektoratet (2016) *Oppretting og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre*. IS-2526.
- Departementene (2017) *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*.
- Helsedirektoratet (2017) *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. [Sist faglig oppdatert: 11. februar 2019].
- Helsedirektoratet (2017) *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. [Sist faglig oppdatert: 28. januar 2019].
- Helsedirektoratet (2017) *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. [Sist faglig oppdatert: 29. oktober 2018].
- Helsedirektoratet (2018) *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge* [sist faglig oppdatert 29. september 2020].
- Helsedirektoratet (2020) *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge*.

Styringsdokumenter

- Helse- og omsorgsdepartementet (2014–2020) *Oppdragsdokument til de regionale helseforetakene*.
- De regionale helseforetakene (2015–2019) *Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Helse- og omsorgsdepartementet *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2020*.
- Helsedirektoratet (2015–2019) *Årsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Helsedirektoratet (2020) *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) – Årsrapport 2019*. IS-2901.

Rapporter og utredninger

- NOU (2008: 2) *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*.
- Folkehelseinstituttet (2009) *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8.
- Verdens helseorganisasjon (2013) *Mental Health Action Plan 2013–2020*.
- Folkehelseinstituttet (2014) *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. Rapport 2014:4.
- Verdens helseorganisasjon og Calouste Gulbenkian Foundation (2014) *Social determinants of mental health*. Geneva: Verdens helseorganisasjon.
- Helsedirektoratet (2015) *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. Rapport. IS-2314.
- SINTEF (2015) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. IS-24/8.
- SINTEF (2016) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. IS-24/8.
- Helsedirektoratet (2017) *Poliklinisk og ambulant personell i det psykiske helsevernet 2016*. Rapport
- SINTEF (2017) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2017: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. IS-24/8.
- Thorsen, Olav (2017) *General Practitioners' Referrals to Specialist Health Services*. Ph.d.-avhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Folkehelseinstituttet (2018) *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt*.
- Folkehelseinstituttet (2018) *Psykisk helse i Norge*.
- Helsedirektoratet (2018) *Aktivitetsdata for avtalespesialister* [sist faglig oppdatert 19. mars 2021].
- Helsedirektoratet (2018) *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten*. Rapport. IS-2690.
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (2018) *Plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre*. Rapport.
- SINTEF (2018) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. IS-24/8.
- Helsedirektoratet (2019) *Innsatsstyrt finansiering 2020 – regelverk* [sist faglig oppdatert 18. desember 2020].
- Helsedirektoratet (2019) *Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014-2018*. SAMDATA spesialisthelsetjenesten. Rapport. IS-2850.
- Helsetilsynet (2019) *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse*. Rapport 7/2019.
- NIFU (2019) *Kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge*. NIFU-rapport 2019:4.
- SINTEF (2019) *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. IS-24/8.
- Barneombudet (2020) *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*.
- Helsedirektoratet (2020) *Kostnader i spesialisthelsetjenesten*. Rapport. IS-2949.
- Helsedirektoratet (2020) *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kvalitet*. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2019. Rapport. IS-2957
- Helsedirektoratet (2020) *Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019*. SAMDATA spesialisthelsetjenesten. Rapport. IS-2952.
- Helsedirektoratet (2020) *Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Status 2019*. SAMDATA kommune. IS-2941.
- Helse Førde (2020) *Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling*. Helse Førde HF rapport nr. 1 2020.

- Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis) (2020) *Årsrapport for 2019 med plan for forbedringstiltak*.

Internettsider og nettdokumenter

- CRISTIN: *Om Cristin*.
<https://www.cristin.no/om-cristin/> [Hentedato 14.04.2021]
- Den norske legeforening: *Normaltariff for avtalespesialister 2019–2020*.
<https://normaltariffen.legeforeningen.no/asset/pdf/Avtalespesialister-2019-2020.pdf> [Hentedato 15.09.2020]
- Den norske legeforening: *Normaltariff for fastleger og legevakt 2019–2020*.
<https://normaltariffen.legeforeningen.no/asset/pdf/Fastlegetariffen-2019-2020.pdf> [Hentedato 15.09.2020]
- Direktoratet for e-helse: *Definisjonskatalog for helsetjenesten*.
<https://volven.no/begrep.asp?id=436&catID=12> [Hentedato 29.10.2020]
- Direktoratet for e-helse: *ICD-10*.
<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/1/0/-1> [Hentedato 15.09.2020]
- Forskningsrådet: *Prosjektbanken*.
<https://prosjektbanken.forskningsradet.no> [Hentedato 15.04.2021]
- Helfo: *Helfos organisasjon*.
<https://www.helfo.no/om-helfo/helfos-organisasjon> [Hentedato 27.01.2021]
- Helsebiblioteket: *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> [Hentedato 15.12.2020]
- Helsebiblioteket: *Organisering og finansiering*.
<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/organisering-og-finansiering> [Hentedato 17.11.2020]
- Helsebiblioteket: *Samvalg*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/anvende/samvalg> [Hentedato 15.12.2020]
- Helsedata: *Norsk pasientregister (NPR)*.
<https://helsedata.no/no/forvaltere/helsedirektoratet/norsk-pasientregister/> [Hentedato 27.01.2021]
- Helsedirektoratet (2017): *Brukermedvirkning*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning> [Hentedato 10.10.2020]
- Helsedirektoratet: *Dashboard - Poliklinisk og ambulant personell i psykisk helsevern (PHV)*.
<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/e65034cf-6170-4b78-9683-d6d00dbaea83?e=false&vo=viewonly> [Hentedato 18.11.2020]
- Helsedirektoratet: *Dashboard - Aktivitet og profiler i somatikken*.
<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/fe5a4827-aebb-4339-9d2f-e1b10643dfd?e=false&vo=viewonly> [Hentedato 28.09.2020]
- Helsedirektoratet: *Dashboard - Bruk av tjenester i psykisk helsevern*.
<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/3e40d578-9adb-4f10-bad5-e0d817dc27aa?e=false&vo=viewonly> [Hentedato 28.09.2020]
- Helsedirektoratet (2017): *Kompetansesentre og kompetansetjenester*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/kompetansebehov-og-kompetanseplanlegging/kompetansesentre-og-kompetansetjenester#referere> [Hentedato 21.04.2021] [Sist faglig oppdatert 01.02.2018]
- Helsedirektoratet: *KUHR-databasen*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kuhr> [Hentedato 27.02.2021]
- Helsedirektoratet: *Motiverende intervju som metode*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode> [Hentedato 15.04.2021]
- Helsedirektoratet: *Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)*.
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer> [Hentedato 02.07.2020]
- Helsedirektoratet (2019): *Om Helsedirektoratets normerende produkter* [nettdokument].
<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter> [Hentedato 25.10.2020]
- Helsedirektoratet: *Pakkeforløp for psykisk helse*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse> [Hentedato 02.12.2020]

- Helsedirektoratet: *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Oppgaver og roller*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/ulike-tjenesteniva-pa-rusfeltet-oppgaver-roller-og-sentrale-prinsipper/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-oppgaver-og-roller> [Hentedato 24.03.2021]
- Helsedirektoratet (2019) *Ventetider og pasientrettigheter, per måned*.
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter> [Hentedato 29.09.2020]
- Helsenorge: *Mitt valg*.
<https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/verktoy/psykose/mitt-valg> [Hentedato 13.10.2020]
- KommuneNet.no (2019): *Brukerplan - et nyttig verktøy for kommunene*.
<http://www.kommuneNet.no/Aktuelt/BRUKERPLAN--et-nyttig-verktoy-for-kommunene/>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA): *Feedback-informerte tjenester*.
<https://www.napha.no/fit/> [Hentedato 14.04.2021]
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging: *Dialektisk atferdsterapi (DBT)*.
<https://dbt.no/om-dbt/> [Hentedato 02.12.2020]
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre: *Registeroversikt*.
https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt?f%5B0%5D=field_category%3A53 [Hentedato 23.11.2020]
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre: *Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis)*.
<https://www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-kvalitetsregister-behandling-av-spiseforstyrrelser-norspis> [14.04.2021]
- NORCE: *Noen psykiske problemer er særlig knyttet til rusproblemer hos ungdom*.
<https://www.norceresearch.no/nyheter/noen-psykiske-problemer-er-saerlig-knyttet-til-rusproblemer-hos-ungdom> [Hentedato 27.10.2020]
- Norsk forening for kognitiv terapi: *Kognitiv terapi*.
<https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/> [Hentedato 15.04.2021]
- Nye Metoder: *Hvorfor har vi nye metoder?*
<https://nyemetoder.no/om-systemet/bakgrunn-hvorfor-har-vi-nye-metoder> [Hentedato 21.10.2020]
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse - Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør): *Oppslagsverk for barn og unges psykiske helse: oppsummert forskning om effekt av tiltak*.
<https://buphandboka.r-bup.no/no> [Hentedato 15.04.2021]
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse - Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør): *IN SUM Database for systematiske oversikter om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse og velferd*.
<https://insum.r-bup.no/no#> [Hentedato 15.04.2021]
- Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord): *Om ungsinn*.
<https://ungsinn.no/om-ungsinn/> [Hentedato 15.04.2021]
- Regjeringen: *Nye pakkeforløp for psykisk helse og rus: Bedre behandling og mer forutsigbarhet*.
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-pakkeforloepene-for-psykisk-helse-og-rus-bedre-behandling-og-mer-forutsigbarhet/id2610736/> [Hentedato 01.09.2020]
- Statistisk sentralbyrå (2020): *Spesialisthelsetjenesten*.
<https://www.ssb.no/speshelse> [Hentedato 15.03.2021]
- Statistisk sentralbyrå: *Standard for klassifisering av kommuner etter innbyggertall*.
<https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/115> [Hentedato 05.01.2021]
- Statistisk sentralbyrå: *Variabeldefinisjoner*.
<https://www.ssb.no/a/metadata/definisjoner/variabler/main.html#D> [Hentedato 29.10.2020]
- Statsforvalteren: *Psykisk helse og rus*.
<https://www.statsforvalteren.no/nb/portal/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Psykisk-helse-og-rus/> [12.01.2021]
- Store medisinske leksikon: *Poliklinikk*.
<https://sml.snl.no/poliklinikk> [Hentedato 27.01.2021]
- Sykehuset Østfold: *Psykoedukasjon*.
<https://sykehuset-ostfold.no/behandling/psykoedukasjon> [Hentedato 15.04.2021]

Andre kilder

- Helsedirektoratet (2019) *Notat om Aktivitetsutvikling innen psykisk helsevern og TSB - ISF 2018*. Internt notat.
- Helsedirektoratet (2020) *Aktivitetsutvikling ISF 2019: Psykisk helsevern og TSB*. Internt notat.
- Interregional styringsgruppe for medisinske kvalitetsregistre (2019) *Nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og rusbehandling*. Saksframlegg til sak nr. 10/2019. Møtedato: 20.03.2019.
- Interregional styringsgruppe for medisinske kvalitetsregistre (2019) *Nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen psykisk helsevern og rusbehandling*. Saksframlegg til sak nr. 28/2019. Møtedato: 11.09.2019.
- Norsk psykologforening (2019) *Takstrundskrivet 2019*.
- Statistisk sentralbyrå: Statistikkbanken tabell 07459.
- Statistisk sentralbyrå: Statistikkbanken tabell 10826.

14 Vedlegg

- 14.1 Takster benyttet for å definere konsultasjonene
- 14.2 Identifisering av ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
- 14.3 Forbehold ved KUHR-aktivitetstall
- 14.4 Variasjon i pasienter og kontakter hos fastlege/legevakt og poliklinikker

14.1 Takster benyttet for å definere konsultasjonene

En konsultasjon hos fastlege eller legevakt er definert ut fra takstene: 2AD, 2AE, 2AK, 2ED, 2FK.¹⁷⁷

Tabell 11 Oversikt over takster som brukes for å definere konsultasjoner hos fastlege/legevakt

Takst	Forklaring
2AD	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege
2AE	E-konsultasjon hos fastlege
2AK	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege
2ED	Gruppebehandling per pasient for veiledning, instruksjon i egenbehandling og bygging av selvhjelpsnettverk innen en gruppe av pasienter med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger.
2FK	Konsultasjon og tillegg for utrykning til kontor ved øyeblikkelig hjelp under legevakt når skyssmiddel er benyttet, for første pasient.

Kilde: Den norske legeforening: *Normaltariff for fastleger og legevakt 2019–2020* [nettdokument]

Ved å bruke denne definisjonen ekskluderer vi enkle pasientkontakter og kontakter i forbindelse med administrativt arbeid og samarbeid med andre aktører i primærhelsetjenesten.

Videre er alle konsultasjoner med en ICPC-diagnosekode for psykisk helse inkludert i undersøkelsen, og de er inkludert uavhengig av i hvilken rekkefølge diagnosene er registrert. ICPC er den internasjonale klassifikasjonen av diagnosekoder for kommunehelsetjenesten. Følgende koder er med i undersøkelsen: ICPC koder P01-P29 (unntatt P26) og P70-P99.

Tabell 12 viser hvilke takster som er brukt til å definere en konsultasjon hos avtalespesialister i KUHR-systemet.

Tabell 12 Oversikt over takster som brukes for å definere konsultasjoner hos avtalespesialister

	Takst	Forklaring
Psykiatri	621a-d	Psykoterapi
	622a	Gruppeterapi
	623a-d	Psykoterapeutisk familiearbeid
Psykologi	10a-d + f	Utreddende undersøkelse/samtale
	21a-i	Psykoterapi av barn
	22a-f	Psykoterapi av voksne
	23a-f	Psykoterapeutisk familiearbeid
	24a + c	Gruppeterapi av voksne
	25a-f	Nevropsykologisk behandling
	28a + c	Gruppeterapi av barn

Kilde: Den norske legeforening: *Normaltariff for avtalespesialister 2019–2020* [nettdokument] og Norsk psykologforening (2019) *Takstrundskrivet 2019*

Undersøkelsen inkluderer alle konsultasjoner hvor det er registrert en ICD-10-diagnosekode for psykisk helse. ICD-10 er den internasjonale klassifikasjonen av diagnosekoder for spesialisthelsetjenesten. Følgende koder er med i uttrekket: ICPC koder F00-F99.

¹⁷⁷ Den norske legeforening: *Normaltariff for fastleger og legevakt 2019–2020* [nettdokument].

14.2 Identifisering av ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer

Tabell 13 gir en oversikt over ICD-10-koder som er brukt til å identifisere antall ungdom med samtidige lidelser. Listen med aktuelle koder er utformet i samarbeid med overleger og seksjonsledere ved tre ulike BUP-er.

Tabell 13 Oversikt over ICD-10-koder som brukes til å identifisere antall ungdom med samtidige lidelser

	ICD-10-koder	Forklaring
Psykisk helse-koder:	F00-F99	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
Ruskoder:	R78.0–R78.9	Funn av legemidler og andre stoffer som vanligvis ikke finnes i blod
	T4n	Forgiftning med terapeutiske legemidler og biologiske substanser
	T51.0	Toksisk virkning av alkohol(etanol)
	X6n	Villet egenskade
	Y49	Narkotiske og psykotrope stoffer som ikke er klassifisert som legemidler, som årsak til bivirkning eller annen uønsket virkning
	Y91.0–Y91.9	Alkoholpåvirkning bedømt ved klinisk undersøkelse
	Z72.1 Z72.2	Kontakt med helsetjenesten på grunn av problemer i forbindelse med levevaner 1. Alkoholbruk 2. Legemiddelbruk
	Z81.1 Z81.3 Z81.4	Opplysning om alkoholmisbruk i familieanamnesen, Opplysning om misbruk av andre psykoaktive stoffer i familieanamnesen Opplysning om misbruk av andre stoffer i familieanamnesen

Kilde: Direktoratet for e-helse: *ICD-10* [nettdokument]

14.3 Forbehold ved KUHR-aktivitetstall

I KUHR-datasettet for 2019 er det 42 kommuner som er registrert med kommunenummeret for 2020. Ettersom dette er kommuner som besto av to eller flere kommuner i 2019, er det ikke mulig å vite hvilke kommuner de tilhørte i 2019. Disse observasjonene er slettet, da de ikke kan kobles til data om folketall fra Statistisk sentralbyrå for 2019. Dette gjelder 135 826 kontakter og 26 654 pasienter (hvorav 2333 er barn, og 24 321 er voksne). Observasjonene og pasientene som er slettet, utgjør omtrent 0,6 prosent av alle kontaktene og 4 prosent av alle pasientene.

14.4 Variasjon i pasienter og kontakter hos fastlege/legevakt og poliklinikker

For å beregne i hvilken grad det er geografisk variasjon i tilbudet eller forbruket av helsetjenester, har vi brukt ulike statistiske mål på variasjon:

Forholdstallet mellom høyeste og laveste verdi: Vi har kommet frem til forholdstallet ved å beregne hvor mye større den høyeste verdien er enn den laveste i prosent. Forholdstall sier om noe ytterpunktene og dermed hvor stor forskjellen er mellom verdiene som ligger ytterst, men de sier ingenting om i hvilken grad de andre verdiene også er langt fra hverandre.

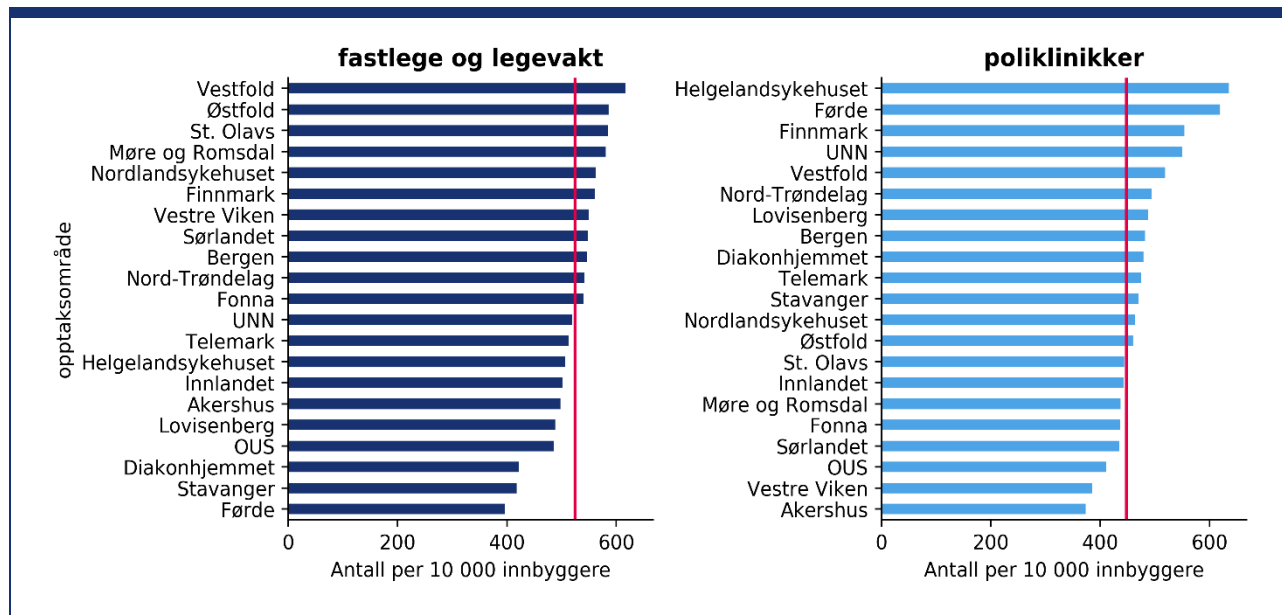
Standardavviket: Standardavviket måler den gjennomsnittlige avstanden i verdiene fra gjennomsnittet. Et lavt standardavvik har flere verdier nærmere gjennomsnittet enn et høyt standardavvik.

Variasjonskoeffisienten: Variasjonskoeffisienten sier noe om variasjonen målt som standardavvik, men sett i forhold til gjennomsnittet. Den omtales også som det relative standardavviket og beregnes ved å dele standardavviket på gjennomsnittet. Dette gjør det enklere å sammenligne variasjonen mellom ulike variabler, ettersom målet regnes i prosent og ikke er avhengig av størrelsen på standardavviket.

Ginikoeffisienten: Ginikoeffisienten måler hvordan variabelen er fordelt mellom enhetene, og i hvilken grad dette avviker fra en lik fordeling. Måleenheten kan dermed defineres som et mål på ulikhet. Jo lavere verdi ginikoeffisienten har, desto større likhet er det i fordelingen.

Figur 21 viser hvor mange barn og unge per 10 000 innbyggere som har benyttet fastlege/legevakt eller vært hos poliklinikkene i psykisk helsevern barn og unge i 2019.

Figur 21 Variasjon i antall pasienter (0–17 år) per 10 000 innbyggere i 2019 – fastlege/legevakt og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge



Kilde: KUHR og NPR

Forklaring: Pasientratene er fordelt på opptaksområdene til helseforetakene. Den røde vertikale linjen viser gjennomsnittlig antall pasienter nasjonalt.

Figuren viser at det er noe variasjon mellom opptaksområdene i antall pasienter som har vært hos både fastlege/legevakt og poliklinikk for psykisk helsevern for barn og unge. Hvis vi sammenligner ytterpunktene i figuren til venstre, har 55 prosent flere barn og unge i Vestfold hatt en kontakt hos fastlege/legevakt enn barn og unge i Førde.¹⁷⁸ I figuren til høyre har 70 prosent flere barn og unge vært i kontakt med poliklinikkene som er organisert under Helgelandsykehuset, enn med poliklinikkene som er organisert under Akershus.¹⁷⁹

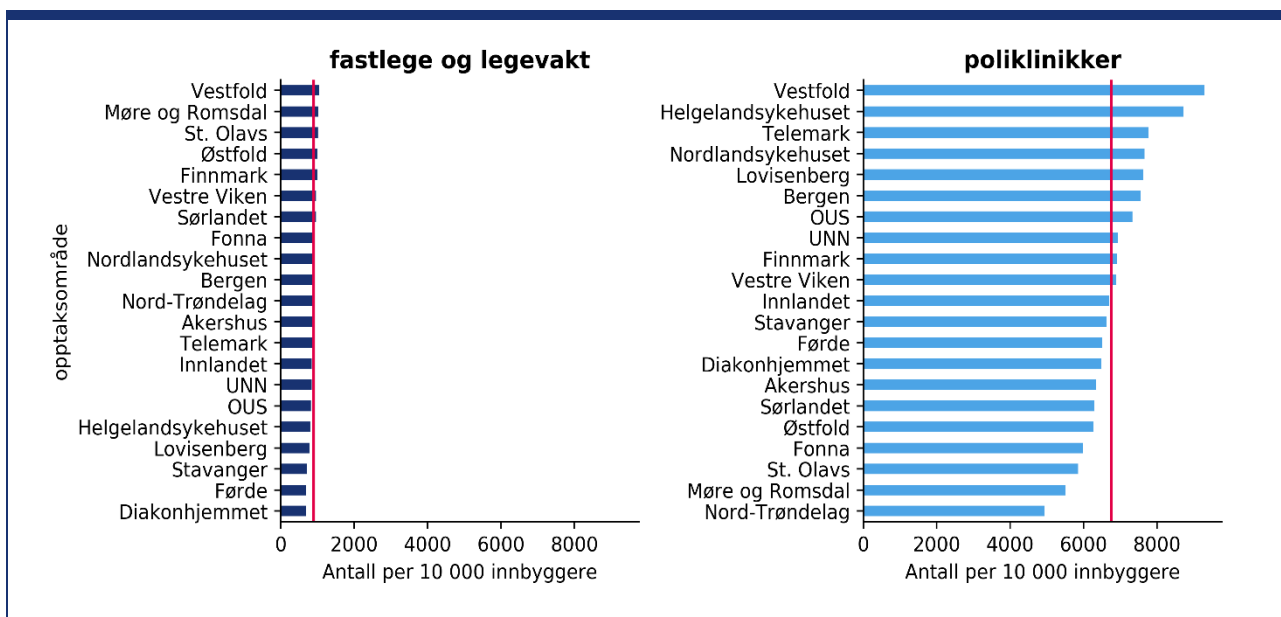
Selv om det er forskjeller mellom ytterpunktene, viser andre statistiske mål for variasjon at det er forholdsvis små forskjeller mellom opptaksområdene sammenlignet med gjennomsnittet. Ginikoeffisienten viser at ulikheten mellom opptaksområdene er på omtrent 7 prosent for psykisk helsevern for barn og unge og 6 prosent for fastleger. Det vil si at omtrent 43 prosent av opptaksområdene har 50 prosent av pasientene.¹

Det er dermed lite variasjon i antall pasienter under 18 år som har fått behandling, og omfanget av variasjonen er omtrent det samme både for fastlege/legevakt og poliklinikkene.

¹⁷⁸ Dette tilsvarer 221 pasienter per 10 000.

¹⁷⁹ Dette tilsvarer 262 flere pasienter per 10 000.

Figur 22 Variasjon i antall kontakter (0–17 år) per 10 000 innbyggere i 2019 – fastlege/legevakt og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge



Kilde: KUHR og NPR

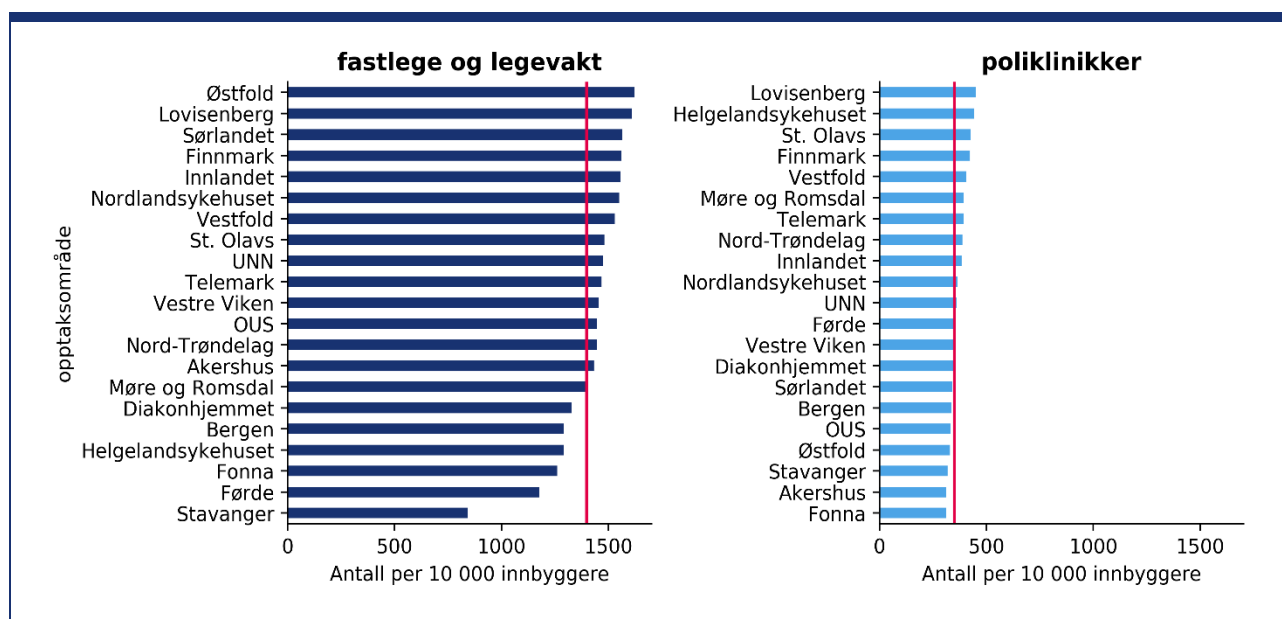
Forklaring til figuren: kontaktratene er fordelt på opptaksområdene til helseforetakene. Den røde vertikale linjen viser gjennomsnittlig antall kontakter nasjonalt.

Det er lite variasjon mellom opptaksområdene i antall kontakter hos fastlege/legevakt¹⁸⁰, men det er noe større variasjon i antall kontakter i poliklinikkene for psykisk helsevern for barn og unge. Samtidig viser andre statistiske mål for variasjon at det er forholdsvis små forskjeller mellom opptaksområdene sammenlignet med gjennomsnittet. Ginikoeffisienten viser at ulikheten mellom opptaksområdene er på omtrent 8 prosent for psykisk helsevern for barn og unge og 7 prosent for fastleger. Det vil si at 42 prosent av opptaksområdene har 50 prosent av pasientene.

Det er litt større variasjon i antall kontakter mellom opptaksområdene enn i antall pasienter.

¹⁸⁰ Barn og unge i Vestfold har hatt 52 prosent flere kontakter hos fastlege/legevakt enn barn og unge i Diakonhjemmet. I PHV-BU har Vestfold 89 prosent flere kontakter enn Nord-Trøndelag.

Figur 23 Variasjon i antall pasienter (18 år +) per 10 000 innbyggere i 2019 – fastlege/legevakt og poliklinikker i psykisk helsevern voksne



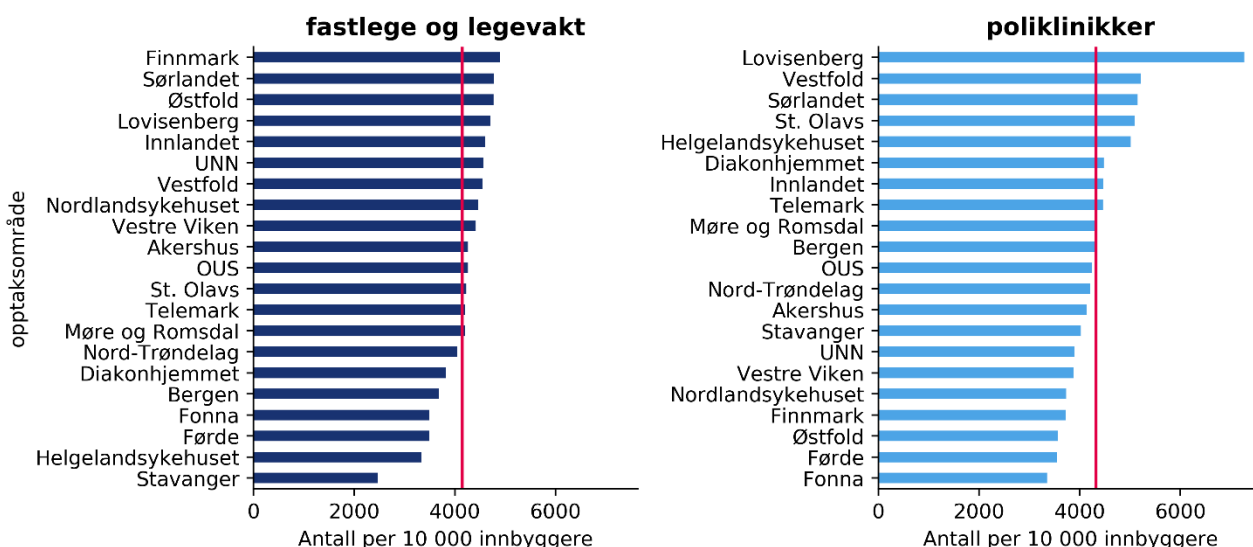
Kilde: KUHR og NPR

Forklaring til figuren: Pasientratene er fordelt på opptaksområdene til helseforetakene. Den røde vertikale linjen viser gjennomsnittlig antall pasienter nasjonalt.

Det er noe variasjon mellom opptaksområdene i antall pasienter som har vært hos fastlege/legevakt. I Østfold har 92 prosent flere voksne hatt en kontakt hos fastlege/legevakt enn voksne i Stavanger. Dette tilsvarer 778 pasienter per 10 000. I poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne har Lovisenberg hatt 40 prosent flere voksne som har vært i kontakt, enn Fonna. Dette tilsvarer 137 flere pasienter per 10 000.

Selv om det er forskjeller mellom ytterpunktene, viser andre statistiske mål for variasjon at det er forholdsvis små forskjeller mellom opptaksområdene sammenlignet med gjennomsnittet. Ginikoeffisienten viser at ulikheten mellom opptaksområdene er på omtrent 6 prosent både for poliklinikkene og fastleger. Det vil si at 44 prosent av opptaksområdene har 50 prosent av pasientene.

Figur 24 Variasjon i antall kontakter (18 år og eldre) per 10 000 innbyggere i 2019 – fastlege/legevakt og poliklinikker i psykisk helsevern voksne



Kilde: KUHR og NPR

Forklaring til figuren: Kontaktratene er fordelt på opptaksområdene til helseforetakene. Den røde vertikale linjen viser antall kontakter nasjonalt.

Det er noe variasjon mellom opptaksområdene i antall kontakter hos fastlege/legevakt. Voksne i Finnmark har hatt 98 prosent flere kontakter hos fastlege/legevakt enn voksne i Stavanger. I PHV har innbyggerne som hører til Lovisenberg, 117 prosent flere kontakter enn innbyggerne som hører til Fonna.

Det er litt større variasjon i antall kontakter mellom opptaksområdene enn i antall pasienter, og variasjonen er større for kontakter i PHV enn kontakter hos fastlegene. Ginikoeffisienten viser at ulikheten mellom opptaksområdene er på omtrent 9 prosent for PHV og 7 prosent for fastlegene. Det vil si at 41 prosent av opptaksområdene har 50 prosent av pasientene.

Tabell 14 viser en oppsummering av variasjonen i antall pasienter og kontakter ut fra de ulike målene.

Tabell 14 Oppsummering av variasjonen i antall pasienter og kontakter

			Forholdstall	Gjennomsnitt (standardavvik)	Variasjonskoeffisient	Ginikoeffisient
Barn og unge	Pasienter	Fastlege/legevakt	55 %	524 (55)	10 %	6 %
		Poliklinikker	70 %	448 (64)	13 %	7 %
	Kontakter	Fastlege/legevakt	52 %	897 (103)	12 %	7 %
		Poliklinikker	89 %	6757 (972)	14 %	8 %
Voksne	Pasienter	Fastlege/legevakt	92 %	1398 (170)	12 %	6 %
		Poliklinikker	40 %	351 (40)	11 %	6 %
	Kontakter	Fastlege/legevakt	98 %	4145 (566)	14 %	7 %
		Poliklinikker	117 %	4323 (814)	19 %	9 %

Kilde: KUHR og NPR