

Opptrappingsplanen for psykisk helse – Utvikling og status for resultatmålene ved starten av opptrappingsplanen

Først publisert: 11. november 2025

Siste faglige endring: 11. november 2025

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	6
3. Hovedindikatorene for resultatmålene og verdi i referanse-/basisår	8
4. Selvrapporterte helseplager blant barn og unge	13
5. Unge som blir uføre på bakgrunn av psykiske plager og lidelser	16
6. Tilgang på lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene	20
7. Vurderingssamtale for barn og unge som henvises til psykisk helsevern	24
8. Ventetid til psykisk helsevern og rusbehandling	30
9. Sengeplasser og døgnkapasitet i psykisk helsevern	36
10. Levealder blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelproblem	43
11. Helsepersonells tid til pasienter, brukere og fagutvikling	46
12. Utviklingstrekk og status for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid	47
13. Utviklingstrekk og status i 2023 for psykisk helsevern	51
14. Utvikling i døgn tjenestene i psykisk helsevern – kapasitet og aktivitet i regionene	56

Sammendrag

I denne rapporten gis det en første beskrivelse av utvikling og status for resultatmålene i opptrappingsplanen for psykisk helse basert på data t.o.m. 2023/2024. I kapittel 1-8 gjennomgås dette for de 8 resultatmålene, som kort oppsummert viser følgende:

For **resultatmål 1 om reduksjon i selvrapporterte psykiske plager for barn og unge** fremkommer det at det har vært et økende nivå på selvrapporterte psykiske plager som depresjon og for angst siden referanseåret i 2014, som målet om 25 prosent reduksjon skal måles opp mot. Utfordringsbildet i oppstartsåret for opptrappingsplanen (2023) er dermed større enn i de foregående årene, noe som tilsier at reduksjonen i selvrapporterte psykiske plager og angst må være sterkere enn måltallet på 25 prosent. Analysen viser videre at de med lavest sosioøkonomisk status skårer høyere på selvrapporterte psykiske plager enn de andre gruppene, både når det gjelder depresjon og angst.

For **resultatmål 2 om reduksjon i andel unge uføre** fokuseres det på kvinner og menn i aldersgruppen 18-29 år som er mottakere av uføretrygd og med bakgrunn i moderate/milde psykiske lidelser. Andelen unge uføre i denne gruppen utgjorde 1,2 prosent av befolkningen i 2023 og dette gjaldt om lag 10250 unge menn og kvinner. Fra 2016 økte antall mottakere med 5100 personer. Veksten i andelen unge uføre var knyttet til første del av perioden, mens utviklingen etter 2019/2020 har flatet ut frem mot 2023.

For unge menn var økningen særlig knyttet til uførhet på grunn av utviklingsforstyrrelser, hyperkinetisk- eller adferdsforstyrrelser. Det var flere unge menn (1,4 prosent) enn unge kvinner (1 prosent) som var mottakere av uføretrygd og det var en høyere andel mottakere i Midt-Norge sammenlignet med i Vest. Bakenforliggende faktorer kan være knyttet til helse, sosiale relasjoner eller problemer i skolen eller en kombinasjon av disse. Utfordringen i å redusere antall nye unge uføre ligger i å etablere tiltak allerede i barne- og ungdomstiden. Dette vil være tiltak som kan forebygge, gi rask helsehjelp og tilpassende utdanningstjenester slik at risiko for etableringen av varige psykiske problemer reduseres samtidig som sannsynligheten for bedre kompetanse og arbeidsdeltagelse øker.

For **resultatmål 3 om tilgang til lavterskeltilbud i kommunene** er det vist til kartleggingen av psykisk helsearbeid i kommunene (IS-24/8) i 2024 hvor det fremkommer at rundt tre av ti kommuner/bydeler det året hadde etablert Rask psykisk helsehjelp (RPH), enten som eget tilbud eller i interkommunalt samarbeid. En av ti kommuner/bydeler oppga at RPH var under planlegging, mens ca. seks av ti svarte at de ikke hadde tilbud om RPH. Det var små forskjeller fra 2023 til 2024. Andelen som hadde etablert eget tilbud om RPH øker etter kommunestørrelse, og var høyest blant kommunene i Sør-Øst og Vest. Til sammen bodde 66 prosent av befolkningen i alderen 16 år og eldre i en kommune med RPH.

Dersom man ser tilbud om RPH i sammenheng med andre rapporterte lavterskeltilbud viser resultatene at 3 av 4 kommuner som besvarte spørsmålene i 2024 enten hadde RPH og/eller ett eller flere andre lavterskeltiltak rettet mot målgruppen innen psykisk helse og/eller rusarbeid.

For **resultatmål 4 om å gi tilbud om vurderingssamtaler for barn og unge som henvises til psykisk helsevern** oppsummeres det at de aller fleste poliklinikkene har en etablert praksis for vurderingssamtale, hovedsakelig i form av en pasientsamtalemodell eller en kombinasjon av både pasientsamtale og henvisningsdialog. Til tross for store ulikheter mellom modellene, inkludert hvilke pasienter de gjelder for og hvilken erfaring de ulike poliklinikkene har med disse, beskrives mange positive effekter, både for pasientene og poliklinikkene.

Betydelig variasjon i praksis, også innad de ulike modelltypene, særlig med tanke på registreringspraksis og rettighetsavklaring, representerer likevel en betydelig utfordring i den videre oppfølgingen av dette målet i aktivitetsdata.

For **resultatmål 5 om reduksjon i ventetider til spesialisthelsetjenester** er det i denne rapporten særlig fokusert på barn og unge.

På nasjonalt nivå ligger ventetid for henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge langt over opptrappingsplanens mål på 35 dager, med en tendens til økning i ordinær ventetid i perioden 2019 til 2023. I 2023 hadde omtrent 75 prosent av henvisningene en ventetid over 35 dager. Målt i gjennomsnitt, var ventetid i 2023 55 dager.

Likevel, for de mest alvorlige henvisningsårsakene, slik som depresjon, spiseforstyrrelse, psykose og selvskading, ser man at ventetid enten ligger tett på eller i underkant av opptrappingsplanens målsetting.

Intern ventetid er relativt stabil på tvers av henvisningsårsaker og helseregioner, med en median på 12 dager i 2023. Bevegelse i intern ventetid følger ordinær ventetid, uten tydelige tegn til økning når ordinær ventetid går ned.

For **resultatmål 6 om å sikre tilstrekkelig døgncapasitet i forhold til behovet** oppsummeres det at etter mange år med nedgang i døgnplasskapasiteten i *psykisk helsevern for voksne (PHV)*, var det en svak vekst fra 2021 til 2023. Justert for befolkningsutviklingen avtok imidlertid dekningsraten i perioden 2019 til 2023. I samme periode økte antall sikkerhetsplasser.

Analyser av døgnavirksomheten viser at det var nedgang i antall innleggelser blant voksne i pandemiårene (2019-2020), og at nivået fortsatt var lavere i 2023 enn i 2019 tross vekst etter 2020. Det var videre liten endring i varigheten av døgnopphold (median 7 dager), andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (67-66%) og antall døgnpasienter i samme periode. Samtidig var det en økning i poliklinisk og ambulant virksomhet i tjenestene i PHV, samt vekst i utbredelsen av integrerte tjenester som ACT/-FACT-team.

I regionenes rapportering om døgncapasitet og fremskrevet behov, vises det også til fremvekst av nye behandlingsformer som har som formål å bygge bro mellom døgntilbud og poliklinikk, og gi tett oppfølging uten døgninnleggelse, slik som ulike varianter av hjemme-sykehus, ambulante team og FACT-team. Det oppgis at for en del pasienter kan dette redusere behovet for døgninnleggelser, ikke minst på DPS-nivå. Samtidig rapporterer regionene at det fortsatt er behov for å styrke døgntilbudet i psykisk helsevern for voksne, spesielt til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og innen sikkerhetspsykiatrien.

I *psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)* var det vekst i antall døgnplasser og stabil dekningsrate i perioden 2019-2023. Antall innleggelser var høyere i 2023 enn i 2019 (+ 23%), til tross for nedgang siste år (-9%). Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser økte fra 58 til 66 prosent, og varigheten av døgnoppholdene gikk ned fra seks til fire dager (median) i femårsperioden. Antall døgnpasienter var noe høyere i 2023 enn før pandemien, men avtok gradvis etter 2021. Samtidig var det en økning i omfanget av polikliniske pasienter, spesielt etter 2020.

Informasjon fra regionene kompletterer bildet av utviklingen i tjenestene til barn og unge. Flere av regionene rapporterer om nedgang i liggedøgn i tjenesten, noe som ser ut til å være en trend etter pandemiårene, men som også kan sees i sammenheng med at det ved mange helseforetak har vært fremvekst av ambulante tilbud som reduserer behovet for døgninnleggelser blant barn og unge, som for eksempel akutt ambulant hjemme-sykehus. Det rapporteres samtidig om styrking av døgntjenestene i psykisk helsevern for barn og unge i flere regioner.

For **resultatmål 7 om økt levealder for personer med alvorlige psykiske lidelser** viser sammenligning av levealder mellom mennesker med alvorlig psykisk lidelse og den generelle populasjonen at på overordnet nivå vedvarer forskjellen i samme størrelsesorden gjennom hele perioden 2013-2023. Beregnet levealder for mennesker med alvorlig psykisk lidelse for menn og kvinner varierer gjennom perioden og antyder at det også vil være krevende å oppnå i tiden fremover- uansett tiltak som iverksettes. Ytterligere avgrensning med hensyn

til samtidig rusproblematikk, slik resultatmålet angir, vil redusere målgruppen ytterligere og bevirke mer usikkerhet i beregningene. Levealder for mennesker med rusmiddelproblemer vil inngå i utviklingen av indikatorer i dette resultatmålet og vil ses i sammenheng med oppdrag i forbindelse med forebygging og behandlingsreformen for rusfeltet

For **resultatmål 8 om at helsepersonell skal få bedre tid til pasienter, brukere og faglig utvikling** foreligger det ikke et dekkende datagrunnlag til årets rapportering, og det pekes derfor på behovet for å jobbe videre med dette frem mot neste års rapportering.

I **kapitlene 9-11 presenteres det ytterligere og mer generell statistikk og informasjon** om psykisk helsearbeid i kommunene, basert på kartleggingen IS-24/8, og om psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, basert på Helsedirektoratets egne analyser innen Samdata.

I **Vedlegg A** presenteres bidragende analysenotater fra FHI og RHF knyttet til hhv. resultatmålene 1 og 7, samt 6.

Innledning

Opptappingsplan for psykisk helse (Meld. St. 23 (202-2023)) ble vedtatt i 2023 og er en 10-årsplan med det overordnede målet «at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet», samt at «de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp». Planen er tverrsektoriell og omfatter om lag 100 tiltak som er planlagt gjennomført i løpet av de 10 årene fra 2023 til 2033. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt Helsedirektoratet (Hdir) i oppdrag å koordinere arbeidet med planen og følge med på utvikling og status for målgrupper og mål i planen. For å kunne følge utviklingen og måloppnåelsen gjennom planperioden, er det fastsatt åtte resultatmål som konkretiserer de overordnede målene med planen, og herunder til sammen dekker innsatsområdene i planen. De åtte resultatmålene er:

1. Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent.
2. Andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert.
3. Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus.
4. Barn og unge som henvises til psykisk helsevern får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
5. Gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne (PHV), 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).
6. Hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling.
7. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert.
8. Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling.

Det har vært ønskelig at disse resultatmålene hver for seg kunne følges opp med en eller noen få konkrete indikatorer. Dette har vist seg å være noe krevende, da flere av målene innehar en bredde og dybde i seg som gjør det vanskelig å avgrense de med en eller noen fåtalls indikatorer. Det har også dukket opp en del problemstillinger knyttet til mulige uønskede sideeffekter dersom fokus kun er på selve resultatmålet, og det har derfor også vært nødvendig å vurdere behovet for å utvikle nye analyser for å kunne følge med på slike mulige effekter. Det å kombinere ønsket om enkle oversikter for å følge med på utviklingen sammen med behovet for å dekke bredden og mulige sideeffekter har medført at det for alle resultatmålene er konkretisert en hovedindikator og noen konkrete tilleggsindikatorer eller supplerende analyser, som til sammen skal gi et tilstrekkelig bilde på utvikling og status for resultatmålene.

For flere av resultatmålene i planen er det andre virksomheter enn Hdir som har erfaring og innsikt i tematikken som berøres. Det har derfor vært avgjørende viktig å få gode bidrag fra disse virksomhetene, både i planleggingsfasen med konkretisering av resultatmålene, samt i det underliggende arbeidet bak denne rapporteringen i år. De aktuelle virksomhetene som har bidratt i dette arbeidet har vært og er (for hvilket mål angitt i parentes): Regionale helseforetak (RHF) (4,5,6), Folkehelseinstituttet (FHI) (1,7) og Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir) (2). Vi har fra Helsedirektoratets side opplevd et veldig godt samarbeid med nevnte virksomheter, noe som er avgjørende viktig at vi også får til de neste årene i opptappingsplanen.

Rapporteringen i år er den første i rekken av videre årlig rapportering i planperioden. Det har som nevnt vært noe krevende å konkretisere resultatmålene i planen og vi forventer at det vil bli behov for justeringer fremover, både i hvilke indikatorer som tas med, samt de tilleggende analysene som må gjøres, og som vil bli brukt i rapporteringen. Vi har videre sett på *årets rapportering som en angivelse av baseline for opptappingsplanen*, en beskrivelse av status i starten av planperioden. Selv om vi har kommet til 2025, vil en god del av datagrunnlaget være for 2023 og/eller 2024.

I det neste gis det en gjennomgang av utvikling (der det finnes data tilbake i tid) og status for resultatmålene. I etterkant av denne gjennomgangen gis det en mer generell beskrivelse av situasjonen for tjenestene innen psykisk helse, basert på det som finnes av mer generell statistikk. Hensikten er å gi et bredere bakgrunnsbilde for utvikling og status for psykisk helse-området.

Hovedindikatorene for resultatmålene og verdi i referanse-/basisår

Resultatmål 1

Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent.

Hovedindikator: Selvrapporterte psykiske plager (depresjon og angst) blant ungdom.

Indikator	Datagrunnlag	Referanseår	Verdi referanseår (2014)	Verdi baseline 2023
Selvrapportert depresjon blant ungdom i ungdomsskole og videregående skole	Ungdata (FHI)	2014	6,73	7,61
Selvrapportert angst blant ungdom i ungdomsskole og videregående skole	Ungdata (FHI)	2014	2,16	3,21

Det er også beregnet verdi for 2024.

Supplerende informasjon med undergrupper for kjønn, selvrapportert sosioøkonomisk status, sentralitet (kommune) og skoletrinn.

Resultatmål 2

Andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert.

Hovedindikator: Andel unge med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse

Indikator	Datagrunnlag	År for baseline/referanseår	Verdi på indikator baseline år
Andel unge (18–29 år) med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse	Nav/SSB	2023	1,2 %
Andel unge menn (18–29 år) med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse	Nav/SSB	2023	1,4 %
Andel unge kvinner (18–29 år) med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse	Nav/SSB	2023	1,1 %

Supplerende informasjon:

- Antall unge (18-29 år) med uføretrygd og primærdiagnose utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser eller adferdsforstyrrelser
- Regionale utviklingstrekk i perioden 2016-2023 for andel unge (18-29 år) med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse

Datakilde er Navs datavarehus og diagnosedatabase for antall mottakere av uføretrygd ved utgangen av året 2023. Befolkningstall per 1.1.2024 er hentet fra SSB.

Resultatmål 3

Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus.

Hovedindikator: Kommuner/bydeler med tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH)

Indikator ¹⁾	Datagrunnlag	År for baseline/ referanseår	Verdi på indikator baseline år
Antall kommuner/bydeler med tilbud om RPH	IS 24/8	2024	109 kommuner
Andel kommuner/bydeler med tilbud om RPH	IS 24/8	2024	31 %
Andel innbyggere med tilbud om RPH	IS 24/8 /SSB	2024	66 %

1) Oslo er inkludert

Tilleggsindikator: Kommuner/bydeler med tilbud om andre lavterskeltiltak relevant for målgruppen innen psykisk helse

Indikator ¹⁾	Datagrunnlag	År for baseline/ referanseår	Verdi på indikator baseline år
Antall kommuner/bydeler med tilbud om andre lavterskeltilbud for målgruppen innen psykisk helse	IS 24/8	2024	214 kommuner
Andel kommuner/bydeler med tilbud om andre lavterskeltilbud for målgruppen innen psykisk helse	IS 24/8	2024	62 %
Andel innbyggere med tilbud om andre lavterskeltilbud for målgruppen innen psykisk helse	IS 24/8 /SSB	2024	78 %

1) Oslo er inkludert

Supplerende informasjon:

- regionale forskjeller i tilbud om rask psykisk helsehjelp (RPH)
- andre lavterskeltiltak innen rusarbeid

Datakilden er kartleggingen IS 24/8 som SINTEF utfører på oppdrag for Helsedirektoratet. Dette er en kartlegging av årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. I tillegg rapporterer kommunene informasjon om aktuelle tilbud til målgruppene. I kartleggingen for 2024 skilles det mellom lavterskeltilbud rettet mot hver av målgruppene innen hhv. psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene. I denne sammenhengen presenteres tilbudet innen psykisk helsearbeid. Befolkningstall per 1.1.2024 er hentet fra SSB.

Resultatmål 4

Barn og unge som henvises til psykisk helsevern får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Hovedindikator: Andel poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge som har etablert praksis for vurderingssamtale

Indikator	Datagrunnlag	År for baseline/ referanseår	Verdi på indikator baseline år
Andel poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge som har etablert praksis for vurderingssamtale	Spørreundersøkelse	2025	87 %

Supplerende indikatorer:

- valg av type vurderingssamtalemodell ved de ulike poliklinikkene
- kvalitative beskrivelser av praksis og erfaringer

Datakilde for alle indikatorene er en elektronisk spørreundersøkelse gjennomført av avdeling analyse via kontaktpersoner i de regionale helseforetakene blant poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Datainnsamling ble gjennomført i perioden februar til april 2025.

Resultatmål 5

Gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne (PHV), 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).

Hovedindikator: Gjennomsnittlig ventetid til PHV, PHBU og TSB i 2023 (med tall for 2024 i parentes).

Indikator	Datagrunnlag	År for baseline/ referanseår	Verdi på indikator baseline år
Gjennomsnittlig ventetid til PHV	FHI/NPR	2023	54(55)
Gjennomsnittlig ventetid til PHBU	FHI/NPR	2023	55(52)
Gjennomsnittlig ventetid til TSB.	FHI/NPR	2023	33(30)

Supplerende indikatorer:

- årlig median og interkvartiler for ordinær og intern ventetid i PHBU for perioden 2019–2024, inkludert ulike henvisningsårsaker, presentert både nasjonalt og for helseregionene

Datakilde for alle indikatorene er NPR. Tall for hovedindikator er basert på ventetidsstatistikk produsert og publisert av FHI. Tall for supplerende indikatorer basert på eget uttrekk og beregninger.

Resultatmål 6

Hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling.

Hovedindikator: Døgnplasser i psykisk helsevern

--	--	--	--

Indikator	Datagrunnlag	År for baseline/ referanseår	Verdi på indikator baseline år
Antall døgnplasser psykisk helsevern for voksne (PHV)	SSB	2023	3296
Antall døgnplasser psykisk helsevern for voksne per 10 000 innbygger (rate)	SSB	2023	7,4
Antall døgnplasser psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)	SSB	2023	332
Antall døgnplasser psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbygger (rate)	SSB	2023	3,0

Supplerende indikatorer:

- antall innleggelser i psykisk helsevern
- andel ø-hjelp innleggelser i psykisk helsevern (prosentandel)
- varighet av døgnopphold (median)
- pasientenes kontakt med ulike tjenester etter utskrivning fra døgnopphold i psykisk helsevern (prosentandel pasienter i kontakt med tjenester som nytt døgnopphold i PHV, polikliniske tjenester i PHV, ambulante og integrerte tjenester som ACT-/FACT team 30 dager etter utskrivning)

For alle supplerende indikatorer er datakilde NPR/KPR og referanseåret er 2023. Indikatorene presenteres for PHV og PHBU per region og nasjonalt.

- Helseregionenes egne rapporteringer og vurderinger av døgnkapasitet i forhold til fremskrevet behov og informasjon om tjenester som kan supplere døgntilbudet, er også sentrale datakilder for å belyse målet.

Resultatmål 7

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert.

Hovedindikator: Estimert levealder for personer med alvorlig psykisk lidelse (schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon) og den generelle befolkningen

Indikator	Datagrunnlag	År for baseline/ referanseår	Verdi på indikator baseline år
Forventet levealder for menn med alvorlig psykisk lidelse	FHI/SSB	2023	78,6
Forventet levealder for kvinner med alvorlig psykisk lidelse	FHI/SSB	2023	80,2
Forventet levealder for menn	FHI/SSB	2023	84,2
Forventet levealder for kvinner	FHI/SSB	2023	85,2

Supplerende informasjon:

- andel menn og kvinner med schizofreni 2013–2023
- andel menn og kvinner med bipolar lidelse 2013–2023

Datakilden er pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) og befolkningsdata fra SSB. Bearbeiding og analyser er utført av forskningsmiljøet ved Område for fysisk og psykisk helse, FHI.

Selvrapporterte helseplager blant barn og unge

Resultatmål 1 i opptrappingsplanen for psykisk helse er at barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent.

1.1 Oppsummering

Det har vært et økende nivå på selvrapporterte psykiske plager som depresjon og for angst siden referanseåret i 2014, som målet om 25 prosent reduksjon skal måles opp mot. Utfordringsbildet i oppstartsåret for opptrappingsplanen (2023) er dermed større enn i de foregående årene, noe som tilsier at reduksjonen i selvrapporterte psykiske plager og angst må være sterkere enn måltallet på 25 prosent. Analysen viser videre at de med lavest sosioøkonomisk status skårer høyere på selvrapporterte psykiske plager enn de andre gruppene både når det gjelder depresjon og angst.

1.2 Innledning

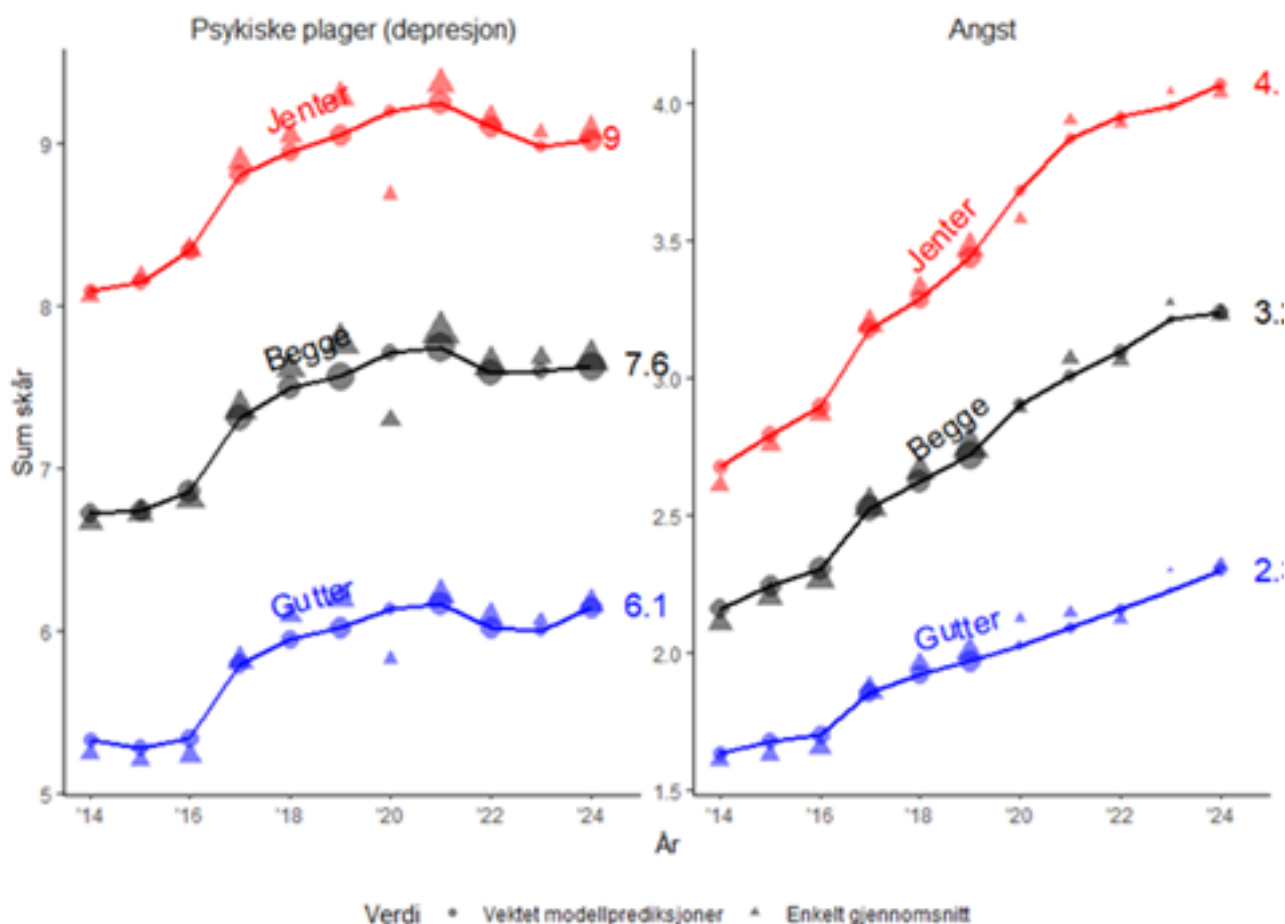
Opptrappingsplanen viser til flere undersøkelser som har dokumentert økning i selvrapporterte psykiske plager blant både barn, unge og unge voksne. Dette har man sett i flere tiår, og det pekes blant annet til undersøkelsen Ungdata, som har vist en markert økning siden 2011, mest for jenter, men også en vekst for gutter. Regjeringen har basert på dette satt et mål om å redusere forekomsten av psykiske plager blant unge med 25 prosent. Reduksjonen skal måles opp mot startårene for Ungdata, som ideelt sett vil være 2011, men som av datatekniske årsaker er bestemt å være 2014. Hovedindikatoren for dette resultatmålet vil derfor være skår for selvrapporterte psykisk plager (depresjon og angst) basert på Ungdata.

Folkehelseinstituttet (FHI) har gjennomført analyser av Ungdata og andre kartlegginger av selvrapporterte psykisk plager hos barn og unge. FHI har derfor hatt ansvaret for å gjennomføre analyser av utvikling og status for dette resultatmålet. Det gis i det følgende en kortfattet oppsummering av deres analyse, som kan leses i sin helhet i vedlegg A.

1.3 Utvikling i selvrapporterte psykiske plager frem til 2023–2024

Analysen til FHI viser at det var «en økning i selvrapporterte psykiske plager (depresjon) blant ungdom mellom 2014 og 2024. For begge kjønn samlet økte sum-skåren fra 6,7 i 2014 til 7,6 i 2024, en økning på 0,9 poeng (13,5%). Mellom 2023 og 2024 var endringen minimal, fra 7,61 til 7,63.» Dette vises i figur 1.1, hvor utviklingen i skår for jenter, gutter og begge kjønn samlet for perioden 2014 til 2024 fremkommer for hhv. depresjon og angst. Ved starten av opptrappingsplanen (2023) er derfor situasjonen for dette resultatmålet at nivået er høyere enn i referanseåret (2014). Hovedtrenden i denne perioden har vært et økende nivå for selvrapporterte psykiske plager som depresjon og angst. Det er videre slik at jenter i hele perioden for begge grupper har en høyere skår i selvrapporterte psykiske plager både for depresjon og angst.

For de siste årene i perioden, fra 2020 til 2024, var det noe ulik utvikling for depresjon enn for angst. For førstnevnte var det for begge kjønn en flat eller reduserende trend i skår for selvrapporterte psykiske plager, med en antydning til økning siste år i 2024, mens det for angst også i denne perioden var en økning i skår.



Figur 1.1 Utvikling av selvrapporterte psykiske plager (depresjon) og angst over tid, stratifisert etter kjønn. Kilde: FHI.

FHI har også analysert utvikling i selvrapportert psykiske plager som depresjon og angst når det skilles etter selvrapportert sosioøkonomisk status (SØS) og etter sentralitet for kommunene der skolen er.

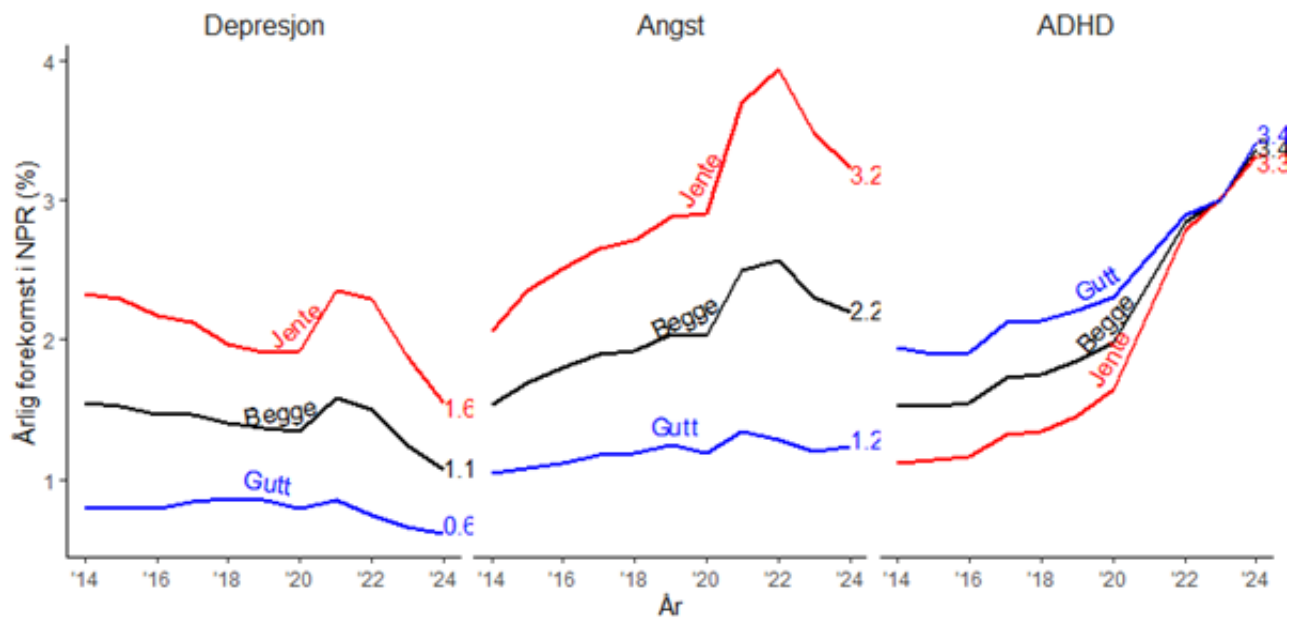
De finner at utviklingen over tid er tilnærmet lik for de ulike gruppene etter SØS, og lik utviklingen vist i figur 1.1, men at det er tydelige forskjeller i nivået. De med lavest sosioøkonomisk status skårer høyere enn de andre gruppene både når det gjelder depresjon og angst.

Når det gjelder grad av sentralitet, finner FHI at kommuner med høy sentralitetsgrad skårer høyere (dårligere) både for depresjon og angst, men at utviklingen i perioden er tilnærmet lik mellom kommunegruppene. Forskjellene mellom kommunegruppene er større for selvrapportert depresjon enn for selvrapportert angst.

1.4 Utvikling i omfang av depresjon og angst registrert i spesialisthelsetjenesten

FHI har også undersøkt utviklingen i registrerte pasienter i spesialisthelsetjenesten ved bruk av Norsk pasientregister. Det er sett på gruppene depresjon, angst og ADHD. Bakgrunnen for å supplere analysen med data fra NPR er å se på de selvrapporterte psykiske plagene i en bredere kontekst, og om utviklingen i de to kildene samvarierer eller er ulike. For gruppene depresjon og angst vises en tydelig endring ifm. pandemien i 2020/21 til 2022/23, men trenden ellers er noe ulik. For gruppen depresjon har det siden 2024 vært en

reduksjon i årlig forekomst, mens det for angst har vært en økning. For ADHD-gruppen har det vært en økende veksttakt etter 2016, og særlig sterk vekst for jenter slik at de nå er på samme nivå som gutter. For gruppene depresjon og angst har jenter en høyere forekomst.



Figur 1.2 Prosentandel av ungdommer i alderen 13–18 år med registrerte diagnoser for depresjon, angst eller ADHD. Kilde: FHI.

Unge som blir uføre på bakgrunn av psykiske plager og lidelser

Resultatmål 2 i opptrappingsplanen for psykisk helse er at andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert.

2.1 Oppsummering

For å kunne følge med på utviklingen av unge uføre med psykiske plager og lidelser, fokuserer vi på kvinner og menn i aldersgruppen 18–29 år som er mottakere av uføretrygd og har bakgrunn i moderate/milde psykiske lidelser. Andelen unge uføre i denne gruppen utgjorde 1,2 prosent av befolkningen i 2023, og dette gjaldt om lag 10 250 unge menn og kvinner. Fra 2016 økte antall mottakere med 5 100 personer. Veksten i andelen unge uføre var knyttet til første del av perioden, mens utviklingen etter 2019/2020 flatet ut frem mot 2023.

For unge menn var økningen særlig knyttet til uførhet på grunn av utviklingsforstyrrelser, hyperkinetisk- eller adferdsforstyrrelser. Det var flere unge menn (1,4 prosent) enn unge kvinner (1 prosent) som var mottakere av uføretrygd, og det var en høyere andel mottakere i Midt-Norge sammenlignet med i Vest. Bakenforliggende faktorer kan være knyttet til helse, sosiale relasjoner eller problemer i skolen eller en kombinasjon av disse. Utfordringen i å redusere antall nye unge uføre ligger i å etablere tiltak allerede i barne- og ungdomstiden som forebygger, gir rask helsehjelp og tilpassende utdanningstjenester til populasjonen slik at risiko for etableringen av psykiske problemer reduseres og at økt kompetanse og høyere arbeidsdeltagelse kan oppnås.

2.2 Innledning

Det er behov for å få de unge ut i arbeidslivet i et samfunn med en aldrende befolkning hvor andelen yrkesaktive stadig reduseres. Statistikk viser at det blir flere unge personer som mottar uføretrygd. I løpet av de siste årene har antall unge mottakere av uføretrygd (18–29 år) økt. Ved utgangen av mars 2025 var det om lag 22 400 uføre personer i denne aldersgruppen, det vil si 2,7 prosent av befolkningen i samme aldersgruppe. Sammenliknet med for 10 år siden, har andelen unge uføretrygdde økt med 1,1 prosentpoeng (9 000 personer) [2]. Om lag 70 prosent av alle unge uføre har primærdiagnose psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99). I opptrappingsplanen for psykisk helse rettes oppmerksomheten mot uføre med psykiske plager og lidelser med mål om å utforme tiltak som kan bidra til å forebygge ytterligere vekst [3]. I den forbindelse vil vi fokusere på personer med primærdiagnose i kategorien moderate og/eller milde psykiske lidelser som utgjør i underkant av halvparten av alle unge uføre i 2023 (tabell 2.1).

2.2 Datagrunnlag

Navs datavarehus og diagnosedatabase er datakilder for antall mottakere av uføretrygd. Primærdiagnose er det medisinske grunnlaget for innvilgelsen av uføretrygd og er nødvendig informasjon for å kunne identifisere populasjonen som belyser utviklingen for resultatmålet. Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir) har besørget etterregistrering av primærdiagnose i Navs diagnosedatabase til og med desember 2023 for unge uføre, og dette ble ferdigstilt i mars 2025. Videre registrering av primærdiagnose for unge uføre gjøres fortløpende. AVdir har laget et uttrekk av antall mottakere av uføretrygd og antall nye mottakere av uføretrygd ved utgangen av året 2023 for aldersgruppen 18–29 år. Primærdiagnose basert på ICD10 – psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99) for mottakere av uføretrygd er kategorisert i henhold til tabell 2.1.

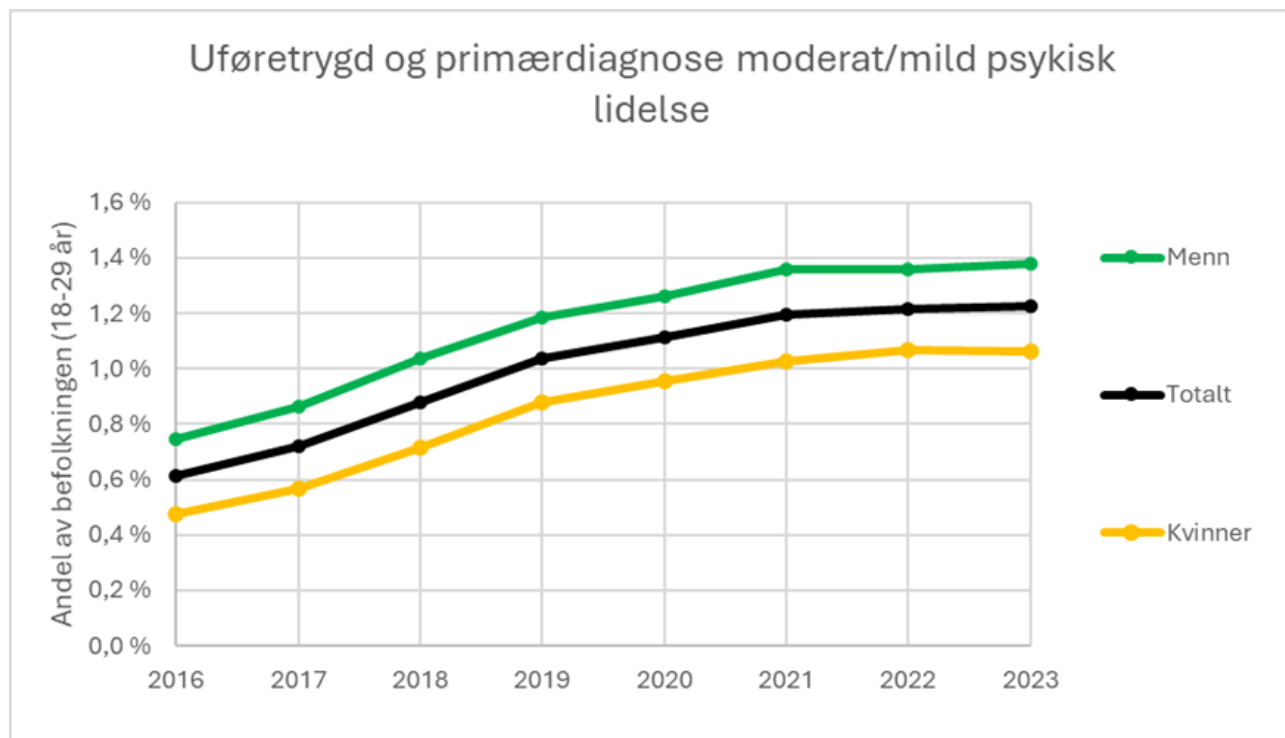
Tabell 2.1 Gruppering av primærdiagnose fra ICD10 - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99).

Diagnostisk kategori	ICD 10-kode	Antall unge uføre 2016 (%)	Antall unge uføre 2023 (%)
Alvorlig psykisk lidelse/psykisk utviklingshemming	F20-F29, F30-F31, F70-F79	4 200 (29 %)	4 750 (22 %)
Moderat/mild psykisk lidelse	F00-F19, F32-F69, F80-F98, F99	5 150 (36 %)	10 250 (47 %)
Utviklingsforstyrrelser, hyperkinetisk- eller adferdsforstyrrelser	F80-F98	3 700 (26 %)	7 150 (33 %)

Bakgrunnen for inndelingen i tabellen er ønsket om å skille mellom unge uføre med alvorlige psykiske lidelser, psykisk utviklingshemming og den øvrige gruppen av psykiske lidelser. I denne sammenhengen velger vi å fokusere på øvrige psykiske lidelser som har fått betegnelsen *moderate /milde psykiske lidelser*. Personlig belastning og alvorlighetsgrad av lidelsen kan imidlertid være betydelig også for personer i denne gruppen. Videre er unge med utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser og adferdsforstyrrelser en undergruppe som utgjør en tredjedel av alle unge uføre i 2023, og som i større grad forekommer hos menn enn hos kvinner.

2.3 Utviklingen i antall uføre med primærdiagnose moderat og/eller milde psykiske lidelser

Utviklingen for andel unge kvinner og menn i befolkningen som er mottakere av uføretrygd på grunnlag av primærdiagnose moderat og/eller mild psykisk lidelse er vist i figur 2.1.

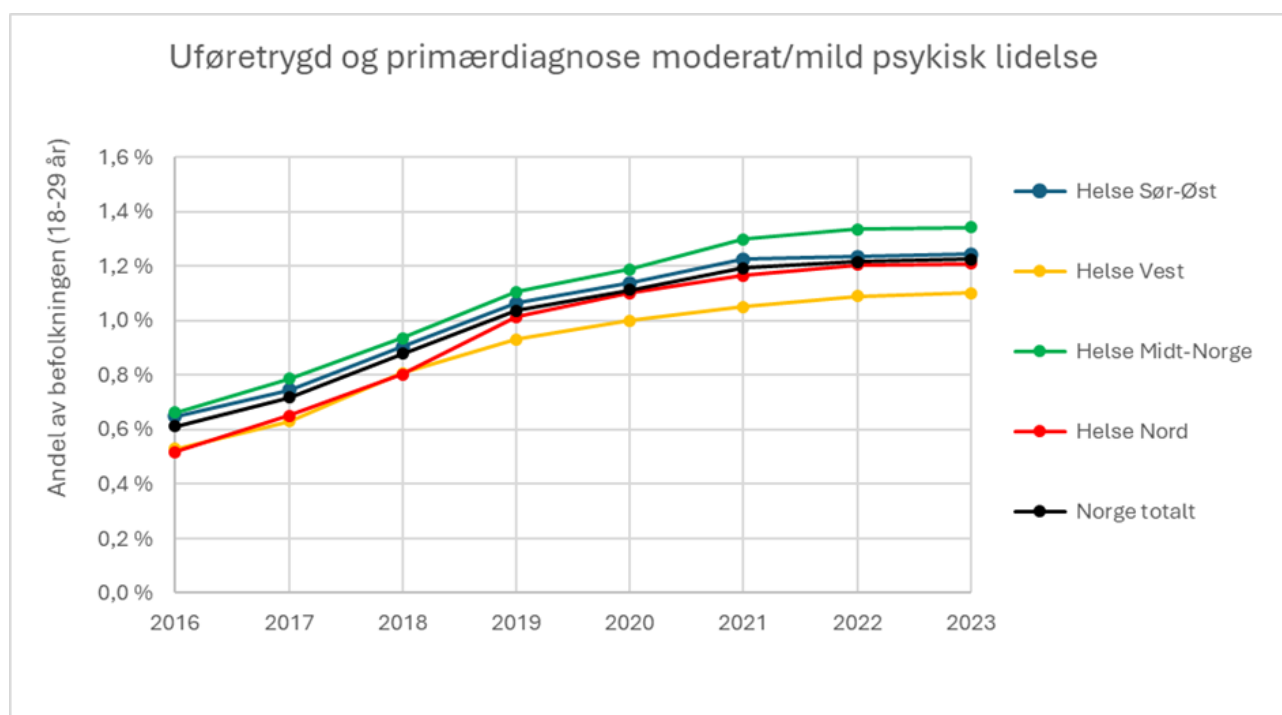


Figur 2.1 Andel personer i aldersgruppen 18-29 år med primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse som grunnlag for uføretrygd. Menn og kvinner. Kilde: NAV.

Andel unge som er mottakere av uføretrygd har økt i perioden 2016 til 2023. Andel unge menn med uføretrygd ligger høyere enn andel unge kvinner gjennom hele perioden. Veksten har imidlertid avtatt de siste årene og andel nye unge med uføretrygd avtar og har flatet ut fra og med 2020.

Omfanget av unge uføre med primærdiagnose i kategorien *utviklingsforstyrrelser, hyperkinetisk- eller adferdsforstyrrelser* utgjør 80 prosent av unge menn, mens om lag 50 prosent av de unge kvinnene har fått primærdiagnose fra denne kategorien. Denne profilen vedvarer for begge kjønn gjennom perioden 2016–2023. Økningen i *antall* unge menn med uføretrygd i denne perioden er dermed knyttet til primærdiagnoser i denne kategorien. Mer om de mest brukte enkeltdiagnosene finnes i statistikknotat hos Nav [4]. Mens menn utgjør en større andel av unge uføre i aldersgruppen 18–24 år, er det liten kjønnsforskjell for aldersgruppen 25–29 år [5].

Regionale utviklingstrekk for unge mottakere av uføretrygd på grunnlag av primærdiagnose moderat og/eller mild psykisk lidelse er vist i figur 2.2.



Figur 2.2 Andel personer i aldersgruppen 18-29 år med primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse som grunnlag for uføretrygd. Bostedsregion. Kilde: NAV.

Figuren viser at regionene har til dels ulike nivå når det gjelder antall unge uføre med primærdiagnose moderate/milde psykiske lidelser. Andel unge uføre med primærdiagnose i kategorien *utviklingsforstyrrelser, hyperkinetisk- eller adferdsforstyrrelser* for menn og kvinner ligger imidlertid på hhv. 80 og 50 prosent av moderat/mild psykisk lidelse også i regionene. Veksten i antall nye uføre med moderat/mild psykisk lidelse var større i Midt-Norge sammenlignet med de andre regionene i hele perioden. I Vest avtok veksten i unge uføre i 2019, mens i de øvrige regionene startet nedgangen ett år senere. Det vil være mange ulike faktorer som ligger bak de geografiske forskjellene som fremkommer.

Forskning på området antyder at hovedansvaret for den økte tilstrømningen av unge uføre bør plasseres innen oppvekst og utdanning. Når utdanningen i grunnskoleløpet ikke resulterer i tilstrekkelig kompetanse, vil gjennomføring av videregående opplæring og etablering av arbeidsforhold være vanskelig. En betydelig andel av de unge uføre har ikke fullført videregående utdanning og dette peker i retning av at dårligere resultater fra utdanningssystemet gjør de i mindre grad kvalifisert for arbeid heller enn at arbeidslivet er blitt mer krevende [6].

I opptrappingsplanen for psykisk helse er oppmerksomheten rettet mot utviklingen i psykisk helse for barn og unge, og i dette resultatmålet er fokuset rettet mot mottakere av uføretrygd med moderate/milde psykiske

lidelser. Forekomsten av moderate/milde psykisk lidelser økte i ungdomspopulasjonen, og det er nærliggende å se dette i sammenheng med økningen i omfanget av unge uføre. Lidelsene det her er snakk om utredes i psykisk helsevern og for mange unge inntreffer utfordringene tidlig i oppveksten. Bakenforliggende faktorer kan være knyttet til helse, sosiale relasjoner eller problemer i skolen eller en kombinasjon av disse.

God kompetanse og kunnskap blant barn og unge er en god forberedelse til det videre liv. I den sammenhengen er skolearenaen sentral med hensyn til å sikre at alle barn og unge oppnår en grunnleggende kjernekompetanse og ferdigheter etter 10-årig grunnskoleløp. Særlig gjelder dette barn og unge som ikke er i stand til å motta ordinær klasseundervisning. Det kan dreie seg om utfordringer som i større grad opptrer for gutter født sent på året og som kan være mer umodne sammenlignet med elevene født tidlig på året [7]. Det er også påvist geografiske forskjeller i diagnostikk av f.eks. ADHD som ikke kan forklares ved ulike underliggende behov i barn og unge populasjonen [8]. Barn som ikke har eller som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning [9] [10]. Dersom eleven skal få innvilget retten til spesialundervisning kreves ofte en utredning og diagnostikk i spesialisthelsetjenesten for å underbygge behovet for ressursbruk som kan utløses når vedtak er fattet av kommunen. Med unntak av medfødte somatiske lidelser, alvorlige psykiske lidelser eller psykisk utviklingshemming er det grunn til å tro at moderate/milde psykisk lidelser ofte legges til grunn.

I den nye opplæringsloven erstattes spesialundervisning med individuelt tilrettelagt opplæring, men det er trolig av større betydning *hvordan* det individuelle tilbudet innrettes, i hvilken grad man vurderer den enkelte elevs potensiale og evaluerer effekten av den tilrettelagte opplæringen som er anvendt [11]. Det er behov for mer forskning på dette området slik at fremgangsmåter som gir gode resultater for elevene kan løftes frem.

Utfordringen i å motvirke denne trenden med flere unge uføre ligger trolig i å etablere tiltak gjennom barne- og ungdomstiden som forebygger, gir helsehjelp og tilpassende utdanningstjenester til populasjonen, slik at risiko for etableringen av psykiske problemer og risiko for uførhet reduseres, og at økt kompetanse og høyere arbeidsdeltagelse kan oppnås.

[2] Uføretrygd – statistikknotis – nav.no

[3] [Meld. St. 23 \(2022–2023\) \(regjeringen.no\)](#)

[4] [De vanligste diagnosene blant unge uføre \(nav.no\)](#)

[5] [Diagnoser uføretrygd \(nav.no\)](#)

[8] [Unge uføre og veien til uføretrygd](#)

[7] [Relative Age and Psychotropic Drug Use in Preterm and Term-Born Children and Young Adults | Pediatrics | American Academy of Pediatrics](#)

[8] [Diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse hos barn i Norge \(Tidsskrift for Den norske legeforening\)](#)

[9] [LOV-1998-07-17-61 §5](#)

[10] [LOV-2023-06-09-30 §11](#)

[11] [Tilpasset opplæring og individuell tilrettelegging i ny opplæringslov \(udir.no\)](#)

Tilgang på lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene

Resultatmål 3 i opptrappingsplanen for psykisk helse er at innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus.

3.1 Oppsummering

Kartleggingen av psykisk helsearbeid i kommunene (IS-24/8) i 2024 viste at rundt tre av ti kommuner/bydeler hadde etablert Rask psykisk helsehjelp (RPH), enten som eget tilbud eller i interkommunalt samarbeid. Én av ti kommuner/bydeler oppga at RPH var under planlegging, mens ca. seks av ti svarte at de ikke hadde tilbud om RPH. Det var små forskjeller fra 2023 til 2024. Andelen som hadde etablert eget tilbud om RPH øker etter kommunestørrelse, og var høyest blant kommunene i Sør-Øst og Vest. Til sammen bodde 57 prosent av befolkningen (utenom Oslo) i alderen 16 år og eldre i en kommune med RPH.

Dersom man ser tilbud om RPH i sammenheng med andre rapporterte lavterskeltilbud viser resultatene at tre av fire kommuner som besvarte spørsmålene i 2024 enten har RPH og/eller ett eller flere andre lavterskeltiltak rettet mot målgruppen innen psykisk helse og/eller rusarbeid.

3.2 Rask psykisk helsehjelp (RPH) og andre lavterskeltilbud i kommunene

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et gratis kunnskapsbasert lavterskeltilbud uten krav om henvisning fra lege. Det er en modell i den kommunale helsetjenesten for behandling av innbyggere fra 16 år med angst, mild til moderat depresjon, søvnvansker og/eller begynnende rusmiddelproblemer [12]. Gjennom spørreskjemakartleggingen IS-24/8 er det undersøkt om kommunene har tilbud om RPH og/eller om de har andre lavterskeltilbud til målgruppene for psykisk helsearbeid og rusarbeid.

IS-24/8-kartleggingen gjennomføres av Sintef på oppdrag for Helsedirektoratet og resulterer i en nasjonal rapport hvert år som beskriver status og utvikling for kommunenes arbeid innen psykisk helse- og rusarbeid [13]. Kartleggingen gjennomføres på kommunenivå, og har gjennomgående god svarinngang (over 90 prosent). Oslo kommune besvarer kartleggingen på bydelsnivå, i tillegg til at Helseetaten og Velferdsetaten leverer egne besvarelser. Resultatene i dette kapittelet baseres på analyser av datagrunnlag fra IS-24/8 som er overlevert til Helsedirektoratet, samt resultater fra den nasjonale rapporten utarbeidet av Sintef.

Rask psykisk helsehjelp (RPH)

I 2024 svarte 93 prosent av kommunene/bydelene på spørsmålet om de hadde etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH), og i 2023 svarte 91 prosent (tabell 3.1). I 2024 hadde 27 prosent av de som besvarte spørsmålet etablert eget tilbud i kommunen/bydelen, mens 4 prosent hadde etablert RPH i interkommunalt samarbeid. 10 prosent av kommunene oppga i 2024 at tilbud om RPH var under planlegging. Både i 2024 og i 2023 oppga 59 prosent at de ikke hadde etablert tilbud om RPH og var heller ikke i gang med å planlegge dette.

Tabell 3.1 Antall og andel kommuner/bydeler som svarer på om de har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH). Eksklusive kommuner/bydeler som ikke har svart.

	2023		2024	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	89	26	94	27
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	13	4	15	4
Nei	202	59	204	59
Under planlegging	36	11	34	10
Totalt	340	100	347	100

I IS-24/8-kartleggingen er det også spurt kommunene om hvor mange årsverk som er knyttet til RPH. Totalt rapporteres det om 368 årsverk i 2024, og dette utgjør en nedgang på 15 årsverk fra 2023.

Andelen med tilbud om RPH varierte mellom regioner og etter kommunestørrelse. Tabell 3.2 viser at tilbudet er mest utbredt blant kommunene i Sør-Øst og Vest, og minst utbredt blant kommunene i Midt-Norge og Nord. Tabell 3.3 viser at andelen som har etablert eget tilbud om RPH øker etter kommunestørrelse.

Tabell 3.2 Prosentandel kommuner/bydeler som svarer på om de har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH). Eksklusive kommuner/bydeler som ikke har svart.

	2023					2024				
	Sør-Øst (eks. Oslo)	Bydeler/ etater Oslo	Vest	Midt-Norge	Nord	Sør-Øst (eks. Oslo)	Bydeler/ etater Oslo	Vest	Midt-Norge	Nord
Ja, kommunen har eget tilbud	27	93	24	19	18	30	93	26	18	16
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	4	0	0	5	7	5	0	0	3	8
Nei	59	7	61	71	60	57	7	60	73	59
Under planlegging	10	0	15	5	15	8	0	14	5	16
Antall (N)	133	15	62	58	72	133	15	65	60	74

Tabell 3.3 Prosentandel kommuner som svarer på om de har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH). Eksklusive kommuner som ikke har svart.

	2023						2024			
	Under 2000	2000-4999	5000-9999	10000-19999	20000-49999	50000+ (eks. Oslo)	Under 2000	2000-4999	5000-9999	10000-19999
Ja, kommunen har eget tilbud	7	9	14	31	53	84	4	15	16	21
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	6	7	3	2	0	0	7	7	1	0
Nei	82	72	70	43	37	16	81	68	71	59

Under planlegging	4	12	13	24	9	0	7	10	12
Antall (N)	67	85	69	42	43	19	70	94	68

Tabell 3.4 viser fordelingen av befolkningen i alderen 16 år og eldre per 01.01. i rapporteringsåret fordelt på spørsmålet om kommunen har etablert tilbud om Rask Psykisk Helsehjelp (RPH). Både i 2023 og i 2024 bodde 56 prosent av innbyggerne i en kommune (utenom Oslo) med eget tilbud om RPH, mens 1 prosent bodde i en kommune med interkommunalt samarbeid om RPH. En lavere andel av innbyggere i Nord enn ellers i landet bodde i en kommune med tilgang til RPH. Men samtidig var det i Nord høyest andel som bodde i en kommune der RPH var under planlegging.

Tabell 3.4 Prosentandel av befolkning per 01.01. i rapporteringsåret i alderen 16 år og eldre, fordelt på spørsmålet om kommunen har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH). Ekskl. Oslo.

	2023					2024				
	Sør-Øst (eks. Oslo)	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt	Sør-Øst (eks Oslo)	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
Ikke besvart spørsmål	2	5	6	4	4	5	7	8	8	6
Ja, kommunen har eget tilbud	54	62	58	45	56	58	57	55	43	56
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	1	0	3	3	1	1	0	2	5	1
Nei	38	23	30	31	33	32	23	32	25	29
Under planlegging	5	10	3	16	7	3	12	2	19	7
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 3.4 inkluderer ikke Oslo som besvarer undersøkelsen på bydelsnivå, i tillegg til at Helseetaten og Velferdsetaten leverer egne besvarelser. Rapportering fra Oslo viser at innbyggerne i all hovedsak har tilgang til RPH, da 93 prosent av besvarelsene oppga eget tilbud [14].

Andre lavterskeltilbud enn Rask psykisk helsehjelp (RPH)

I IS-24/8 kartleggingen er det spørsmål om kommunene har andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppene innen psykisk helse- og rusarbeid. I ledeteksten er det presisert at med lavterskeltiltak menes tilbud/tjenester som gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandling. Det er ingen ytterligere definisjon på hva som regnes som lavterskeltilbud, og vi har ikke grunnlag for å si i hvilken grad tilbudene er kunnskapsbaserte.

Tabell 3.5 viser at 60 prosent rapporterer at de har andre lavterskeltilbud enn RPH i egen kommune/bydel som er relevant for målgruppen psykisk helse, mens 48 prosent rapporterer om andre lavterskeltilbud som er relevant for målgruppen innen rusarbeid.

Tabell 3.5 Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har etablert andre lavterskeltiltak enn RPH som er relevant for målgruppen innen psykisk helse eller rusarbeid. 2024.

--	--	--

	Andre lavterskeltiltak relevant for målgruppen innen psykisk helse		Andre lavterskeltiltak relevant for målgruppen innen rusarbeid	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	207	60	167	48
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	6	2	6	2
Kommunen/bydelen kjøper tjenesten fra andre kommuner	1	0	1	0
Nei	112	32	150	43
Under planlegging	21	6	22	6
Totalt	347	100	346	100

I den nasjonale IS-24/8-rapporten oppsummeres beskrivelser av hva slags lavterskeltjenester dette er, og svarene viser stor variasjon. For tilbud som er relevant for målgruppen innen psykisk helse beskriver flere at dette ligner på RPH, men at de også tar imot andre brukergrupper. I beskrivelsene nevnes samtaletilbud, aktivitetssentre og møteplasser, ulike gruppetilbud og frisklivssentraler. Andre tilbud som nevnes er assistert selvhjelp, ulike kurstilbud og samtaleterapi, samt drop-in samtaler, og lavterskeltilbud til barn og unge. Når det gjelder lavterskeltiltak rettet mot målgruppen innen rusarbeid beskrives ulike typer samtaletilbud, sosiale aktiviteter, lavterskel helsestasjon, væresteder, mestringskurs og selvhjelpsgrupper. Oppsøkende/ambulante tjenester, utlevering av brukerutstyr og nalokson, boligsosialt arbeid og praktisk bistand, nevnes også.

Dersom man ser tilbud om RPH i sammenheng med andre rapporterte lavterskeltilbud viser resultatene at tre av fire kommuner som besvarte spørsmålene i 2024 har enten RPH og/eller ett eller flere andre lavterskeltiltak rettet mot målgruppen innen rusarbeid og/eller psykisk helse. Det betyr samtidig at én av fire kommuner rapporterer at de verken har RPH eller andre lavterskeltilbud.

[12] [Rask psykisk helsehjelp - Helsedirektoratet](#)

[13] Nasjonal rapport IS-24/8 2024

[14] Både i 2024 og 2023 var det 2 bydeler som ikke besvarte IS-24/8-kartleggingen og dermed ikke er med i beregningen. Fordi Helseetaten og Velferdsetaten har tjenester til innbyggere på tvers av bydeler er det vanskelig å anslå nøyaktig andel med tilgang til tilbud om RPH.

Vurderingssamtale for barn og unge som henvises til psykisk helsevern

Resultatmål 4 i opptrappingsplanen for psykisk helse er at barn og unge som henvises til psykisk helsevern får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4.1 Oppsummering

Status for mål om at barn og unge som henvises til psykisk helsevern får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging er i denne omgangen kartlagt gjennom en spørreundersøkelse gjennomført blant aktuelle poliklinikker i de ulike helseregionene. Basert på tidligere arbeid på dette området har vi definert to ulike modeller (pasientsamtale og henvisingsdialog) som kan være særlig aktuelle for hvordan oppdraget om vurderingssamtale løses i klinikken. Vi har bedt de ulike poliklinikkene rapportere på hvilken av disse modellene de benytter og deres erfaring med disse.

Vi finner at de aller fleste poliklinikkene har en etablert praksis for vurderingssamtale, hovedsakelig i form av en pasientsamtalemodell eller en kombinasjon av både pasientsamtale og henvisingsdialog. Til tross for store ulikheter mellom modellene, inkludert hvilke pasienter de gjelder for og hvilken erfaring de ulike poliklinikkene har med disse, beskrives mange positive effekter, både for pasientene og poliklinikkene.

Betydelig variasjon i praksis, også innad de ulike modelltypene, særlig med tanke på registreringspraksis og rettighetsavklaring, representerer likevel en betydelig utfordring i den videre oppfølgingen av dette målet i aktivitetsdata.

4.2 Bakgrunn

Resultatmål 4 i opptrappingsplanen er at barn og unge som henvises til psykisk helsevern får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det konkretiseres også at det normalt ikke skal forekomme avslag kun basert på skriftlig henvisning.

Målet beskrives som et ledd i regjeringens ønske om å bidra til å styrke kvaliteten og bedre tilgjengeligheten til tjenester for mennesker med psykiske plager og lidelser, og et grunnlag for bedre samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Oppdraget om vurderingssamtale for alle henvisinger til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) ble lansert i 2022.

Det ble ikke lagt strenge premisser for hvordan oppdraget skulle løses, og flere steder var det allerede gjennomført tiltak for å styrke prosessene rundt avklaring av barn og unge henvist eller vurdert henvist til PHBU.

Det er flere eksempler på ulike prosjekter og praksis ute i helseregionene som har eller har hatt som mål å bedre samarbeidet mellom helsetjenestene og kommunene, eller på andre måter kvalitetssikre avklaringsprosessene knyttet til barn og unge med psykiske helseplager.

I Helse Sør-Øst har for eksempel initiativ som «Inntak ute» og «Dialogbasert felles inntak» lagt til rette for et tett og systematisert samarbeid mellom poliklinikkene i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og kommunene rundt

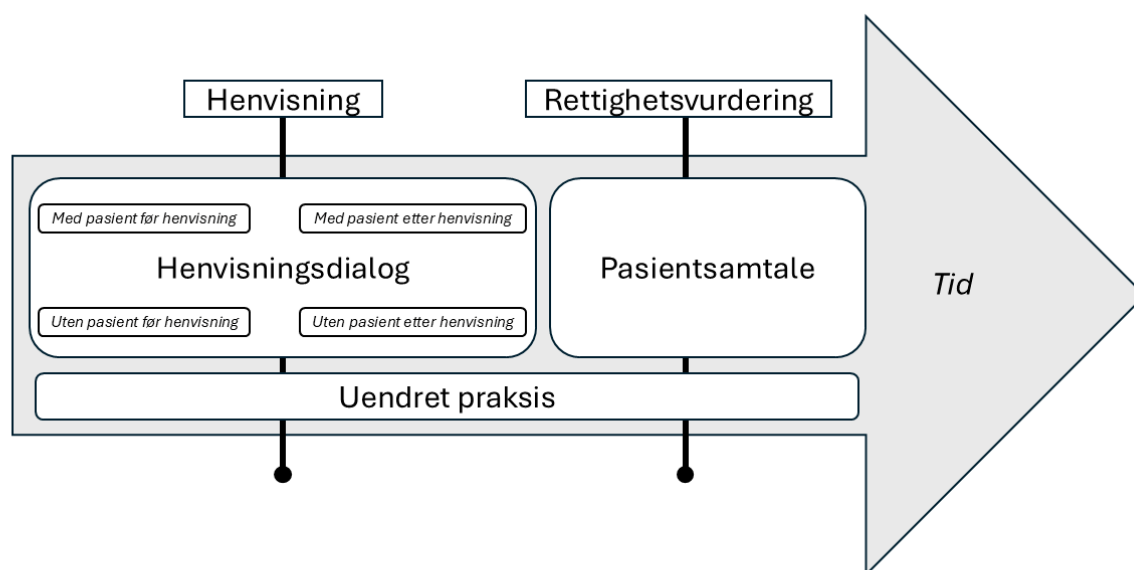
henvisningsprosessen. Målet har vært å sikre presise henvisinger, at helsehjelp ytes på riktig nivå og at barn og unge med et reelt behov for BUP sine tjenester ikke får avslag på sine henvisninger.

Andre tilnærminger har hatt et større fokus på pasientinvolvering og spesialistenes rolle i å tidlig vurdere pasienten og henvisningsrunnlaget. BUP Ahus og poliklinikkene tilknyttet Universitetssykehuset Nord Norge har for eksempel praktisert hhv. «All inn» og CAPA-modellen, som i ulik grad legger opp til at alle barn og unge som henvises enten tas inn eller inviteres til en samtale eller utredning.

Basert på disse, samt annet tidligere arbeid på dette feltet, kan man definere to grovkategorier av ulike tilnærminger for å løse oppdraget om vurderingssamtaler ute i klinikken, hhv. «pasientsamtale» og «henvisningsdialog» (figur 4.1).

Pasientsamtalemodellen legger til grunn at pasienter som er henvist får en samtale ved poliklinikken, hvor det vurderes om pasienten skal få videre vurdering og behandling hos spesialist, eller i en annen instans. Denne samtalen kan gjennomføres før eller etter rettighetsvurdering.

Henvisningsdialogmodellen legger til grunn at poliklinikken har en avtale med kommunale instanser av typen dialogbasert felles inntak, eller at man praktiserer ulike typer inntaksmøter eller samtaler med henviser (og eventuelle andre relevante aktører), som kan skje før eller etter en eventuell henvisning.



Figur 4.1 Modeller for vurderingssamtale

4.3 Kartlegging

I første rapportering på dette resultatmålet i opptrappingsplanen ønsket vi å gjennomføre en primær kartlegging av hvordan oppdraget om vurderingssamtaler ble løst i klinikken og hvilke erfaringer som har blitt gjort underveis. Vi la til grunn at det kunne være forholdvis stor variasjon i hvordan poliklinikkene har løst oppdraget og hvordan dette eventuelt ble forstått å være annerledes fra, eller forenlig med, allerede etablert praksis ved de ulike poliklinikkene.

Via kontakter i de regionale helseforetakene sendte vi ut et spørreskjema til de ulike poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Vi ba om at besvarelsene ble gitt av enten en leder eller andre med god gjenskap til driften ved den respektive poliklinikken.

I spørreskjemaet måtte respondenten angi hvilken modell som blir praktisert ved deres poliklinikk. Respondenten kunne også velge å svare «annet» eller «uendret praksis». Ut ifra hvilket alternativ som ble valgt fikk man deretter tilpassede oppfølgingsspørsmål.

I de tilfellene en poliklinikk praktiserte både pasientsamtaler og henvisningsdialog måtte man fylle ut spørreskjemaet to ganger. Disse besvarelsene ble klassifisert som **kombinasjonsmodell**. Kategoriene **annet** og **uendret praksis** ble i stor grad definert basert på besvarelsene som bli gitt innenfor disse. Annet-kategorien omfattet i hovedsak beskrivelser av delvis implementerte varianter av pasientsamtale eller henvisningsdialog. Uendret praksis-kategorien omfattet i hovedsak poliklinikker som har valgt å ikke innføre en konkret modell, men som likevel, og i tråd med tidligere praksis, av og til kontakter henviser for supplerende informasjon [15].

4.4 Resultater

Vi presenterer de kvantitative og kvalitative funnene fra spørreundersøkelsen separat. Der metodiske grep er tatt for å sikre og beskrive representativitet for de kvantitative resultatene, er de kvalitative funnene i hovedsak tematiske oppsummeringer av besvarelsene gitt i de åpne tekstfeltene i spørreundersøkelsen. Her må man ha med seg at det er stor grad av variasjon i hvor utfyllende respondentene har svart i disse delene av undersøkelsen og derfor usikkerhet knyttet til hvor representative disse er. Enkelte respondenter har for eksempel ikke svart i det hele tatt, mens andre har gitt lengre besvarelser med flere perspektiver og konkrete eksempler fra praksis.

Kvantitative funn

Kompletthet

Respondentene ble spurt om å oppgi hvilken poliklinikk de svarte på vegne av. De stod også fritt til å svare på vegne av flere poliklinikker.

For å sikre at resultatene er mest mulig representative er besvarelsene sammenstilt basert på behandlingstedskode fra NPR. Alle poliklinikker med aktivitet i PHBU skal være tilknyttet en unik behandlingstedskode. I noen tilfeller er flere poliklinikker tilknyttet samme behandlingstedskode.

Å benytte behandlingstedskode muliggjør et estimat av den totale populasjonen av aktive poliklinikker i PHBU, samt omfanget av aktivitet (for eksempel antall polikliniske konsultasjoner) ved hvert enkelt behandlingssted. Dette gjør det igjen mulig for oss å si noe om svarprosenten for spørreundersøkelsen og hvor representativ den er, samt å koble informasjon fra spørreundersøkelsen mot aktivitetsdata.

Ulempen med å sammenstille besvarelsene på «behandlingsteds-kode» er at man potensielt vil måtte slå sammen to eller flere separate eller tilsynelatende uavhengige besvarelser kun fordi de sokner til samme behandlingstedssted. Det kan også være utfordringer knyttet til det å gjøre informerte vurderinger av hvorfor eventuelle behandlingsteds-koder ikke er representert i spørreskjemadataene. For enkelte poliklinikker, som for eksempel kun ser viderehenviste pasienter, vil ikke vurderingssamtaler være relevant.

Tabell 4.1 Kompletthet for spørreundersøkelsen

Region	Antall poliklinikker PHBU (2023)	Antall (%) representert i spørreundersøkelsen
Helse Midt	11	9 (82)

Helse Nord	18	15 (83)
Helse Sør-Øst	40	28 (70)
Helse Vest	17	16 (94)
Total	86	68 (79)

Vi finner en relativt god kompletthet for datagrunnlaget, med ca. 80 prosent av landets poliklinikker med registrert aktivitet i PHBU representert i spørreundersøkelsen (tabell 4.1). Det er likevel noe geografisk variasjon, med andelsmessig lavest dekning i landets største region (Helse Sør-Øst, 70 prosent), og best dekning i Helse Vest (94 prosent) [16].

Valg av modell, samt variasjoner i praksis

Av de 68 poliklinikkene som har besvart spørreundersøken, oppgir de aller fleste å ha en praksis for vurderingssamtale (87 prosent; se tabell i vedlegg A)). Det er likevel noe variasjon i valg av type modell og hvordan disse fordeler seg i regionene. Pasientsamtalemodellen er den vanligste, enten som den eneste modellen (n =33, 49 prosent), eller som en del av en kombinasjonsmodell (n =14, 21 prosent). Kun 20 prosent (n =12) oppgir å kun praktisere henvisningsdialog. På regionsnivå synes unntaket fra denne trenden å være Helse Midt-Norge, hvor pasientsamtalemodellen i sum er mindre utbredt enn henvisningsdialog. Kombinasjonsmodellen er mest utbredt i Helse Sør-Øst, og relativt lite brukt i de øvrige helseregionene.

Kun et mindretall (22 prosent) oppgir at modellen de benytter gjelder alle henviste pasienter. Hvilke pasienter vurderingssamtalepraksisen kan forstås å gjelde for er videre belyst i de kvalitative resultatene. Over 80 prosent oppgir at de også før 2022 hadde en praksis som var lignende eller tilvarende pasientsamtale eller henvisningsdialog.

Blant poliklinikkene med pasientsamtalemodell var det også noe variasjon i hvordan disse samtalene blir registrert, samt hvorvidt de blir gjennomført før eller etter rettighetsavklaring. Om lag halvparten av de med henvisningsdialog oppga at disse blir registrert på en eller annen måte [17].

De fleste med henvisningsdialog (85 prosent) oppga også at disse vanligvis foregår på vegne av flere pasienter. Dette, samt svarene gitt i et eget spørsmål i undersøkelsen på hvilke aktører som typisk deltar i henvisningsdialogene, kan forstås som at disse svært sjeldent involverer pasienten.

Kvalitative funn

I dette delkapitlet oppsummerer vi ulike perspektiver som respondentene har trukket frem i sine besvarelser om hvordan innføringen av de ulike vurderingssamtale-modellene har påvirket arbeidsflyten i avdelingen, samt hvordan de ulike modellene oppleves å påvirke hvorvidt pasientene får rett hjelp til rett tid. Vi har også spurt, i de tilfellene man oppgir at modellen ikke gjelder alle henviste pasienter, om et mer utfyllende svar på hvilke pasienter disse gjelder for ved deres avdeling.

Pasientsamtale

Hvilke henvisninger

Det nevnes flere generelle kriterier som er aktuelle for å selektere henvisninger for pasientsamtale. Et typisk eksempel er tvilsomme eller mangelfulle henvisninger. Dette kan være henvisninger som gir adekvat informasjon om mistanken om psykisk uhelse og funksjonssvikt, men hvor det likevel er tvil om rett behandlingsnivå; eller mangelfulle henvisninger hvor all informasjon ikke er tilgjengelig, men hvor det likevel er indikasjon for hjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasientsamtaler kan også være særlig aktuelt for pasienter hvor det er usikkerhet knyttet til rettighetsvurdering, hastegrad (inkludert symptomtrykk eller funksjonsnedsettelse)

eller motivasjon. Generelt kan man si at usikkerhet knyttet til behandlingsnivå, om pasienten skal ha behandling hos BUP eller i førstelinjetjenesten, er en viktig utløsende faktor for om man velger å kalle inn til pasientsamtale eller ikke.

Av mer spesifikke tilfeller nevnes også rehenviste pasienter med tidligere historikk og ustabil oppmøte, samt ungdommer henvist for ADHD, men hvor det er gjort lite kartlegging i førstelinjetjenesten, som særlig aktuelle for avklaring gjennom pasientsamtale.

Positive effekter

Det beskrives flere positive effekter av pasientsamtalemodellen. Disse inkluderer bedre og mer faglig forsvarlige inntaksvurderinger, bedre arbeidsflyt og raskere avklaring. Det er en opplevelse at modellen sikrer at barna/ungdommene får riktig hjelp til riktig tid. Videre nevnes også at en åpen og god dialog med pasienten og foreldrene i en tidlig fase både kan være terapeutisk og betryggende, og også gjøre det lettere å akseptere at det videre tilbudet kan være et annet sted i de tilfellene man lander på at pasienten ikke skal følges opp videre i spesialisthelsetjenesten. Noen oppgir at man med pasientsamtalemodellen tar inn flere pasienter enn tidligere, eller at avslagsprosent har blitt lavere, men også at man opplever en sikring av oppfølging på kommunalt nivå dersom BUP ikke kontinuerer oppfølging. De stedene hvor det har blitt gjennomført brukerundersøkelser, pekes det på at disse viser at både foreldre, pasienter, samarbeidspartnere og medarbeidere er veldig fornøyde.

Negative effekter

Mye av det som problematiseres med pasientsamtalemodellen har med ressurser å gjøre. Noen beskriver en opplevelse av mye ekstraarbeid, spesielt knyttet til registrering og følgeeffekter som opparbeiding av interne ventelister, eller at det er utfordrende å frigjøre nødvendige ressurser for å gjennomføre pasientsamtaler. Det er også bekymring for at ressurser brukt på å avklare pasientgrupper med mild til moderat sykdom kan gå på bekostning av de med større behov.

At pasientsamtalene ofte må gjennomføres på kort varsel (for å være innenfor fristen for rettighetsavklaring) kan også gi utfordringer, særlig i områder med lang reisevei.

Henvisningsdialog

Hvilke pasienter?

Også for henvisningsdialog nevnes tvilstilfeller (særlig knyttet til valg av behandlingsnivå eller rett til helsehjelp) og uklare henvisninger som viktige kriterier for å gå inn i en slik prosess. Barn som av ulike grunner tas opp i samarbeidsmøtene med kommunene eller tilfeller valgt av kommunale konsultasjonsteam nevnes som eksempler. Dette kan også inkludere barn/ungdommer/familier som har bitt avvist hos spesialist, men hvor det likevel er tydelig behov for et tilbud i førstelinjen.

Det understrekes også at det kan være stor variasjon mellom kommunene i hvilke pasienter som er kandidater for henvisningsdialog, basert for eksempel på størrelse, tilbud og ulike samarbeidsformer.

Erfaringer

Det beskrives i hovedsak positive og svært få negative erfaringer med henvisningsdialog-modellen. Det nevnes blant annet at møtene mellom spesialist, henviser og/eller kommunale instanser oppleves som et utgangspunkt for veiledning, samarbeid og koordinering (som igjen gir bedre henvisninger), samt mer lik vurderingspraksis mellom BUP og førstelinjen. Gjennom møtene får man et mer helhetlig bilde av barnets vansker og hvilke tiltak som er prøvd ut tidligere. Informasjon fra ulike instanser gir et bedre grunnlag for å vurdere rett til helsehjelp og hvilket nivå pasienten får best hjelp på. Pasienten får raskere hjelp på riktig nivå og unngår unødvendige avvísninger og rehenvisninger.

Andre betraktninger

På slutten av spørreskjemaet var det en mulighet for respondentene å komme med ytterligere utdyping av sine tidligere svar. Her var det også flere viktige perspektiver som kom frem.

Flere av disse er knyttet til dette med rettighetsvurdering, som igjen henger sammen med flere andre aspekter. Det uttrykkes for eksempel bekymring for at samtaler som gjennomføres før rettighetsvurdering kan medføre gratisarbeid, uten refusjon eller målbar aktivitet. Det etterlyses bedre registreringssystemer, retningslinjer og definisjoner for hvordan vurderingssamtaler skal kodes og gjennomføres.

Videre beskrives også et behov for flere møter på systemnivå med kommunene, samt et økt fokus på samarbeid med kommunene også for å sikre riktig oppfølging av pasienter som tilbakeføres fra spesialisthelsetjenesten.

Fastlegens rolle i henvisingskjeden, og særlig deres manglende kobling opp mot kommunale hjelpetjenester, problematiseres også. Mange av de direkte henvisingene til spesialisthelsetjenestene, og som ofte omgår etablerte samarbeidsmodeller eller eksisterende kommunale tilbud, oppleves ofte å komme fra fastlegene.

Tilfeller av ulik praksis, for eksempel at én BUP har en all-inn modell som gir alle henviste pasienter rett til helsehjelp, mens andre fortsatt praktiserer en kriteriebasert tilnærming til rettighetsvurdering, nevnes også som en potensiell utfordring og noe som kan føre til skjevheter i hvilke pasienter som tas inn ved ulike poliklinikker.

Noen peker også på at de har hatt et langt samarbeid med kommunene i sitt opptaksområde og at det å se oppstartsdato for de ulike modellene først og fremst i sammenheng med innføringen av opptrappingsplanen er noe misvisende.

[15] Det er stor variasjon også blant poliklinikkene som vedkjente seg en pasientsamtale eller henvisningsdialog modell mtp hvordan og når de ulike modellene ble implementert. Dette antyder et element av vilkårlighet knyttet til hvorvidt en respondent som svarer på vegne av en poliklinikk som for eksempel bare har en delvis implementert pasientsamtalemodell, eller som over mange år har praktisert en variant av henvisningsdialog vil klassifisere sin besvarelse som enten «annet» eller «uendret praksis» i stedet for hhv pasientsamtale eller henvisningsdialog. I enkelte tilfeller, hvor det var åpenbart ut ifra respondentens beskrivelse av praksis at vedkommende enten hadde misforstått eller klassifisert feil, tok vi kontakt og ba om at besvarelse ble fylt inn på nytt.

[16] Helse Vest og Sør-Øst har levert supplerende informasjon for å korrigere grunnlaget brukt for å beregne antall relevante poliklinikker per region, noe som må forventes å påvirke estimatet for kompletthet

[17] Særlig for spørsmålene som omhandlet registrering var det også en del respondenter som enten ikke svarte, oppga at disse ikke ble registrert eller svarte flere alternativer.

Ventetid til psykisk helsevern og rusbehandling

Resultatmål 5 i opptrappingsplanen for psykisk helse er at gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne (PHV), 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).

5.1 Oppsummering

Nasjonale ventetidstall viser at gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern voksne (PHV) og psykisk helsevern barn og unge (PHBU) i 2023 lå langt over målene for opptrappingsplanen. Ventetid til tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) lå tettere på ventetidsmålet for sitt område.

Status for mål om reduksjon i ventetid til psykisk helsevern er i denne rapporten videre adressert gjennom analyse av aktivitetsdata i PHBU, og med fokus på median ventetid blant barn og unge.

På nasjonalt nivå ligger median ventetid for henvisninger til PHBU langt over opptrappingsplanens mål på 35 dager, med en tendens til økning i ordinær ventetid i perioden 2019 til 2023. I 2023 hadde omtrent 75 prosent av henvisninger en ventetid over 35 dager.

Likevel, for de mest alvorlige henvisningsårsakene, slik som depresjon, spiseforstyrrelse, psykose og selvskading, ser man at median ventetid enten ligger tett på eller i underkant av opptrappingsplanens målsetting.

Intern ventetid er relativt stabil på tvers av henvisningsårsaker og helseregioner, med en median på tolv dager i 2023. Bevegelse i intern ventetid følger ordinær ventetid, uten tydelige tegn til økning når ordinær ventetid går ned.

5.2 Bakgrunn

Resultatmål 5 for opptrappingsplanen er at «gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne (PHV), 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)». Nasjonale ventetidstall for PHV var 54 dager i 2023, en svak oppgang fra 2022 (50 dager). For TSB var de samme tallene hhv 33 og 32 dager [18]. I 2024 var det en videre økning i ventetiden hos PHV (55 dager), mens gjennomsnittlig ventetid hos TSB gikk ned (30 dager). I PHBU var gjennomsnittlig ventetid i 2022, 2023 og 2024 hhv. 54, 55 og 52 dager.

En begrensning med de gjeldende og tilgjengelige ventetidstallene er for det første at de ikke er tilgjengelige for ulike undergrupper av pasienter henvist til psykisk helsevern. Det kan være viktige forskjeller i ventetid for ulike henvisningsårsaker eller diagnosekategorier. For det andre inkluderer de ingen mål på intern ventetid. Ventetid er et viktig styringsmål som får mye oppmerksomhet. Det har blitt uttrykt bekymring og usikkerhet knyttet til hvorvidt dette fokuset på ventetid potensielt kan ha uheldige konsekvenser, som for eksempel en forskyvning av ventetid fra tiden før, til tiden etter, første konsultasjon. Fra et metodologisk perspektiv er dessuten usikkerhet knyttet til det å bruke gjennomsnitt som måltall på sentraltendens i ventetidsdata.

I denne første rapportering på resultatmålene i opptrappingsplanen vil vi rette fokus på ventetidstall fra psykiske helsevern for barn og unge (PHBU), samt utviklingen av disse i perioden 2019 til 2024. Vi presenterer median ordinær og intern ventetid for alle henviste, samt for særskilte pasientgrupper (basert på henvisningsårsak), både nasjonalt og for de ulike helseregionene. Disse analysene vil på sikt utvides til å inkludere også PHV og TSB.

5.3 Metode

Analysen er basert på henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge hvor helsehjelpen er påbegynt ved helseforetak, Lovisenberg diakonale sykehus eller Diakonhjemmet sykehus i årene 2019–2024.

En unik henvisningsperiode er i denne sammenhengen definert som én henvisningsperiode ID tilknyttet én person og ett helseforetak. Det er altså mulig for en person å dukke opp flere ganger i utvalget, gitt at personen er tilknyttet flere henvisningsperiode ID'er og/eller oppfølging ved flere helseforetak.

Vi har gjort flere avgrensninger i datagrunnlaget, som også påvirker hvilke personer som er inkludert i utvalget. Barn og unge er i denne sammenhengen definert som personer under 30 år. Barn og unge som i året etter status avviklet venteliste har hatt en eller flere ikke-polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten og i forbindelse med samme henvisningsperiode ID (dvs. innleggelser) er ekskludert fra utvalget. Alle ø-hjelps kontakter med spesialisthelsetjenesten er også ekskludert, selv om alle henvisningsforløp blant barn og unge som ikke har vært innlagt, men som inneholder ø-hjelps kontakter, likevel er inkludert i utvalget.

Siden vi kartlegger både ordinær og intern ventetid er utvalget videre avgrenset til de henvisningsperiodene som inneholder minst to polikliniske kontaktdøgn (dvs. polikliniske kontakter på to ulike kalenderdøgn, uavhengig av om man for eksempel har hatt flere polikliniske konsultasjoner på én dag).

Ordinær ventetid er definert som antall dager til pasienten tas av venteliste (avviklingsdato). Intern ventetid defineres som antall dager mellom første og andre polikliniske kontaktdøgn. Alle ventetider presenteres som medianer med interkvartiler (det vil si spredningen av de midterste 50 prosentene av dataen) for hvert år. Valg av median og interkvartil som hhv. sentral- og spredningsmål beror i hovedsak på at ventetidsdata ofte er skjevfordelt og/eller inneholder ekstreme verdier. Interkvartiler gir dessuten et noe mer intuitivt mål på spredning (enn for eksempel standardavvik) og man kan enkelt kan anslå hvordan dataen (prosentvis) fordeler seg i forhold til ulike referanseverdier.

Utover ventetider for den totale gruppen av alle unike henvisninger, presenterer vi også ventetider for et utvalg pasientgrupper basert på de vanligste (mistanke om ADHD, angst eller depresjon) og mest alvorlige henvisningsårsakene (alvorlig selvskading, mistanke om spiseforstyrrelse eller psykose). Samtlige estimer presenteres også for de fire helseregionene.

5.4 Resultater

Antall henvisninger

Antall henvisninger på nasjonalt nivå til PHBU økte i perioden 2019 til 2021, og igjen i 2023, for så å gå ned i 2024 (tabell 5.1). Henvisninger for mistanke om ADHD, angstlidelse eller depresjon har generelt utgjort en stor andel av alle henvisninger til PHBU i denne perioden, men med ulik utvikling over tid. Henvisning for mistanke om ADHD har økt fra 20 prosent i 2019 til 28 prosent i 2024. Henvisning for mistanke om angstlidelse eller depresjon har gått ned fra 15 prosent i 2019 til under ti prosent i 2024. Med unntak av en liten økning i 2020 og 2021, har henvisninger for mistanke om psykose, spiseforstyrrelse eller selvskading ligget stabilt på like under fem prosent.

Tabell 5.1 Antall henvisninger for alle henvisninger og per henvisningsårsak per år

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nasjonalt	18 403	20 024	23 921	21 765	21 872	19 213
ADHD	3 603 (20)	4 232 (21)	5 327 (22)	5 954 (27)	6 130 (28)	5 449 (28)
Angst	2 749 (15)	2 730 (14)	3 499 (15)	2 858 (13)	2 455 (11)	1 837 (9.6)
Depresjon	2 812 (15)	3 012 (15)	3 755 (16)	2 588 (12)	2 180 (10)	1 579 (8.2)
Psykose, spiseforstyrrelse eller selvskading	874 (4.7)	1 136 (5.7)	1 473 (6.2)	1 042 (4.8)	935 (4.3)	878 (4.6)

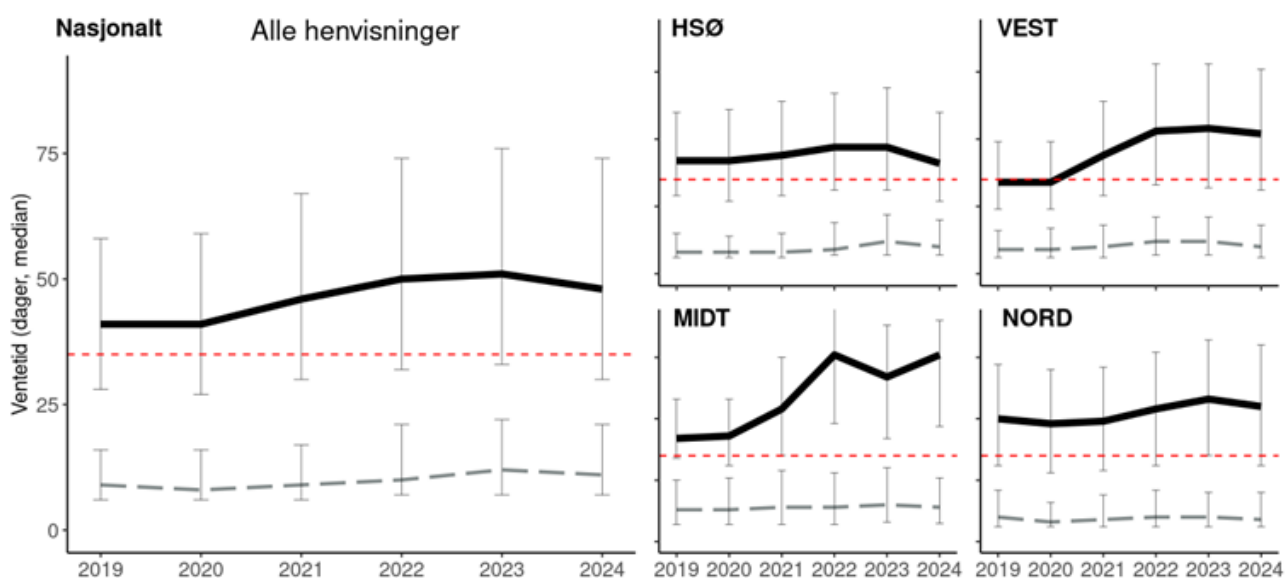
Alle verdier er antall, med prosentfordeling per kolonne (år) i parentes

Ordinær ventetid

Alle henvisninger

På nasjonalt nivå ligger median ventetid for alle henvisningsperioder i overkant av opptrappingsplanens mål på 35 dager, og man kan se en tendens til at ventetiden har økt siden 2019 (figur 5.1). Basert på interkvartilene for 2023 kan man anslå at nærmere 75 prosent av alle henvisningsperiodene hadde en ventetid på over 35 dager, med en liten nedgang i 2024. En annen trend over tid er at interkvartilene har blitt bredere. Gitt at det ikke har blitt betydelig færre henvisninger over tid, kan dette indikere at ventetiden i tillegg til å bli lengere også har blitt mer variabel.

Profilen i henvisningsårsak er noe ulik i regionene og vil påvirke de regionale tallene. Den eneste regionen med en definerbar nedadgående trend er Sør-Øst, hvor estimatene for 2024 er mer på nivå med tallene fra 2019 enn for 2023.



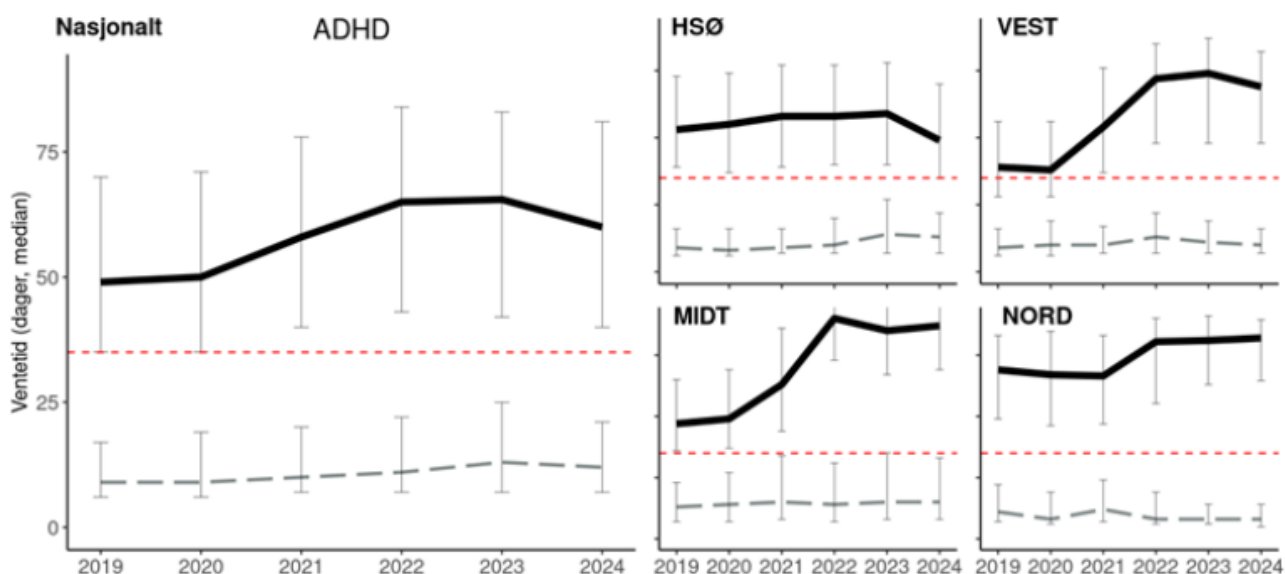
Figur 5.1 Ordinær og intern ventetid (i hhv sort heltrukket og grå stiplet linje) for alle henvisninger i PHBU i årene 2019-2024, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje. HSØ =Helse Sør-Øst, VEST =Helse Vest, MIDT =Helse Midt-Norge, NORD =Helse Nord

For barn og unge henvist for mistanke om ADHD

Ventetid for barn og unge henvist for mistanke om ADHD har økt, og minst 75 prosent av henvisninger siden 2019 venter lenger enn opptrappingsplanens mål om 35 dager (figur 5.2). Hvis man legger

prioriteringsveilederen til grunn, som gir en veiledende frist på 13 uker (91 dager) for denne henvisningsårsaken, kan man likevel se at over 75 prosent av henvisningene ligger godt under denne fristen.

Regionene som synes å avvike mest fra de nasjonale tallene er Sør-Øst og Midt. For Sør-Øst er estimatene for 2024 mer på nivå med tallene fra 2019 enn for 2023, som igjen kan indikere en nedadgående trend. Vest og Midt er regionene som har hatt den tydeligste økningen i ventetid for denne gruppen. Midt skiller seg likevel mest ut som den eneste regionene hvor øvre interkvartil ser ut til å overstige også veiledende frist fra prioriteringsveilederen.

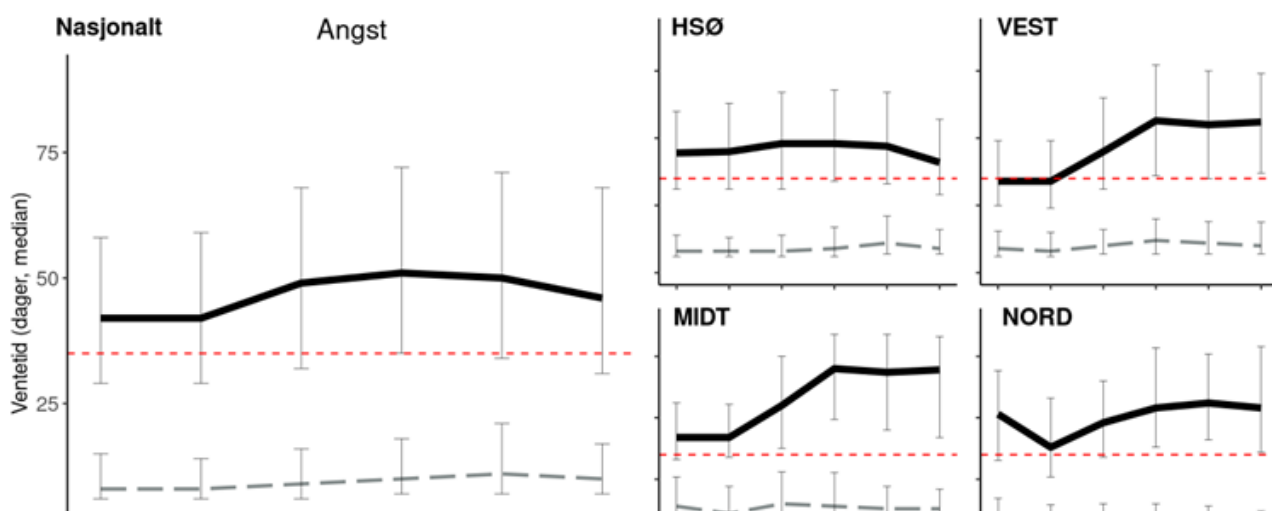


Figur 5.2 Ordinær og intern ventetid (i hhv sort heltrukket og grå stiplet linje) for henvisninger for mistanke om ADHD i PHBU i årene 2019-2024, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptreppingsplanene i rød stiplet linje. HSØ =Helse Sør-Øst, VEST =Helse Vest, MIDT =Helse Midt-Norge, NORD =Helse Nord.

For barn og unge henvist for mistanke om angstlidelse

Ventetiden for barn og unge henvist for mistanke om angstlidelse synes å være relativt stabil over tid (figur 5.3). Estimatene ligger jevnt over målet for opptreppingsplanen, men innenfor veiledende frist for prioriteringsveilederen (tolv uker).

Her er det likevel tydelig variasjon på regionsnivå, med stabil og potensielt nedadgående trend i Sør-Øst, relativt stabilt i Nord og potensielt økende ventetider i Vest og Midt.



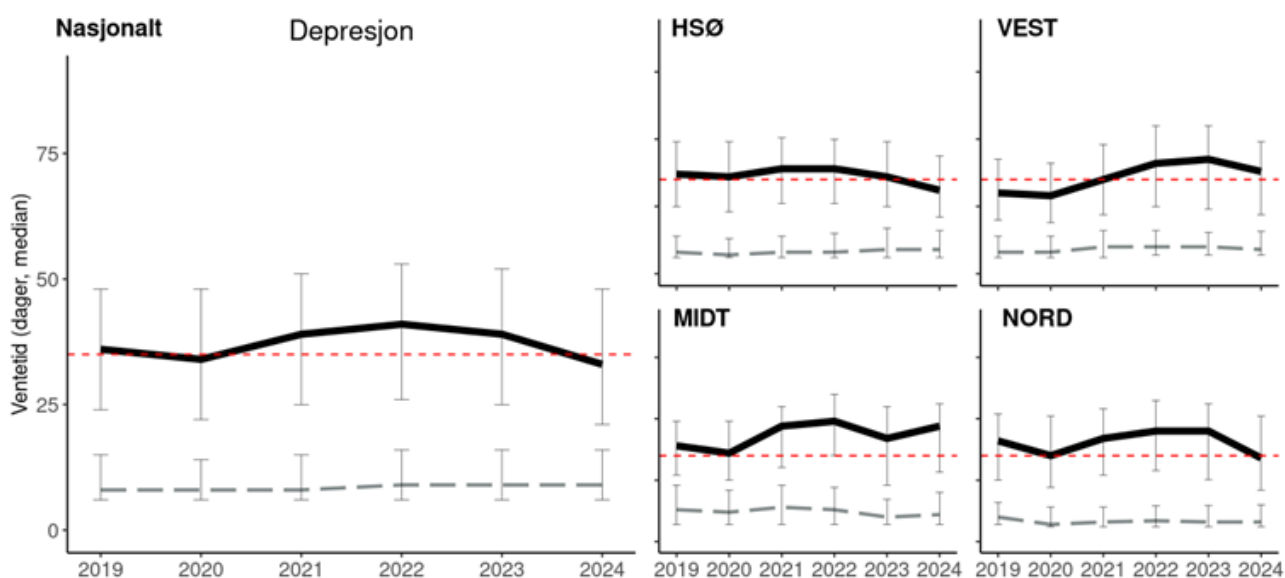


Figur 5.3 Ordinær og intern ventetid (i hhv sort heltrukket og grå stiplet linje) for henvisninger for mistanke om angstlidelse i PHBU i årene 2019-2024, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje. HSØ =Helse Sør-Øst, VEST =Helse Vest, MIDT =Helse Midt-Norge, NORD =Helse Nord.

For barn og unge henvist for mistanke om depresjon

Ventetiden for barn og unge henvist for mistanke om depresjon synes å være relativt stabil over tid og å ligge relativt tett på målet for opptrappingsplanen (figur 5.4). I 2024 var median ventetid for denne gruppen like under målet for opptrappingsplanen, men likevel i overkant av veiledende frist i prioriteringsveilederen (28 dager)

På regionsnivå er trenden for Sør-Øst, Vest og Nord forholdsvis lik, med en ventetid relativt tett på målet for opptrappingsplanen, særlig i 2024, hvor det også er en potensiell nedgang i ventetidsestimatene fra året eller årene før. Unntaket er Midt, hvor ventetiden jevnt ligger over målet for opptrappingsplanen, også i 2024, hvor man dessuten ser en svak oppgang fra 2023.



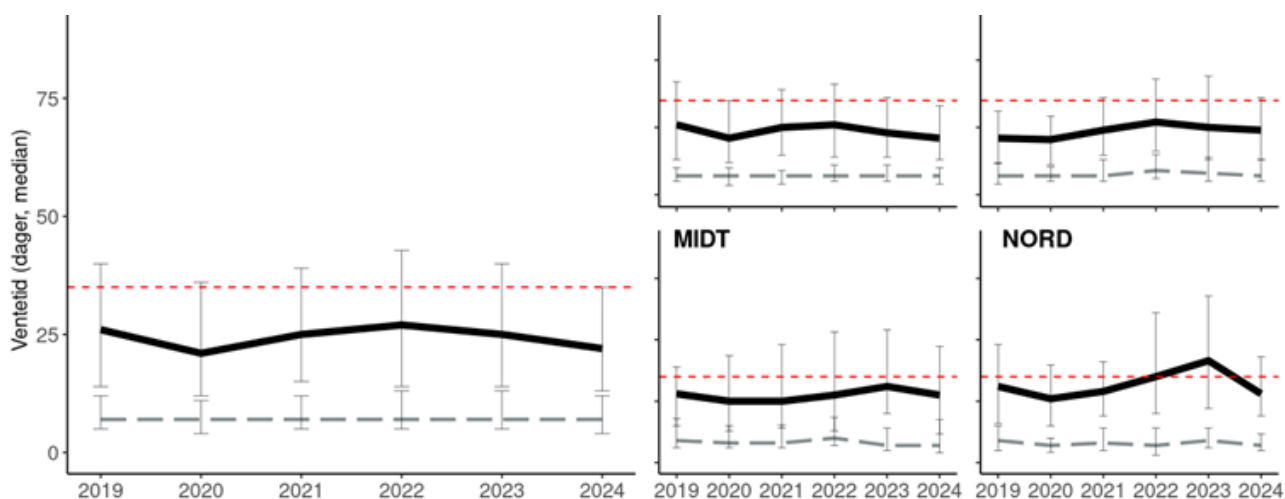
Figur 5.4 Ordinær og intern ventetid (i hhv sort heltrukket og grå stiplet linje) for henvisninger for mistanke om depresjon i PHBU i årene 2019-2024, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje. HSØ =Helse Sør-Øst, VEST =Helse Vest, MIDT =Helse Midt-Norge, NORD =Helse Nord.

For barn og unge henvist for mistanke om psykose, spiseforstyrrelse eller alvorlig selvskading

Basert på veiledende frister fra prioriteringsveilederen er dette de henvisningsårsakene (sammen med depresjon) som skal prioriteres først (2–4 uker). Dette gjenspeiles også i de nasjonale ventetidstallene, hvor estimatene for disse gruppene ligger lavt (median rundt 25 dager) og med stabile interkvartiler (figur).

For Sør-Øst og Vest er estimatene forholdsvis like de nasjonale tallene. For Midt er det noe mer variabilitet og for Nord både mer variabilitet og lengre ventetider. For særlig Midt og Nord må det også tas med i fortolkningen av disse tallene at de baserer seg på relativt få antall henvisninger sammenlignet med Vest og Sør-Øst.





Figur 5.5 Ordinær og intern ventetid (i hhv sort heltrukket og grå stiplet linje) for henvisninger for mistanke om psykose, spiseforstyrrelse eller alvorlig selvskading i PHBU i årene 2019-2024, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptreppingsplanene i rød stiplet linje. HSØ =Helse Sør-Øst, VEST =Helse Vest, MIDT =Helse Midt-Norge, NORD =Helse Nord.

Intern ventetid

Både for den totale populasjonen av henvisninger til PHBU, for de ulike henvisningsårsakene og på tvers av de ulike helseregionene, synes intern ventetid å være relativt stabil og med lite variabilitet. I 2023 var median intern ventetid for alle henvisninger tolv dager. For henvisningsårsakene ADHD, angst, depresjon og oppsamlingskategorien bestående av psykose, spiseforstyrrelse og selvskading, hhv. 13,11, 9 og 7 dager.

Man kan se noe bevegelse over tid i estimatene for intern ventetid, men disse synes i all hovedsak å være i takt med bevegelsene i ordinær ventetid. Når ordinær ventetid går opp, går også intern ventetid noe opp. Vi ser ingen tydelige tegn til at intern ventetid går opp i de tilfellene hvor ordinær ventetid går ned.

[18] [Ventetider. statistikkbank \(FHI\)](#)

Sengeplasser og døgnkapasitet i psykisk helsevern

Resultatmål 6 i opptrappingsplanen for psykisk helse er å hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling.

6.1 Oppsummering

Etter mange år med nedgang i døgnplasskapasiteten i **psykisk helsevern for voksne (PHV)**, var det en svak vekst fra 2021 til 2023. Justert for befolkningsutviklingen avtok imidlertid dekningsraten i perioden 2019 til 2023. I samme periode økte antall sikkerhetsplasser.

Analyser av døgnvirksomheten viser at det var nedgang i antall innleggelser blant voksne i pandemiårene (2019–2020), og at nivået fortsatt var lavere i 2023 enn i 2019 tross vekst etter 2020. Det var videre liten endring i varigheten av døgnopphold (median 7 dager), andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (67–66 %) og antall døgnpasienter i samme periode. Samtidig var det en økning i poliklinisk og ambulant virksomhet i tjenestene i PHV, samt vekst i utbredelsen av integrerte tjenester som ACT/-FACT-team.

I regionenes rapportering om døgnkapasitet og fremskrevet behov, vises det også til fremvekst av nye behandlingsformer som har som formål å bygge bro mellom døgntilbud og poliklinikk, og gi tett oppfølging uten døgninnleggelse, slik som ulike varianter av hjemmesykehus, ambulante team og FACT-team. Det oppgis at for en del pasienter kan dette redusere behovet for døgninnleggelser, ikke minst på DPS-nivå. Samtidig rapporterer regionene at det fortsatt er behov for å styrke døgntilbudet i psykisk helsevern for voksne, spesielt til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og innen sikkerhetspsykiatrien.

I **psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)** var det vekst i antall døgnplasser og stabil dekningsrate i perioden 2019–2023. Antall innleggelser var høyere i 2023 enn i 2019 (+ 23 %), til tross for nedgang siste år (-9%). Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser økte fra 58 til 66 prosent, og varigheten av døgnoppholdene gikk ned fra seks til fire dager (median) i femårsperioden. Antall døgnpasienter var noe høyere i 2023 enn før pandemien, men avtok gradvis etter 2021. Samtidig var det en økning i omfanget av polikliniske pasienter, spesielt etter 2020.

Informasjon fra regionene kompletterer bildet av utviklingen i tjenestene til barn og unge. Flere av regionene rapporterer om nedgang i liggedøgn i tjenesten, noe som ser ut til å være en trend etter pandemiårene, men som også kan sees i sammenheng med at det ved mange helseforetak har vært fremvekst av ambulante tilbud som reduserer behovet for døgninnleggelser blant barn og unge, som for eksempel akutt ambulant hjemme-sykehus. Det rapporteres samtidig om styrking av døgn-tjenestene i psykisk helsevern for barn og unge i flere regioner.

6.2 Bakgrunn

Psykisk helsevern har de siste årene vært preget av økt pågang av pasienter til tjenesten. Veksten i henvisninger var størst i pandemiårene (2020–2021), spesielt var det en økning blant ungdom (13–17 år) og unge voksne (18–29 år). Omfanget av nyhenviste pasienter har imidlertid ikke gått ned i årene etter pandemien, så trykket på tjenesten er fortsatt opprettholdt. Kapittel 11 gir en nærmere beskrivelse av denne utviklingen. I opptrappingsplanens mål om å møte og ivareta behovet for døgntilbud til barn og unge og pasienter med

alvorlige psykiske lidelser, blir det sentralt å følge utviklingen i tjenestetilbudet til disse pasientgruppene i årene som kommer på nasjonalt og regionalt nivå.

6.3 Datagrunnlag

For å belyse resultatmål 6 om døgnkapasitet i psykisk helsevern, benyttes antall døgnplasser per sektor (SSB) [19]. I tillegg belyses aktiviteten i døgntjenestene i psykisk helsevern ved pasientdataanalyser (NPR), og forløpsanalyser hvor både kommunale tjenester og psykisk helsevern inngår (NPR/KPR)[20]. Helseregionenes egne rapporteringer og vurderinger av kapasitet i forhold til fremskrevet behov og opplysninger om tjenester som kan supplere døgntilbudet, er også sentrale datakilder for å belyse målet.

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets- fengsel- og rettspsykiatri (OUS, SIFR Sør-Øst) har i sine statusrapporter utarbeidet statistikk for antall sikkerhetsplasser i Norge, og disse vil bli benyttet for å belyse kapasitet i sikkerhetspsykiatrien i denne rapporten.

SSBs kartlegging av døgnplasser i psykisk helsevern er en punkttelling mot slutten av året (november), noe som gjør at endringer gjennom året ikke fanges opp. Opplysninger om oppholds-døgn gjennom innrapporterte pasientdata til NPR belyser døgntilbudet faktisk gitt til pasientene og ikke den planlagt døgnkapasitet. All den tid opplysningene i pasientdata ikke gir oppdatert standardisert informasjon om type avdeling behandlingen er gitt ved, kan ikke pasienttall knyttes opp mot døgnplasskapasiteten ved de ulike avdelingene [21]. Eksempelvis vil brukerstyrte døgnplasser ha lavere belegg sammenlignet med døgnplasser som tilbyr planlagte behandlinger. Pasienters bruk av brukerstyrte plasser kan ikke identifiseres i pasientdata.

6.4 Resultater

Psykisk helsevern for voksne (PHV)

Utvikling i døgnplasskapasitet

Figur 6.1 viser utviklingen i dekningsraten for døgnplasser i psykisk helsevern for voksne i perioden 2019 til 2023.

I 2023 var det 3 296 døgnplasser i psykisk helsevern for voksne ved utgangen av året (SSB). Den mangeårige utviklingen med nedgang i antall døgnplasser stoppet opp etter 2021, etterfulgt av vekst i døgnplasser i helseforetakene og en nedgang i private avtaleplasser i årene etter. Dette ga en samlet vekst på tre døgnplasser fra 2022 til 2023 i tjenestene til voksne. På nasjonalt nivå var det en avtagende dekningsrate for døgnplasser i PHV i perioden 2019 til 2023.

I hele siste femårsperiode hadde Helse Nord og Helse Vest noen flere døgnplasser per innbygger i PHV enn Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Fra 2022 til 2023 avtok dekningsraten i regionene med unntak for i Helse Midt-Norge hvor raten var undret. I figur 6.1 inngår de private institusjonene i regionene de har avtale med. I [kapittel 11](#) vises antall døgnplasser per region.

Statusrapporter over norsk sikkerhetspsykiatri [22] viser at det fra 2019 til 2023 var en vekst i både lokale (fra 178 til 201 plasser) og regionale sikkerhetsplasser (fra 42 til 48 plasser), det vil si en samlet økning i antall sikkerhetsplasser fra 220 til 249 siste fem år. Rapporten viser også at 25 prosent av de regionale plassene og 59 prosent av de lokale sikkerhetsplassene opptas av domfelte pasienter ved utgangen av 2023, med variasjoner for både regionale (17–30 %) og lokale sikkerhetsplasser (50–85 %).

Utvikling i aktivitet for døgntjenester i PHV

Analysen av aktiviteten i døgntjenestene supplerer resultatene om kapasitet, hvor vi har hatt et særlig fokus på pasienter med alvorlig psykiske lidelser [23]. Resultatene er presentert i kapittel 11, og oppsummert ser man følgende utvikling i tjenestene for voksne:

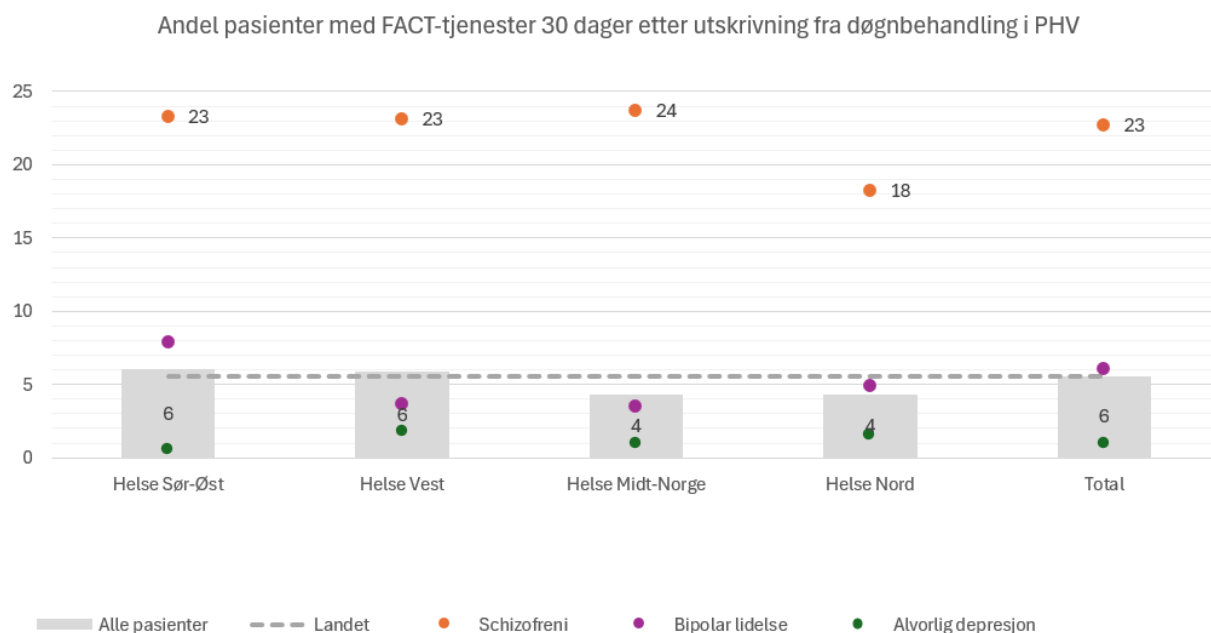
- I perioden 2019 til 2023 var det nedgang i antall innleggelser i døgnenhetene i PHV, både for pasientene samla (-1,9 %) og for pasienter med alvorlige psykiske lidelser (-4,9 %). Nedgangen var knyttet til elektive innleggelser.
- Innleggelsene gikk ned i tre av fire regioner, med en svak økning i Helse Sør-Øst. For pasienter med alvorlig psykiske lidelser var det en vekst i innleggelser i Sør-Øst og Nord.
- Øyeblikkelig hjelp-innleggelser utgjorde om lag to tredjedeler (67 %) av innleggelsene i 2023, med høyest andel i Helse Vest (70 %) og lavest andel i Helse Nord (58 %).
- Andelen innleggelser som var knyttet til pasienter med alvorlig psykiske lidelser varierte mellom regionene, med 36 prosent i Helse Midt-Norge og 43 prosent i Helse Vest i 2023.
- Varigheten av døgnoppholdene holdt seg uendret i perioden 2019-2023, målt i median antall dager (7 dager). For pasienter med alvorlige psykiske lidelser var døgnoppholdene av lengre varighet (11 dager), med lengst varighet i Hele Sør-Øst (13 dager) og kortest i Helse Nord (9 dager).
- Etter utskrivning fra døgnopphold hadde pasienter med alvorlige psykiske lidelser høyere forekomst av ny innleggelse i løpet av de første 30 dagene sammenliknet med andre pasienter. Pasienter i Helse Nord hadde høyeste forekomst av gjeninnleggelser (ikke ø-hjelp) første måned etter utskrivning.

Utvikling i poliklinisk, ambulante og integrerte tjenester som supplerer døgntilbudet (PHV)

Parallelt med avtagende kapasitet i døgntjenestene, har det over lang tid vært en vekst i poliklinisk virksomhet i tjenestene til voksne. I løpet av de siste årene har det også vært en økning i omfanget av ambulante kontakter, etter en nedgang i pandemiårene. Det har i tillegg vært et økende omfang av integrerte tjenester som ACT-/FACT-team [24] de siste årene. NAPHAS oversikter over ACT-/FACT-team i Norge viser at stadig flere helseforetak har slike tjenestetilbud [25]. Dette er i samsvar med regionenes egen rapportering.

Helsedirektoratets analyser av pasientforløp etter utskrivning fra PHV [26] og forløpsanalyser [27] viser variasjon i bruk av polikliniske tjenester, og betydningen av integrerte tjenester etter døgnbehandling i PHV, spesielt blant pasienter med alvorlige psykiske lidelse. Analysene viser:

- en økende andel pasienter som har poliklinisk kontakt med PHV den første måneden etter utskrivning fra døgnbehandling blant pasienter med alvorlig psykiske lidelser (51–55 %) i perioden 2019 til 2023. Andelen uten kontakt med PHV var også lavere i 2023 (19 %) enn i 2019 (22 %).
- en tendens til mindre bruk av døgntjenester året etter utskrivning fra PHV blant pasienter med schizofreni som mottok tjenester fra ACT-/FACT-team sammenliknet med pasienter uten denne typen tjenester.
- regionale variasjoner i bruk av spesialisthelsetjenester, kommunale og integrerte tjenester etter utskrivning fra døgnopphold i PHV:
 - Tjenester fra ACT-/FACT-team var mest utbredt i Helse Sør-Øst og Helse Vest, og blant pasienter med schizofreni i samtlige regioner.
 - Pasienter i Helse Nord hadde lavere forekomst av poliklinisk kontakt, ambulante tjenester og samarbeidsmøter mellom psykisk helsevern og kommunale/eksterne tjenester sammenliknet med pasienter i andre regioner.
 - Andelen med kontakt med fastlege og legevakt var derimot noe høyere blant pasienter i Helse Nord i løpet av året etter døgnbehandling, spesielt blant pasienter med alvorlig psykiske lidelser. Dette gjaldt også kommunale helse- og omsorgstjenester, spesielt blant pasienter med schizofreni.



Figur 6.2 Andel pasienter (18 år+) med FACT-tjenester i løpet av 30 dager etter utskrivning fra psykisk helsevern i 2022, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose. Prosent.

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

Utvikling i døgnplasskapasitet

Figur 6.3 viser utvikling i dekningsraten for døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2019 til 2023.

I psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) var det 332 døgnplasser ved utgangen av 2023, med en vekst på 16 døgnplasser i perioden 2019-2023. Dekningsgraden var tilnærmet stabil i samme periode (rate 2,8–3,0).

Det var større geografiske forskjeller i døgnplassdekningen enn i tjenestene til voksne, og Helse Nord hadde i hele perioden betydelig høyere dekningsgrad (rate 4,6) enn de øvrige regionene (rate 2,1–3,3). I perioden 2019 til 2023 var det vekst i Helse Sør-Øst og Helse Nord, og en svak nedgang i Helse Midt-Norge og Helse Vest. Fra 2022 til 2023 holdt raten seg stabil i tre av fire regioner, med en svak nedgang i Helse Vest.

Utvikling i aktivitet i døgntjenestene i PHBU

Figur 6.4 viser utviklingen i antall innleggelser i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2019–2023.

I døgntjenestene til barn og unge var antall innleggelser høyere i 2023 enn i 2019 (+22 %), tross nedgang siste år (-9 %). Øyeblikkelig hjelp-innleggelser utgjorde 66 prosent av innleggelsene i 2023, og økte fra 58 prosent i 2019. Antall innleggelser i PHBU økte betydelig i regionene fra 2019–2023, med klar vekst i Helse Nord (+35 %), Helse Midt-Norge (+27 %) og Helse Vest (+25 %). Fra 2022–2023 gikk antall innleggelser ned, med unntak for i Helse Nord hvor innleggelsene fortsatte å øke. I 2023 varierte andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelser mellom 60 og 69 prosent i regionene, med høyest andel i Helse Vest og laveste andel i Helse Nord.

Figur 6.4 Antall innleggelser i psykisk helsevern for barn og unge, 2019-2023.

Varigheten av døgnerbehandlingene gikk ned fra seks til fire dager (median) i PHBU i femårsperioden. Dette må delvis ses i sammenheng med økningen i øyeblikkelig hjelp-innleggelser, som i all hovedsak var kortere enn planlagte døgneropphold. Det var kortere døgneropphold i samtlige regioner i 2023 sammenliknet med 2019, med

størst reduksjon i Helse Nord (fra tolv til syv dager) og Helse Vest (fra 6 til tre dager), målt i median antall dager. I 2023 var døgnbehandlingene fortsatt lengst i Helse Nord, samtidig som en større andel av innleggelsene var planlagt sammenlignet med de øvrige regionene.

Forløpsanalyser viser at det var vekst i andelen barn og unge med ny innleggelse i PHBU i løpet av den første måneden etter utskrivning fra døgnbehandling fra 2019 til 2022 (fra 21 til 27 %), for så å avta i 2023 (22 %). Forekomsten av gjeninnleggelser var størst i Helse Vest blant barn og unge.

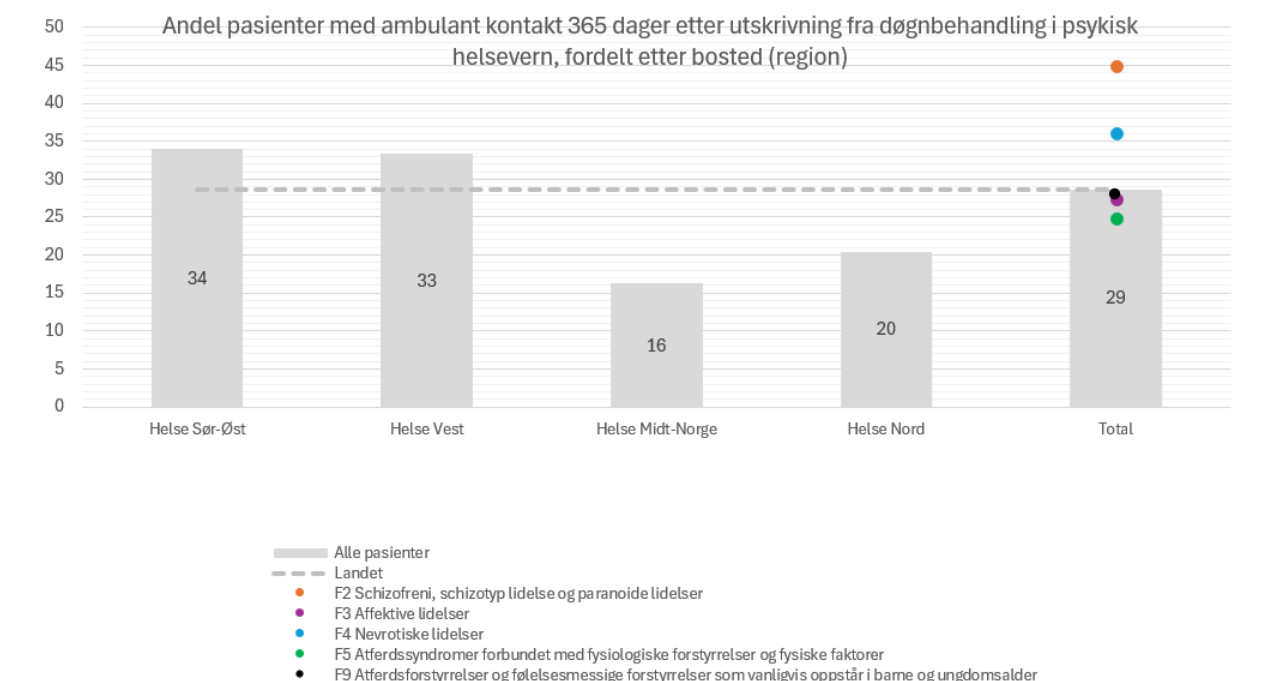
Utvikling i polikliniske og ambulante tjenester (PHBU)

Det var en klar vekst i poliklinisk virksomhet i PHBU i perioden 2019 til 2023, målt i antall polikliniske kontakter (+21 %). Ambulante kontakter økte igjen fra 2021 etter klar nedgang i forbindelse med pandemien. Andelen ambulante kontakter var allikevel fortsatt lavere i 2023 (6 %) enn i 2019 (9 %).

Helsedirektoratets analyser av pasientforløp etter utskrivning fra døgnopphold i PHBU [28] viser regionale variasjoner i bruk av ambulante og polikliniske tjenester. Analysene viser:

- En stor andel av barn og unge hadde bare poliklinisk kontakt (67 %) med PHBU i løpet av den første måneden etter utskrivning fra døgnbehandling. Andelen var høyest i Helse Sør-Øst (70 %) og lavest i Nord (64 %) og Vest (64 %).
- Andelen barn og unge med ambulante tjenester etter døgnbehandling var betydelige høyere i Helse Sør-Øst og Helse Vest enn i de øvrige regionene.
- Andelen pasienter med samarbeidsmøter mellom psykisk helsevern og kommunale/eksterne tjenester var lavest i Helse Nord.
- I løpet av 365 dager etter utskrivning hadde nesten alle pasienter poliklinisk kontakt med psykisk helsevern (94 %), mens 29 prosent hadde ambulante kontakter.
- Andelen pasienter med tjenester fra FACTung-team eller lignende økte etter pandemien.

Figur 6.5 illustrer at det var en betydelig høyere andel av pasientene i Helse Sør-Øst og Helse Vest som hadde ambulante tjenester enn i de øvrige regionene i løpet av året etter utskrivning. Figuren viser også at pasienter med schizofreni (F2) og nevrotiske lidelser (F4) i større grad hadde ambulante tjenester enn andre pasientgrupper. Figuren er hentet fra Helsedirektoratets upubliserte forløpsanalyser.



Figur 6.5 Andel pasienter med ambulante tjenester [30] i løpet av 365 dager etter utskrivning fra psykisk helsevern i 2022, fordelt etter bosted og utskrivningsdiagnose, 0-17 år.

Regionenes vurdering av fremskrevet behov for døgn tjenester

Regionenes vurdering av døgnkapasitet i henhold til fremskrevet behov og informasjon om alternative tjenester som kan supplere døgn tilbudet, presenteres i vedlegg A. Under er en sammenstilling av utvalgte deler av rapporteringene fra regionene [29].

I tråd med Revidert framskrivningsmodell og Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, erfarer **Helse Sør-Øst RHF** at regionen har et behov for å styrke døgn tilbudet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og særlig døgn tilbud med lukkede dører. Fra 2023 til 2024 var faktisk utvikling i liggedøgn i psykisk helsevern for voksne høyere enn forventet i henhold til fremskrevet behov, mens det var en nedgang i liggedøgn i tjenestene for barn og unge, noe som ser ut til å være en trend etter pandemiårene. Det kan også sees i sammenheng med at det ved mange helseforetak/sykehus har vært fremvekst av ambulante tilbud som reduserer behovet for døgninnleggelser.

Det er også i **Helse Vest** behov for å styrke døgn tilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det har vært en styrking av døgn tilbud på sykehus i regionen, spesielt i sikkerhetspsykiatrien. Utbyggingsprosjekter som ferdigstilles 2028 vil også gi nødvendig styrking av døgnkapasitet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Beleggsprosent er størst på sykehus, derfor styrkes sykehusplasser i alle helseforetak, Helse Fonna planlegger også styrking av døgnplasser i DPS. I tjenestene til barn og unge har beleggsprosenten over tid vært under 70 prosent, men i perioder, spesielt etter pandemien, vært høyt. Det er planer i 2025 om å se på behovet for pasienter under 18 år som har behov for døgn sikkerhetspsykiatri.

Innen psykisk helsevern for voksne har antall liggedøgn i **Helse Midt-Norge** hatt en større vekst (+ 3 %) enn det som er lagt til grunn i revidert framskrivningsmodell (+ 2 prosent etter tre år). Både Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF ligger over fremskrevet behov, mens Helse Nord-Trøndelag HF ligger litt under. Innen psykisk helsevern for barn og unge har antall liggedøgn gått ned, og alle tre helseforetak ligger under fremskrevet behov.

Helse Nord oppgir at det er noe kapasitetsutfordringer på akutt plasser i psykisk helsevern, og elektive døgnplasser ved UNN i PHBU. Endret behov på alle disse områdene er i tråd med forventet utvikling jf. fremskrevet behov. Kapasitet i sikkerhetspsykiatriske behandlingsforløp har økt raskere enn forventet, og kapasitetsmangelen er løst med kjøp fra andre regioner og utvidet bruk av døgnplasser utenfor de sikkerhetspsykiatriske døgnpostene. Det er lagt planer for økning av kapasitet ved UNN og Nordlandssykehuset. I tjenestene til barn og unge skal det etableres fem nye døgnplasser ved UNN. Samlet døgnkapasitet i PHBU ligger over nasjonalt gjennomsnitt før denne etableringen, og framskrivningsmodellen viser at det er lavt behov for vekst i døgnplasser i PHBU i Helse Nord. Regionens vurdering er at det er god kapasitet i døgn tilbudet.

Alternative tjenester som kan supplere døgn tilbudet

Regionene viser til at det i løpet av de siste årene har det vært fremvekst av nye behandlingsformer som har som formål å bygge bro mellom døgn tilbud og poliklinikk, og gir tett oppfølging uten døgninnleggelse, slik som ulike varianter av hjemmesykehus, ambulante team og FACT-team. Det oppgis at for en del pasienter er slik oppfølging et svært godt og reelt alternativ til innleggelse, og reduserer behovet for døgninnleggelser, ikke minst på DPS-nivå. Slike modifierende tiltak er også sentrale i Revidert framskrivningsmodell.

Alle regionene oppgir å ha slike tilbud, og to av regionene gir en oversikt over de ambulante teamene som eksisterer, og viser at det i løpet av de siste årene er et økende antall pasienter som omfattes av disse tilbudene (jf. vedlegg A).

[19] Data om døgnplasser samles inn av Statistisk sentralbyrå (SSB), og kartlegges årlig i helseforetak og ved private avtaleinstitusjoner med anbudsavtaler (punkttelling i november). Helsedirektoratet samarbeider med SSB i kvalitetskontrollen av data og publiserer statistikken på SAMDATAs nettside; [Psykisk helsevern – døgnplasser, behandlingssted – Helsedirektoratet](#)

[20] [Forløp etter døgnbehandling i psykisk helsevern for pasienter med alvorlige psykiske lidelser – Helsedirektoratet](#), [Forløp etter døgnbehandling i psykisk helsevern for barn og unge– Helsedirektoratet](#) og oppdaterte analyser som pt ikke er publisert.

[21] [Vedlegg 1 til IK-44/89 \(git.sarepta.ehelse.no\)](#)

[22] Regionalt kompetansesenter for sikkerhets- fengsel- og rettspsykiatri (SIFR Sør-Øst) (2024). Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023. En statusrapport.

[23] Alvorlig psykisk lidelse er definert ved utskrivningsdiagnose: F20 Schizofreni, F25 Schizoaffective lidelser, F30 Manisk episode, F31 Bipolar affektiv lidelse, F32.2/3 Alvorlig depressiv episode og F33.2/3 Tilbakevendende depressiv lidelse med aktuell alvorlig episode.

[24] Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT).

[25] [ACT- og FACT-team –mNAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(napha.no\)](#)

[FACT ung – NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(napha.no\)](#)

[26] [Aktivitet ved behandlingssteder i psykisk helsevern \(Helsedirektoratet\)](#)

[27] [Forløp etter døgnbehandling i psykisk helsevern for pasienter med alvorlige psykiske lidelser \(Helsedirektoratet\)](#), [Forløp etter døgnbehandling i psykisk helsevern for barn og unge \(Helsedirektoratet\)](#) og oppdaterte analyser som pt ikke er publisert.

[28] Tjenester fra ACT-/FACT-team: Omfatter alle registrerte, unike perioder i særtjenestegruppe TS01 «Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulant oppsøkende behandlingsteam» som definert i ISF-regelverket og NPK (Norsk pasientklassifisering).

[29] [Aktivitet ved behandlingssteder i psykisk helsevern \(Helsedirektoratet\)](#)

[30] Polikliniske kontakter registrert med særkode B0015 og/eller Sted for aktivitet kode 2, 4, 5 eller 9. Samarbeidsmøter er ekskludert

[31] I tillegg har regionene i ulik grad gitt informasjon om bruk av døgn tjenester og kapasitet i regionene (volum av døgnpasienter, oppholdsdøgn, døgnopphold for pasientgrupper og totalt).

Levealder blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelproblem

Resultatmål 7 i opptrappingsplanen for psykisk helse er at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert.

7.1 Oppsummering

Forventet levealder for kvinner og menn med alvorlige psykiske lidelser er estimert og presentert for perioden 2013–2023. Sammenligning av levealder mellom mennesker med alvorlig psykisk lidelse og den generelle populasjonen viser at på overordnet nivå vedvarer forskjellen i samme størrelsesorden gjennom hele perioden. Beregnet levealder for mennesker med alvorlig psykisk lidelse for menn og kvinner varierer gjennom perioden og antyder at det også vil være krevende å oppnå i tiden fremover- uansett tiltak som iverksettes. Ytterligere avgrensning med hensyn til samtidig rusproblematikk, slik resultatmålet angir, vil redusere målgruppen ytterligere og bevirke mer usikkerhet i beregningene. Levealder for mennesker med rusmiddelproblemer vil inngå i utviklingen av indikatorer i dette resultatmålet og vil ses i sammenheng med oppdrag i forbindelse med forebygging og behandlingsreformen for rusfeltet [32].

7.2 Utdrag fra analysene utarbeidet av FHI

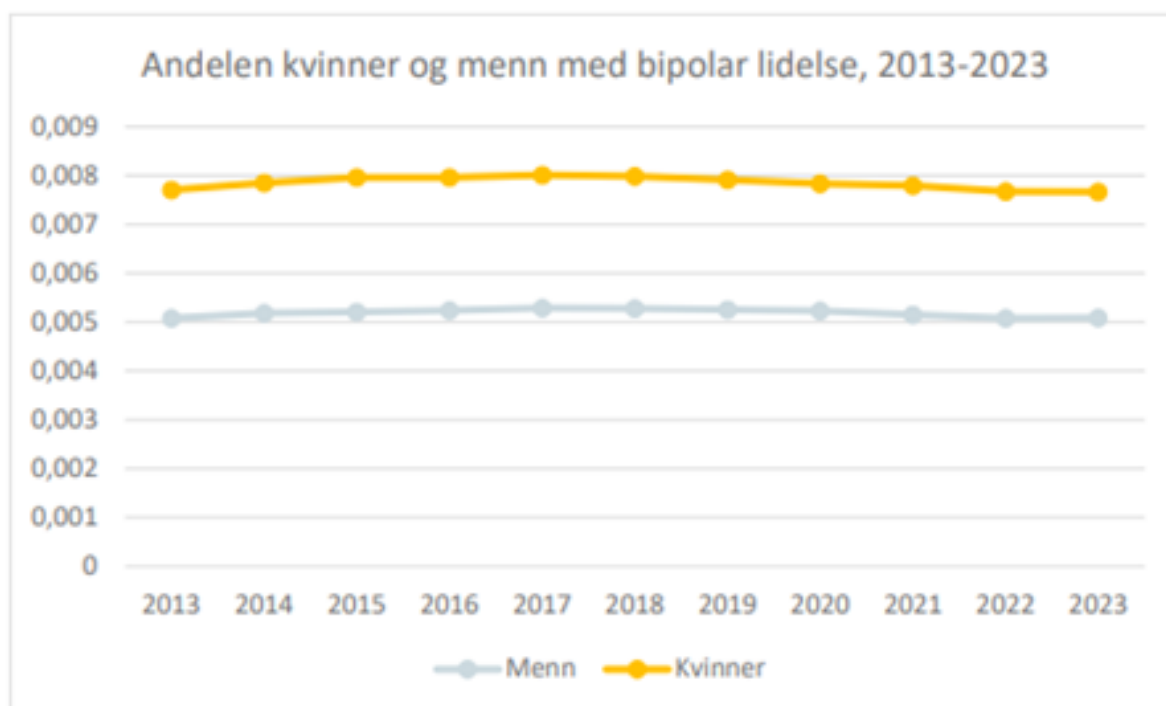
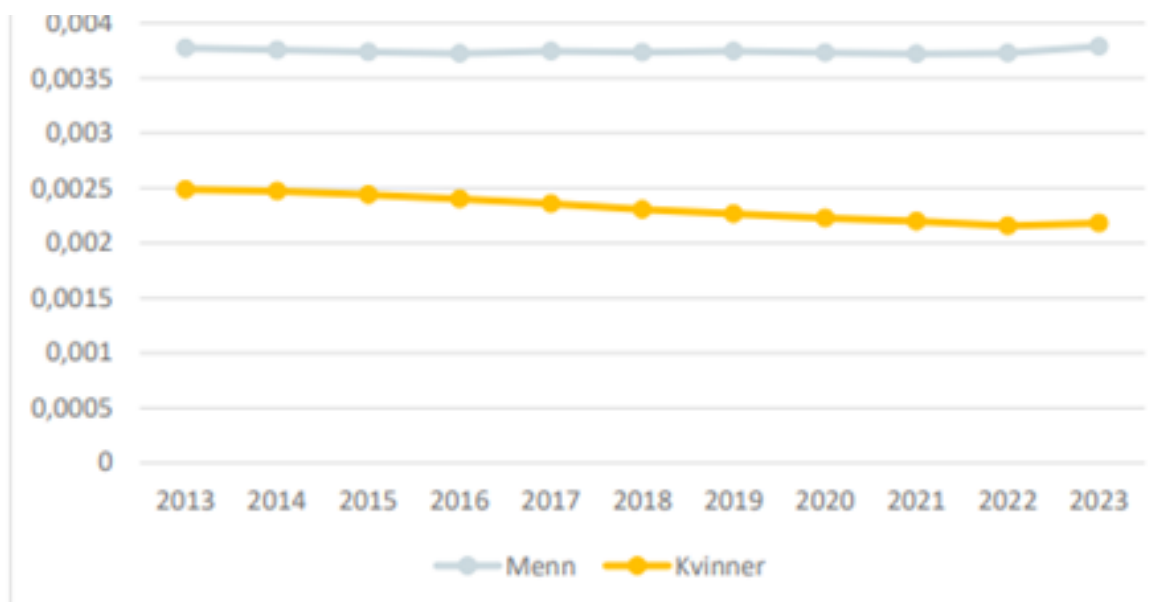
Flere studier har vist at mennesker med alvorlige psykiske lidelser lever kortere sammenlignet med den øvrige befolkningen og statistikk som belyser dette nærmere er under utvikling [33] [34]. Internasjonalt innrapporteres overdødelighet for schizofreni og bipolar lidelse jevnlig til Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) [35]. Man skiller mellom menn og kvinner ved presentasjon av levealder.

Ved beregning av levealder for mennesker med alvorlige psykiske lidelser må man først definere populasjonen man ønsker å følge. Det er her tatt utgangspunkt i voksne personer i behandling i psykisk helsevern i perioden 2013–2023 som er diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse basert på definisjonen i tabell 7.1. Det er rimelig å anta at antall diagnostiserte pasienter er lavere enn antall personer med en alvorlig psykisk lidelse i befolkningen. Andel kvinner og menn i befolkningen som er diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse er lite endret i løpet av perioden 2013–2023 (figur 7.1). Utviklingen i forventet levealder for befolkningen og for mennesker med alvorlig psykisk lidelse er vist i figur 7.2.

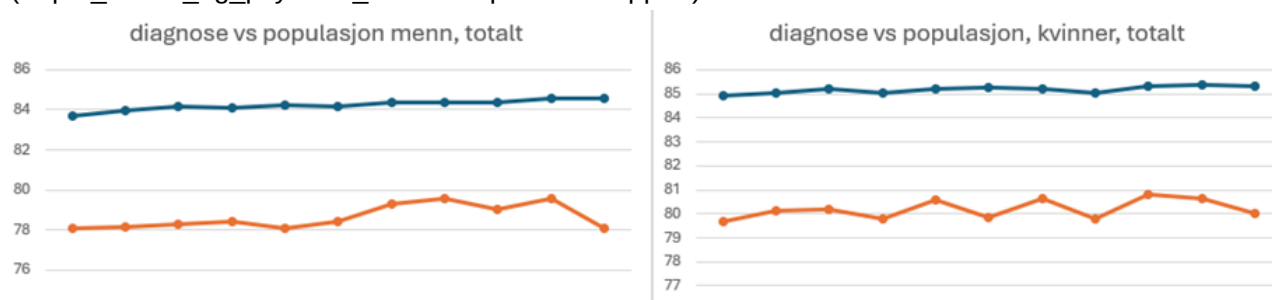
Tabell 7.1 Definisjonen av individer med alvorlig psykisk lidelse som grunnlag for beregning av forventet levealder.

Diagnostisk kategori	ICD-10 kode	Omsorgsnivå
Schizofreni	F20, F25	Poliklinikk og døgnerbehandling
Bipolar lidelse	F30, F31	Poliklinikk og døgnerbehandling
Alvorlig depressiv lidelse	F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	Døgnerbehandling

Andelen kvinner og menn med schizofreni 2013-2023



Figur 7.1 Andelen av befolkningen diagnostisert med psykiske lidelser for hvert år i perioden 2013-2023 i henhold til 5 års glidende vindu. Gruppene er delt inn i enkelte to utvalgte diagnosekategorier; Schizofreni (F20) og Bipolar lidelse (F30- F31) for menn og kvinner. Kilde FHI (Tapte_levetår_og_psykiske_lidelser -upublisert rapport).





Figur 7.2 Forventet levealder for individer med alvorlige psykiske lidelser definert ved schizofreni (F20, F25), bipolar lidelse (F30, F31) eller innlagt for døgnbehandling ved alvorlig depressiv lidelse (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) og den generelle populasjonen i hele Norge i perioden 2013-2023. Kilde FHI (vedlegg).

Utviklingen de siste ti årene har vist liten endring i andel pasienter diagnostisert med alvorlige psykiske lidelser i Norge (figur 7.1). Det er heller ikke grunnlag for å fastslå at det har funnet sted endringer i levealder for personer med alvorlig psykisk lidelse sammenlignet med den generelle befolkningen (figur 7.2). Forventet levealder for personer med alvorlig psykisk lidelse inneholder variasjon som må tilskrives den naturlige usikkerheten i estimatene. Dette taler mot nytteverdien av ytterligere dekomponering av forventet levealder for denne gruppen. Det er også grunn til å tone ned forventningene om store endringer i forventet levealder på kort sikt. I lys av tiltak knyttet til bedring av livskvalitet, oppmerksomhet på somatisk helse og gode behandlingsforløp ovenfor denne pasientgruppen som følge av satsningene i opptrappingsplanen, vil dette kartlegges bedre ved andre indikatorer i tillegg til forventet levealder. Jevnlig oppdatering av estimater for tapte leveår og forventet levealder blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser danner imidlertid et godt grunnlag for å holde oppmerksomheten på behovet for ny kunnskap om årsaksmekanismer, utvikling og evaluering av målrettede tiltak for å redusere dødelighetsgapet.

Mennesker diagnostisert med en alvorlige psykiske lidelser i henhold til definisjonen i tabell 7.1 anses som en mer robust gruppe statistisk sett sammenlignet med enkeltvis diagnosegrupper. Kategorien innehar en stabilitet med hensyn til omfang, diagnostikk og bruk av spesialisthelse-tjenester. Forekomsten av rusproblematikk er imidlertid utelatt fordi det er grunn til å tro at omfanget av rusmiddelbruk basert på rusdiagnoser (ICD-10: F10-F19) blant pasienter i behandling i psykisk helsevern i de innrapporterte pasientopplysninger til Norsk pasientregister er underestimert [36]. Det er like fullt en differensiering som er vesentlig i og med at rusmiddelbruk som komorbiditet reduserer levealderen ytterligere [37]. Dødsårsaker grupperes som naturlige (somatisk sykdom) eller unaturlige (ulykker og skader) og risiko for skader og ulykker øker med innslag av rusproblematikk. Videre er det vist at vi har geografiske forskjeller i levealder i Norge [38]. Analysene gir imidlertid ikke grunnlag for å slå fast at det er regionale forskjeller i levealder for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Dette er forhold som har betydning for levealder, men stratifisering med hensyn til disse faktorene gir mer usikre estimat og bidrag når det gjelder beskrivelse av utviklingen av levealder for mennesker med alvorlige psykisk lidelser i Norge.

[32] [Meld. St. 5 \(2024–2025\) \(regjeringen.no\)](#)

[33] Tapte leveår og psykisk lidelser, FHI (upublisert)

[34] [Kvalitetsmåling av helsetjenester - Vurdering av utvalgte registerbaserte kvalitetsindikatorer for psykiske helsetjenester \(fhi.no\)](#)

[35] [Health at a Glance 2021 \(oecd.org\)](#)

[36] [Substance use among patients in specialized mental health services in Norway: prevalence and patient characteristics based on a national census \(tandfonline.org\)](#)

[37] [Helsa til folk med psykiske lidelser og rusmiddellidelser må bedres \(Tidsskrift for Den norske legeforening\)](#)

[38] [Forventet levealder i Norge \(fhi.no\)](#)

Helsepersonells tid til pasienter, brukere og fagutvikling

Resultatmål 8 i opptrappingsplanen for psykisk helse er at helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling.

Det har vært mer krevende å finne gode og dekkende kilder for dette resultatmålet sammenlignet med de andre syv. I utgangspunktet vurderte vi det som mest hensiktsmessig å gjennomføre en målrettet undersøkelse mot et representativt utvalg av helsepersonell i psykiske helsearbeid i kommuner og i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Dette var ikke mulig å gjennomføre ut fra både ressursmessige hensyn og vurderinger vedrørende rapporteringsbyrde i tjenestene. Bakgrunnen for vår primære vurdering var at det ikke eksisterer sammenlignbare undersøkelser som dekker bredt nok både i kommune- og spesialistdelen av tjenestene. Det å komme frem til denne konklusjonen har tatt noe tid, slik at det i årets rapportering ikke vil være rapportering av status for dette resultatmålet. Men det arbeides med å definere et bedre informasjonsgrunnlag inn mot neste års rapportering i 2026.

Utviklingstrekk og status for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

9.1 Oppsummering

I 2024 ble det rapportert inn 16 236 årsverk totalt innen psykisk helse- og rusarbeid. Tilbudet til barn og unge utgjorde 33 årsverk per 10 000 innbyggere, mens for voksne var kapasiteten på 28 årsverk per 10 000 innbyggere. Mange rapporterer om rekrutteringsutfordringer og endring i bruk av personalressurser. Det er også fortsatt mange som melder om en økning i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen.

9.2 Innledning

IS-24/8-kartleggingen gjennomføres av Sintef på oppdrag for Helsedirektoratet og resulterer i en nasjonal rapport hvert år som beskriver status og utvikling for kommunenes arbeid innen psykisk helse- og rusarbeid [39]. Statistikken dekker eksempelvis spørsmål om kommunenes årsverksinnsats, kompetanse, innhold i tjenester og tilbud, samarbeid, og andre spørsmål som gir kunnskap om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Rapporten omfatter en lang rekke tema. I dette kapittelet har vi valgt å oppsummere noen funn knyttet til årsverksinnsats, rekrutteringsutfordringer, endring i bruk av personalressurser og i omfang av henvendelser. Tabellene er utarbeidet av Sintef i Nasjonal rapport om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2024, og oppsummeringen baseres på beskrivelsene som er gjort i rapporten.

Det er frivillig for kommunene å delta i IS-24/8-kartleggingen, men dekningsgraden har gjennomgående vært god. Oslo er eneste kommune som gjennomfører kartleggingen på bydelsnivå, i tillegg til at Helseetaten og Velferdsetaten leverer egne besvarelser. I 2024 har 94 prosent av alle kommuner/bydeler rapportert på årsverksinnsatsen, og 92 prosent av kommunene/bydelene har fylt ut hele skjemaet.

9.3 Kartlegging av årsverksinnsats

I IS-24/8-kartleggingen bes kommunene/bydelene om å anslå kommunale årsverk der hovedårsaken til at brukerne mottar tjenesten er psykiske plager/lidelser og/eller rusmiddelproblemer. For at årsverksinndelingen skal være bedre tilpasset dagens tjenestetilbud i kommunene og forventningene til hvordan tjenestene skal utvikles fremover, ble det gjort flere endringer i rapporteringsskjemaet i 2024, både knyttet til utdanningsgrupper og tjenestekategorier [40]. I 2024 er det rapportert inn 16 236 årsverk totalt innen psykisk helse- og rusarbeid, der 78 prosent (12 607 årsverk) går til tjenester til voksne og 22 prosent (3 629 årsverk) til tjenester for barn og unge [41]. Tilbudet til barn og unge utgjorde 33 årsverk per 10 000 innbyggere, mens for voksne var kapasiteten på 28 årsverk per 10 000 innbyggere. Endringene i kartleggingsskjemaet gjør at man må være varsom med å sammenligne årsverksinnsatsen fra 2023 til 2024, men det anslås en marginal økning på 0,7 prosent totalt fra 2023 til 2024. I årene fremover vil man kunne følge utviklingen mer nøyaktig enn det som har vært mulig fra 2023 til 2024.

Tabell 9.1 og 9.2 viser årsverk fordelt på tjenester/tiltak i 2024. For tjenester til voksne gikk 37 prosent av de 12 607 årsverkene til bemannede boliger, mens 25 prosent gikk til ambulant/mobil/oppsøkende virksomhet. Videre gikk 9 prosent til lavterskel helse- og mestringstilbud, 8 prosent til institusjoner, 6 prosent til aktivitet/treffsted/være-sted/friluftstilbud og 3 prosent til arbeidsrettet aktivitet. Øvrige årsverk utgjorde 13 prosent. Dette omfatter også årsverk fra kommuner med få årsverk som arbeider på tvers, og dermed ikke er fordelt på tjenester/tiltak.

Tabell 9.1 Årsverk fordelt på tjenester/tiltak rettet mot voksne i målgruppen, 2024

	Totalt	Prosent
Institusjoner	975	8
Bemannede boliger	4 667	37
Ambulant/mobile/oppøkende virksomhet	3 195	25
Lavterskel helse- og mestringstilbud	1 078	9
Aktivitet/treffsted/være-sted/friluftstilbud	697	6
Arbeidsrettet aktivitet	401	3
Øvrige årsverk	1 593	13
Totalt	12 607	100

For tjenester til barn og unge gikk 39 prosent av de 3 629 årsverkene til helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Videre var 19 prosent av årsverkene innen lavterskel psykisk helse og rustilbud, og like mange gikk til ambulante/mobile tjenester/oppøkende virksomhet. Det var 6 prosent av årsverkene som gikk til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak, og 3 prosent gikk til bemannede boliger. Øvrige årsverk, inkludert årsverk som ikke var fordelt på tjenester/tiltak, utgjorde 15 prosent.

Tabell 9.2 Årsverk fordelt på tjenester/tiltak rettet mot barn og unge i målgruppen, 2024

	Totalt	Prosent
Bemannede boliger	124	3
Ambulante/mobile tjenester/oppøkende virksomhet	682	19
Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom	1 400	39
Lavterskel psykisk helse og rustilbud	682	19
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	214	6
Øvrige årsverk	528	15
Totalt	3 629	100

Årsverk fordelt på utdanningsnivå viste at 84 prosent av årsverkene i tjenester rettet mot barn og unge, og 63 prosent i tjenester til voksne, hadde helse- og sosialfaglig utdanning fra universitet/høyskole. Det var 9 prosent ufaglærte i tjenester til voksne, og 1 prosent i tjenester til barn og unge. Videre ble 21 prosent av årsverkene i tjenester til voksne utført av personell med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole. I tjenester til barn og unge var tilsvarende andel fem prosent.

9.4 Rekrutteringsutfordringer og endring i bruk av personalressurser

Mange kommuner rapporterer om rekrutteringsutfordringer. I 2024 oppga 46 prosent av kommunene som besvarte spørsmålet at de hadde utfordringer med å rekruttere nok personell med ønsket fagkompetanse i tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid. I kommunenes beskrivelser av hva de trenger svarer de fleste at de har utfordringer med å rekruttere psykologer, sykepleiere og vernepleiere. Andre svarer at de mangler

kompetanse på rus eller psykisk helse, og trenger folk med videreutdanning eller mastergrad i psykisk helsearbeid. Når kommunene ikke får rekruttert personer med ønsket kompetanse er de vanligste konsekvensene å ansette personer med lavere kompetanse enn ønskelig, eller at stillingene forblir ubesatt.

I 2024 oppga 57 prosent at de hadde gjennomført endringer i bruk av personalressurser i tjenestene de siste årene, og 12 prosent hadde planer om å gjøre endringer. I beskrivelsene av hva slags endringer som er gjort er det mange som har endret arbeidsområdene til personell i bolig, og ofte har dette vært å bruke dem i ambulant virksomhet. Kommunene har etablert ulike lavterskeltjenester og FACT-team, og de tilbyr flere mestringskurs og gruppetilbud. De samarbeider på nye måter og bruker i større grad ressurser på tvers av tjenester. Noen innfører nye turnusordninger og gjør tjenestene mer tilgjengelig utover tilbud på dagtid.

9.5 Endring i omfang av henvendelser

I 2024 rapporterte 22 prosent av de svarende kommunene/bydelene at opplevde en stor økning siste året i omfanget av henvendelser/henvisninger for barn og unge med hovedsakelig psykiske helseproblemer. 38 prosent rapporterte om en liten økning. For voksne med psykiske helseproblemer meldte 33 prosent om stor økning, mens 36 prosent svarte at de hadde hatt en liten økning. For voksne med ROP-lidelser (rus og psykiske lidelser) rapporterte 8 prosent om en stor økning, mens 34 prosent rapporterte om en liten økning. Det var få som svarte at det hadde vært en nedgang i omfanget.

For barn, unge og voksne med hovedsakelig rusmiddelproblemer, meldte de fleste om et uendret omfang av henvendelser/henvisninger, eller en liten økning.

Tabell 9.3: Om det siden siste kartlegging (våren 2023) til i dag vært endring i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helse- og rusarbeid i kommunen/bydelen, 2024.

	Barn unge med hovedsakelig:				Voksne med hovedsakelig:					
	psykiske helse-problemer		rusmiddel-problemer		psykiske helse-problemer		rusmiddel-problemer		ROP-lidelser	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Stor nedgang	0	0	3	1	1	0	1	0	0	0
Liten nedgang	5	1	7	2	2	1	9	3	5	1
Uendret	71	21	147	44	86	25	168	49	167	49
Liten økning	131	38	91	27	121	36	115	34	116	34
Stor økning	76	22	10	3	113	33	26	8	26	8
Vet ikke/ikke info.	58	17	78	23	17	5	21	6	24	7
Totalt	341	100	336	100	340	100	340	100	338	100

Andelen som svarte at det hadde vært en stor økning siste året i omfanget av henvendelser/henvisninger til psykisk helsearbeid for barn og unge var høyere i 2023 enn i 2024 (hhv. 34 mot 22 prosent). For voksne med psykiske helseproblemer var det mindre forskjell fra 2023 til 2024 (hhv. 36 mot 33 prosent).

Kommunene som svarte at det hadde vært en stor økning i henvendelser om barn og unge med psykiske helseproblemer oppga at dette i stor grad gjaldt for helsestasjon mv. og lavterskel psykisk helse- og rustilbud. For voksne med psykiske helseproblemer eller ROP-lidelser meldte kommunene at økningen gjaldt særlig for lavterskel helse- og mestringstilbud og ambulante tjenester.

[39] Nasjonal rapport IS-24/8 2024

[40] Se Nasjonal rapport IS-24/8 2024 for nærmere beskrivelse av årsverksregistreringen og metodiske valg.

[41] Det er 17 kommuner og to bydeler i Oslo som ikke har rapportert, men for disse er det benyttet tall fra 2023 for å anslå total årsverksinnsats i 2024.

Utviklingstrekk og status i 2023 for psykisk helsevern

10.1 Oppsummering

I alt er 5 prosent av befolkningen i kontakt med psykisk helsevern i 2023. Det har vært en økning fra 2019 hvor dette gjaldt 4,7 prosent av befolkningen. Bruken av helsetjenestene varierer med kjønn og alder. Utviklingen i løpet av perioden har vært ulik for de ulike aldersgruppene.

Veksten i antall pasienter i psykisk helsevern må ses i sammenheng med økningen i henvisninger. Økningen i henvisninger under pandemien medførte at flere barn og unge kom i kontakt med psykisk helsevern. Etter pandemien hadde *veksten* av nyhenviste og pasienter justert for befolkningsutviklingen, avtatt. Det var en større andel av befolkningen som var i kontakt med tjenestene i 2023 sammenlignet med før pandemien. Forskjellene dreide seg særlig om at flere gutter i skolealder og unge jenter var pasienter i psykisk helsevern. I 2023 var jentene yngre sammenlignet med før pandemien, men økningen fra 2019 i prevalens gjenfinnes også for unge voksne jenter. De årlige prevalenstillene tar ikke hensyn til at pasientene er i utredning og behandling som strekker seg over flere år. Beskrivelse av pasientforløp og omfanget av nye pasienter er videreutviklingen av pasientstatistikken vi vil fokusere på i arbeidet fremover i opptrappingsplanen for psykisk helse.

10.2 Henvisninger

Tilstrømningen av pasienter til psykisk helsevern kan belyses ved nyhenvisninger til sektoren og inngår i den ordinære rapporteringen av ventelister til Norsk pasientregister (NPR). Antall nyhenviste er imidlertid rettighetsvurderte henvisninger som er tildelt rett til helsehjelp jmf definisjonen publisert av FHI [42]. Nye henvisninger uten rettighetsvurdering, rettighetsvurderte henvisninger uten tildelt rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og øvrige avviste henvisninger vil dermed ikke inngå i denne oversikten. Henvisningene er kodet med fagområdene tilknyttet psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne i forbindelse med rettighetsvurderingen. Inntaket i psykisk helsevern illustreres her ved henvisninger som er ordinært avvirket fra ventelistene. Med ordinært avvirkede henvisninger menes det utvalg av henvisninger hvor planlagt helsehjelp er igangsatt og som inngår i grunnlaget for beregning av ventetid. Henvisninger som ikke inngår i dette grunnlaget er henvisninger hvor pasienten ikke innvilges rett til helsehjelp, pasienten av ulike grunner ønsker utsettelse av oppstarten, pasienten ønsker helsehjelp ved annen institusjon, pasienten takker nei til tilbudt helsehjelp eller ikke møter opp.

Antall nyhenvisninger og henvisninger som er ordinært avvirket fra ventelisten per innbyggere er presentert i figur 10.1. Henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge er relatert til befolkningen i aldersgruppen 0–17 år og henvisninger til psykisk helsevern for voksne er relatert til befolkningen i aldersgruppen 18 år og eldre.

Som figuren viser har det siden 2016 vært en vekst i nyhenvisninger til psykisk helsevern. Sektoren har vært utsatt for en økt etterspørsel og den økte betydelig etter 2020. Etter pandemien har det imidlertid ikke vært noen nedgang i omfanget av nyhenviste. Omfanget av ordinært avvirkede henvisninger følger samme trend, men ligger betydelig lavere enn volumet av nyhenviste. I dette avvirket ligger det et betydelig volum av henvisninger som er avvist i tillegg til avslag, behandling ved andre institusjoner og andre grunner til utsettelse som er ikke undersøkt i denne perioden.

Noe av økningen i nyhenvisninger må tilskrives innføringen av felles henvisningsmottak innen psykisk helsevern. Ordningen er igangsatt i løpet av 2023 for å etablere en helhetlig rettighetsvurdering hvor også behandlingstilbudet hos avtalespesialist inngår. Hvorvidt ordinært avvirkede henvisninger og tilhørende

beregning av pasientenes ventetid inkluderer igangsatt helsehjelp hos avtalespesialistene er ulikt løst i regionene og bidrar også til avviket mellom nyhenviste og ordinært avviklede henvisninger.

I psykisk helsevern for barn og unge ble det i 2022 innført en ordning med avklaring/vurderingssamtale for alle henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge og denne ordningen kartlegges i resultatmål 4 i opptrappingsplanen: Resultatmål 4 i opptrappingsplanen er at barn og unge som henvises til psykisk helsevern får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det konkretiseres også at det normalt ikke skal forekomme avslag kun basert på skriftlig henvisning. Målet beskrives som et ledd i regjeringens ønske om å bidra til å styrke kvaliteten og bedre tilgjengeligheten til tjenester for mennesker med psykiske plager og lidelser, og et grunnlag for bedre samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Med denne ordningen knyttes spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester tettere sammen gjennom at inntaksarbeidet i psykisk helsevern skal være orientert om og hensynta tjenestetilbud i kommunene ved vurdering av videre forløp for pasienten. Dette medfører initialt en kartlegging av de kommunale tilbudene, samt at det etableres et kontaktpunkt mellom behandlingsnivåene i helseforetaket. På sikt vil dette bidrag til avklaringer med hensyn til oppgavedeling, bedre samarbeidet og bidra til kompetanseheving.

Mulighetene for å følge med på utbredelsen av dette tilbudet forutsetter at informasjon om ordningen gjenfinnes i rapportering til myndighetene, via registrene eller via spørreskjema. Ulike modeller og arbeidsmåter, lokal registrering av kontakt med pasient, pårørende og henviser har betydning for innholdet i ventelister og aktivitet slik det gjenfinnes i NPR. Eksempelvis vil en ordning med at alle henvisninger gis rett til helsehjelp resultere i flere henvisninger som kan avvikles etter få avklarende kontakter mot kommunal helse- og omsorgstjenesten. I motsatt fall må avklaringen skje før ti dagers fristen og henvisningen vil ikke fremkomme som ordinært avviklede henvisninger. Inntaksarbeid hvor samarbeidsmøter mellom helseforetak, henviser og/eller kommunale tjenester omhandler informasjonsutveksling og samarbeid og som berører en gruppe pasienter, vil ikke bli registrert som kontakter i NPR, mens avklaringsmøter om enkeltpasienter vil kunne gjenfinnes i pasientdata. Dette synliggjør noen av utfordringene ved bruk av NPR alene som informasjonskilde for å følge med på avklaring/vurderingsarbeidet og det vil dermed være behov for å innhente kvalitativ informasjon fra helseforetakene i tillegg til registerdata.

10.3 Pasienter

Som allerede nevnt er henvisningene til psykisk helsevern bestemmende for hvor mange planlagte behandlinger som søkes inn i psykisk helsevern. I tillegg kommer sektorens beredskap som sikrer forsvarlig mottak av akutte henvendelser. Øyeblikkelig hjelp innleggelser utgjør to tredjedeler av innleggelsene i psykisk helsevern. Henvendelsene resulterer som oftest med en eller annen form for individuell kontakt med sektoren; fra en kort avklaring med pasienten om relevante tilbud i kommunal regi til en lengre utredning eller en døgnbehandling under tvungent psykisk helsevern. Andel av befolkningen i kontakt med psykisk helsevern i 2023 er presentert i figur 10.2. Grunnlaget for figuren er innrapporterte pasientdata fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister/FHI for 2019 og 2023.

Figur 10.2 Andel av befolkningen i kontakt med i psykisk helsevern i 2023 og i 2019.

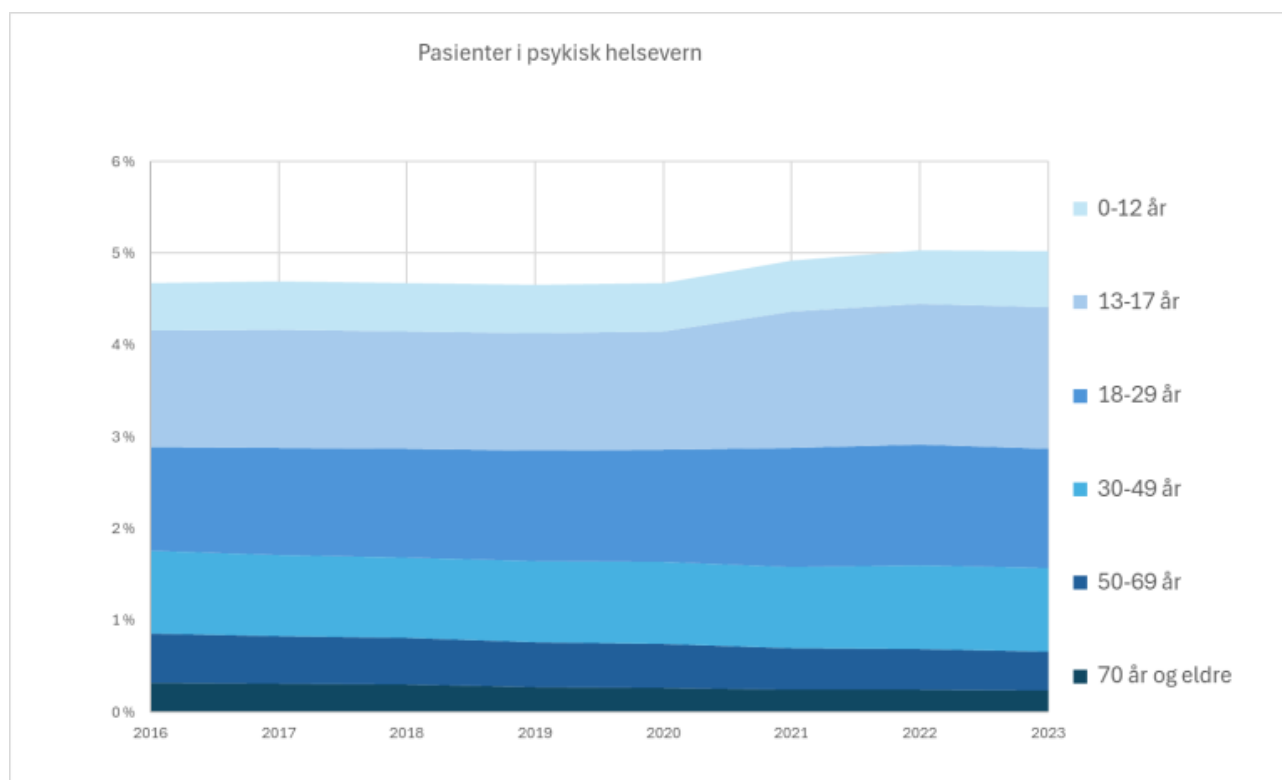
Som figuren viser var det ulik bruk av tjenestene for menn og kvinner. Det gjaldt i særlig grad for gutter og jenter, men en kjønnsforskjell ble opprettholdt med økende alder frem til pensjonsalderen.

Unge gutter er i kontakt med psykisk helsevern allerede ved skolestart, mens jentene blir pasienter noen år senere. Bruken av psykisk helsevern avtar brått for de unge jentene i aldersgruppen 19–20 år. For guttene er bruken lavere og avtar saktere med økende alder.

Figuren synliggjør også endringer fra 2019 som delvis må tilskrives den økte etterspørselen under pandemien. Det var en større andel av gutter og jenter i befolkningen som var i kontakt med sektoren i 2023 sammenlignet med 2019. I tillegg var jentene yngre da kontakten med tjenesten ble opprettet i 2023 sammenlignet med fire år tidligere.

Pasienter i kontakt med psykisk helsevern i løpet av perioden 2016–2023 har økt fra 4,7 til 5 prosent av befolkningen i Norge (figur 10.3). Utviklingstrekkene for hver av aldersgruppene er presentert i figur 10.4.

Figur 10.3 Pasienter i psykisk helsevern i 2016-2023. Bidrag fra aldersgruppene til den samlede nasjonale pasientraten.



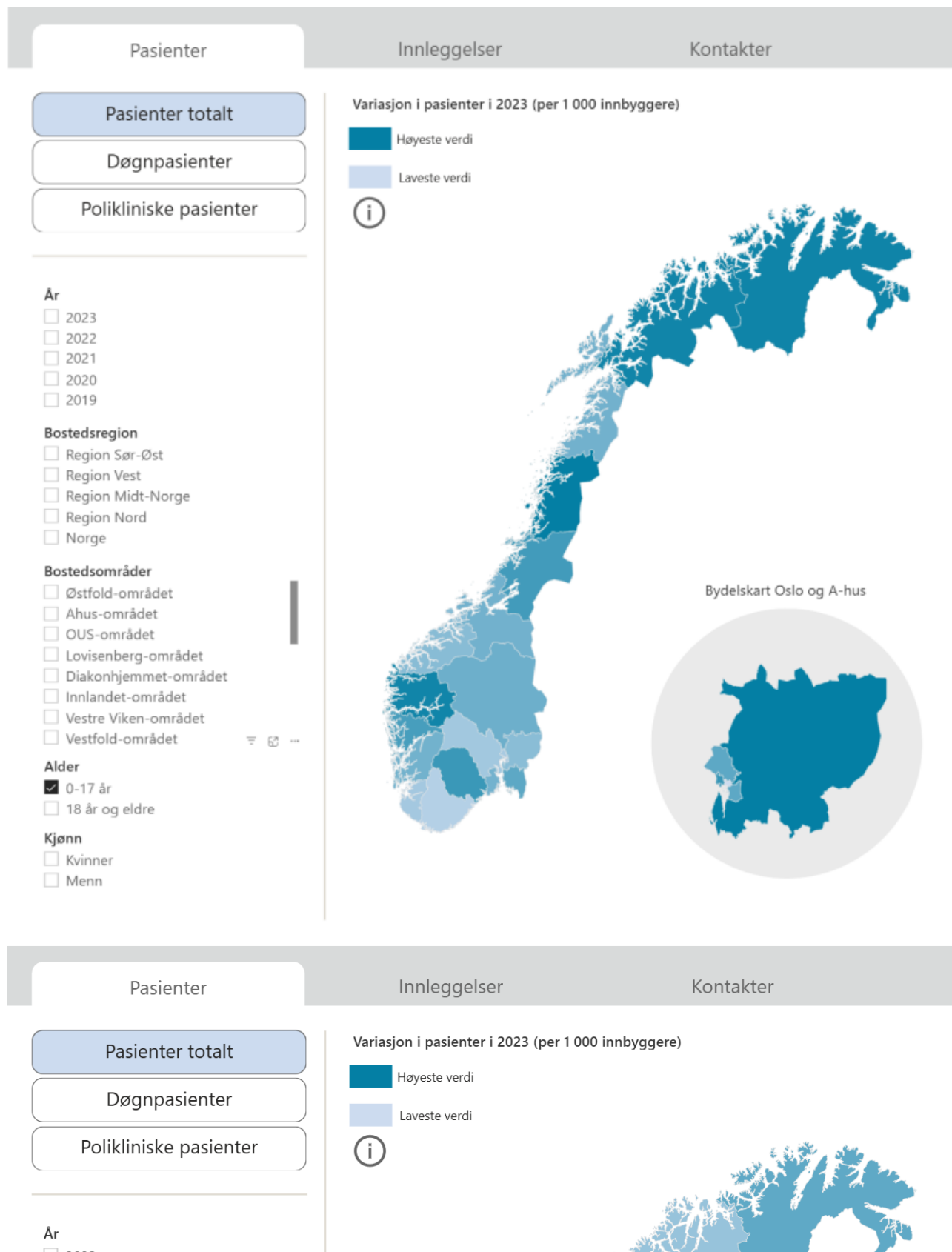
Økningen i antall pasienter per innbgger var knyttet til forhold under og i kjølvannet av pandemien og rammet særlig barn, unge og unge voksne. For de aller yngste inntraff økningen allerede i 2020 og i perioden siden 2016 økte pasientraten med om lag 25 prosent. Pasientraten for aldersgruppen 13–17 år økten med 29 prosent og endringen inntraff i 2021. Unge voksne hadde en vekst i pasientraten siden 2016, men også for denne aldersgruppen var det en tydelig økning i 2021. For aldersgruppen 50 år og eldre er det verd å merke seg en tydelig nedgang i bruken av psykisk helsevern og dette gjaldt særlig de aller eldste i befolkningen.

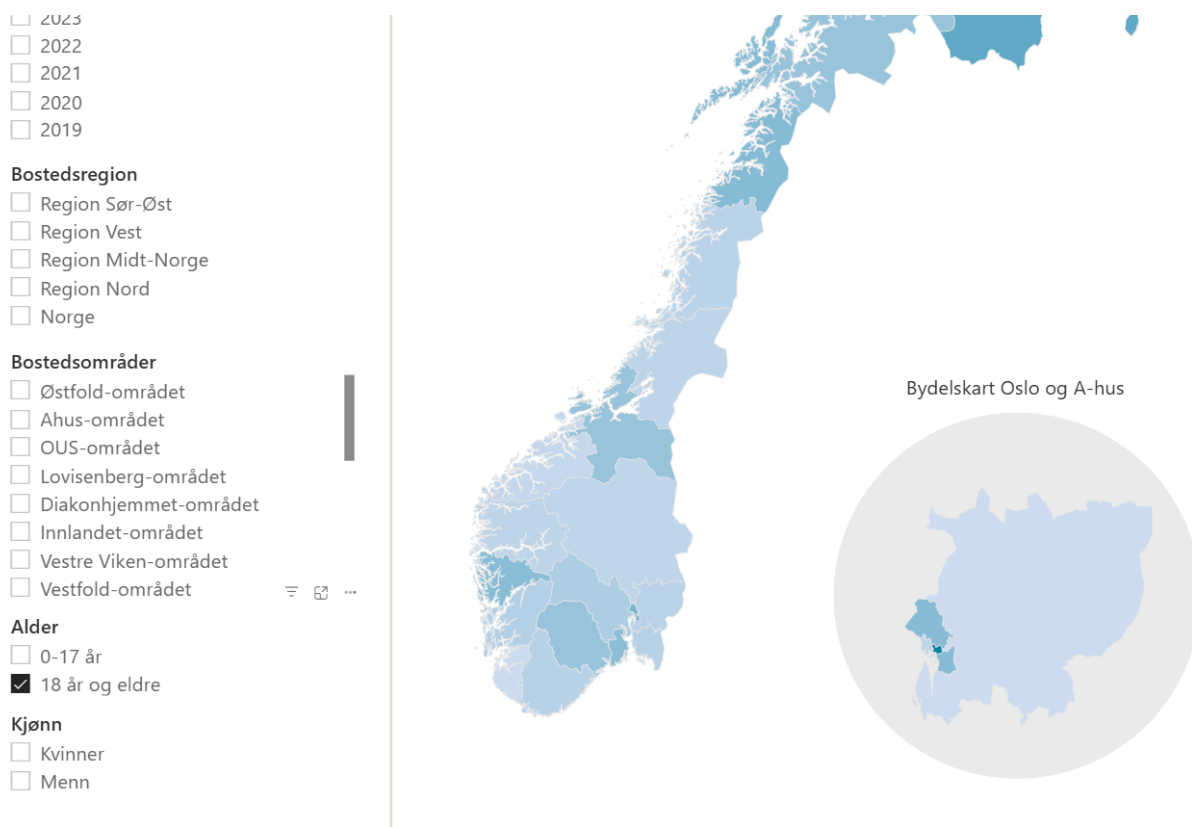
Det er flere barn og unge i befolkningen som er i behandling i psykisk helsevern i 2023 sammenlignet med før pandemien. Økningen i andel barn og unge i kontakt med psykisk helsevern under pandemien har avtatt.

Ordningen med avklaring/vurderingssamtaler for henvisningene til sektoren har bidratt til økt arbeidsmengde for ansatte når dette har medført omlegging av praksis i psykisk helsevern for barn og unge. Det er usikkert om vurdering av henvisningene og avklaringssamtalene for behandling i det kommunale tjenestetilbudet inngår i innrapporterte kontakter til NPR og dermed blir synliggjort gjennom aktivitetsstatistikken. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene må uansett ses på som en investering i fremtidig arbeidsdeling, avklaring om tilgjengelige behandlingstilbud og kunnskapsoverføring mellom nivåene som på sikt kan forebygge henvisninger hvor pasientene kan få hjelp i de kommunale tjenestene.

Andel pasienter i psykisk helsevern avgrenset til barn og unge (0–17 år) og voksne (18 år og eldre) er presentert i figur 10.5 og gir et bilde av de geografiske forskjellene mellom helseforetakenes opptaksområder i 2023 [43].

Figur 10.5 Andel barn og unge (0–17 år første bildet) og voksne (18 år og eldre andre bildet) i psykisk helsevern i befolkningen i 2023. Ratene er fordelt etter pasientens bostedsområde.





Det er mange forhold som virker inn på de geografiske forskjellene i bruken av psykisk helsevern. Tilbudet både i psykisk helsevern og i kommunene er ulikt rundt omkring i landet. Det er forskjeller i kommunale tilbud mellom stor og små kommuner og mellom ulike geografiske områder. Mangel på kommunale tilbud vil kunne øke behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester og godt utbygde kommunale tjenester vil kunne avlaste psykisk helsevern. Lang reisevei til psykisk helsevern vil øke behovet for korte døgnoophold og bruk av det i polikliniske tilbudet vil være mindre realistisk sammenlignet med i mer tettbygde strøk.

Inntil videre er kartleggingen av psykisk helsearbeid i kommunene (IS 24/8) vår beste kilde med hensyn til informasjon om arbeidet i de kommunale tjenestene til denne pasientgruppen. Det dreier seg om informasjon om hvordan samarbeidet med psykisk helsevern fungerer både med hensyn til avklaring/vurderingssamtaler, kunnskapsoverføring, samarbeidsmøter og oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette er informasjon om samarbeidet som ikke vil foreligge i registrene basert på individopplysninger. Vi har informasjon om individopplysninger når det gjelder kontakter hos fastlege og legevakt i tillegg til innvilgede vedtak om helse- og omsorgstjenester i kommunene i det kommunale pasient- og brukerregistret (KPR). Kartleggingen i IS 24/8 for 2024 anslår at om lag en tredjedel av barn og unge og omlag halvparten av voksne i kontakt med psykisk helse- og rusarbeid har vedtakspåklagte helse- og omsorgstjenester [44]. Det er med andre ord en betydelig andel brukere av kapasiteten i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene som ikke fanges opp i KPR.

[42] [Ventetider og pasientrettigheter \(fhi.no\)](https://fhi.no)

[43] [Pasienter i psykisk helsevern \(Helsedirektoratet\)](https://helsedirektoratet.no)

[44] [Kommunalt psykisk helse og rusarbeid \(sintef.no\)](https://sintef.no)

Utvikling i døgntjenestene i psykisk helsevern – kapasitet og aktivitet i regionene

11.1 Døgnplasser i psykisk helsevern

Data om døgnplasser samles inn av Statistisk sentralbyrå (SSB), og kartlegges årlig i helseforetak og ved private avtaleinstitusjoner med anbudsavtaler (punkttelling i november). Helsedirektoratet samarbeider med SSB i kvalitetskontrollen av data og publiserer statistikken på SAMDATAs nettside [45].

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets- fengsel- og rettspsykiatri (OUS, SIFR Sør-Øst), har i sine statusrapporter utarbeidet statistikk for antall sikkerhetsplasser i Norge, disse vil bli benyttet for å belyse kapasitet i sikkerhetspsykiatrien i denne rapporten.

SSBs kartlegging av døgnplasser i psykisk helsevern er en punkttelling mot slutten av året (november), noe som gjør at endringer gjennom året ikke fanges opp. Opplysninger om oppholdsdøgn gjennom innrapporterte pasientdata til NPR belyser døgn tilbudet faktisk gitt til pasientene og ikke den planlagt døgncapasitet. All den tid opplysningene i pasientdata ikke gir oppdatert standardisert informasjon om type avdeling behandlingen er gitt ved, kan ikke pasienttall knyttes opp mot døgnplasskapasiteten ved de ulike avdelingene [46]. Eksempelvis vil brukerstyrte døgnplasser ha lavere belegg sammenlignet med døgnplasser som tilbyr planlagte behandlinger. Pasientenes bruk av brukerstyrte plasser kan ikke identifiseres i pasientdata.

Døgnplasser i psykiske helsevern for barn og unge (PHBU)

Antall døgnplasser i PHBU

Tallet på døgnplasser har over lang tid holdt seg relativt stabilt i psykisk helsevern for barn og unge. Tabell 11.1 viser utviklingen i antall plasser for perioden 2019–2023.

Tabell 11.1 Døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2019–2023. Endringer fra 2019 og 2022.

	2019	2020	2021	2022	2023	Endring døgnplasser 2019-2023		Endring døgnplasser 2022-2023	
						Antall	Prosent	Antall	Prosent
Region Sør-Øst	186	187	203	204	207	21	11,3	3	1,5
Region Vest	55	55	56	54	52	-3	-5,5	-2	-3,7
Region Midt-Norge	34	32	31	31	31	-3	-8,8	0	0,0
Region Nord	41	41	41	42	42	1	2,4	0	0,0
Totalt	316	315	331	331	332	16	5,1	1	0,3

Fra 2019 til 2023 var det en økning fra 316 til 332 døgnplasser, med en vekst i Helse Sør-Øst og Nord, og noe nedgang i Helse Vest og Midt-Norge. Fra 2022 til 2023 var det mindre endringer. Private institusjoner med regionale avtaler bidro med 60 døgnplasser i Helse Sør Øst i 2023, og utgjorde 18 prosent av døgnplasskapasiteten i tjenesten for barn og unge. Det var 13 hjemmesykehus plasser ved Oslo Universitetssykehus HF i 2023.

Antall døgnplasser relatert til befolkningsgrunnlaget (PHBU)

I regionenes «sørge for»-ansvar ligger ansvaret for å tilby et døgntilbud som er dimensjonert i henhold til befolkningsgrunnlaget. Ved å beregne antall døgnplasser per innbygger 0–17 år, får man et anslag på dette for barne- og ungdomsbefolkningen. Denne størrelsen omtales som dekningsraten.

Figur 11.1 viser utvikling i dekningsraten nasjonalt og i regionene i perioden 2019 til 2023.

Den nasjonale dekningsraten i psykisk helsevern for barn og unge har vært tilnærmet stabil i hele perioden (ca 3 døgnplasser per 10 000 innbygger 0–17 år). I regionene har det vært vekst i dekningsratene i Helse Sør-Øst og Helse Nord, og en svak nedgang i Helse Midt-Norge og Helse Vest. Fra 2022 til 2023 holdt raten seg stabil i tre av fire regioner, med en svak nedgang i Helse Vest.

Det er betydelige geografiske forskjeller i døgnplassdekningen i psykisk helsevern for barn og unge, og Helse Nord har i hele perioden hatt betydelig høyere dekningsrate enn de øvrige regionene. I figuren inngår de private institusjonene i ratene for regionene de har avtale med.

Døgnplasser i psykiske helsevern for voksne (PHV)

Antall døgnplasser i PHV

Tabell 11.2 viser utviklingen i antall plasser i psykisk helsevern for voksne for perioden 2019–2023.

Tabell 11.2 Antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksne etter tilknytningsregion i 2023, endring fra 2019 og 2022.

						Endring døgnplasser 2019–2023		Endring døgnplasser 2022–2023	
	2019	2020	2021	2022	2023	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Region Sør-Øst	1818	1778	1782	1785	1780	-38	-2,1	-5	-0,3
Region Vest	740	738	738	721	728	-12	-1,6	7	1,0
Region Midt-Norge	426	422	419	432	436	10	2,3	4	0,9
Region Nord	357	354	349	355	352	-5	-1,4	-3	-0,8
Totalt	3341	3292	3288	3293	3296	-45	-1,3	3	0,1

I 2023 var det 3 296 døgnplasser i psykisk helsevern for voksne ved utgangen av året. Etter mange år med nedgang i døgnplasskapasiteten i tjenestene til voksne, har reduksjonen stoppet opp. Fra 2022 til 2023 var det vekst i døgnplasser i helseforetakene (+19 plasser) og en nedgang i private avtaleplasser (-16 plasser). Dette ga en samla vekst på tre døgnplasser fra 2022 til 2023 i tjenestene til voksne. Reduksjonen i omfanget av private døgnplasser siste år var blant annet knyttet til avviklingen av godkjenningsordningen i Fritt behandlingsvalg (FBV) fra 1. januar 2023.

I 2023 var det i psykisk helsevern for voksne seks hjemmesykehus plasser ved Oslo Universitetssykehus HF, Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme (PUA).

Det kan se ut som det er en tendens til styrking av sykehusdelen av tjenestene til voksne i løpet av siste femårsperiode, ved en svak økende andel døgnplasser i sykehus versus DPS. Både data fra SSB og regionenes rapporteringer underbygger denne utviklingen, men det er noe usikkerhet knyttet til klassifiseringen av DPS/sykehus over tid.

Antall døgnplasser relatert til befolkningsgrunnlaget (PHV)

Dekningsraten for den voksne befolkningen er beregnet på samme måte som for barne- og ungdomsbefolkningen, det vil si antall døgnplasser per 10 000 voksne innbygger (18 år og eldre).

Figur 11.2 viser utviklingen i dekningsraten i psykisk helsevern for voksne i perioden 2019 til 2023.

På nasjonalt nivå var det i hele perioden en avtagende rate. Fra 2022 til 2023 gikk den nasjonale døgnplassraten ned fra 7,5 til 7,4 døgnplasser per 10 000 voksne innbyggere (-1,3 %), tross vekst i antall plasser siste år. Dette skyldes at den prosentvise veksten i folketallet var større for den voksne befolkningen (+1,4 %) enn veksten i antall plasser fra 2022 til 2023 (+0,1 %).

Dekningsraten avtok i regionene fra 2022 til 2023 med unntak for i Helse Midt-Norge, hvor raten var undret. Det var mindre regionale forskjeller i tjenestene for voksne enn i tjenestene for barn og unge. I hele femårsperioden hadde Helse Nord og Helse Vest noen flere plasser per innbygger enn Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Det var imidlertid større variasjoner mellom helseforetakene innad i regionene, spesielt i Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Sikkerhetsplasser i psykisk helsevern

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets- fengsel- og rettspsykiatri (SIFR Sør-Øst) har utarbeidet fem statusrapporter om norsk sikkerhetspsykiatri for perioden 2005 til 2023. I rapporten for 2023 [47] viser man at det både har vært vekst i lokale (fra 178 til 201 plasser) og regionale sikkerhetsplasser (fra 42 til 48 plasser) siden 2019, det vil si at samla økte antallet sikkerhetsplasser fra 220 til 249 siste femårsperiode. Rapporten viser også at 25 prosent av de regionale plassene og 59 prosent av de lokale sikkerhetsplassene opptas av domfelte pasienter ved utgangen av 2023, med regionale variasjoner for både regionale (17–30 %) og lokale sikkerhetsplasser (50–85 %).

11.2 Aktivitet i døgntjenester i psykisk helsevern

For å belyse hvordan døgnplassene benyttes i regionene, presenteres statistikk som viser utvikling i aktiviteten i døgntjenestene. Analysene viser utvikling i volum av innleggelser og varighet av døgnopphold for pasienter med alvorlig psykiske lidelser sammenliknet med tall for alle pasienter i døgnbehandling for perioden 2019–2023 [48].

Innleggelser i psykisk helsevern

Utvikling i innleggelser i psykisk helsevern for voksne i perioden 2019–2023

Figur 11.3 og 11.4 viser utviklingen i antall innleggelser i psykisk helsevern for voksne i perioden 2019–2023, for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og pasienter totalt. Den store figuren viser utviklingen på nasjonalt nivå og de små figurene utviklingen i regionene i femårsperioden.

Figur 11.4 Antall innleggelser i psykisk helsevern for voksne 2019–2023. Regional utvikling for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og totalt.

Fra 2019 til 2020 gikk antall innleggelser i psykisk helsevern for voksne ned både i regionene og nasjonalt. Dette gjaldt både for pasienter med alvorlig psykiske lidelser (-7 %) og pasientene samlet (-6 %). I 2023 var

nivået på innleggelser fortsatt lavere enn i 2019, og i perioden sett under ett gikk antall innleggelser ned (-1,9 %). Nedgangen i innleggelser fra 2019 til 2023 fant sted i alle regioner unntatt i Helse Sør-Øst. Etter 2020 var det en vekst både på nasjonalt nivå og en økende tendens i regionene, med unntak for i Helse Vest. For pasienter med alvorlig psykiske lidelser økte innleggelsene i Helse Sør-Øst og Helse Nord etter pandemien.

I 2023 varierte andelen innleggelsene som var knyttet til pasienter med alvorlig psykiske lidelser mellom 36 og 43 prosent i regionene, høyest i Helse Vest og lavest i Helse Midt-Norge.

Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser psykisk helsevern for voksne

Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved helseforetak og private foretak i løpet av perioden 2019–2023, er presentert i tabell 11.3. Helseforetakene er fordelt etter tilknytningsregion og pasientene behandlet ved private foretak er fordelt etter bostedsregion.

Tabell 11.3 Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved i psykisk helsevern for voksne, 2019–2023.

Behandlingssted		Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (prosent)			
		2019	2021	2022	2023
HF/Private avtaleinstitusjoner	Helse Sør-Øst	67	69	69	68
	Helse Vest	70	68	70	70
	Helse Midt-Norge	66	68	69	68
	Helse Nord	53	55	57	58
	Totalt	66	67	68	67
Herav pasienter med alvorlige psykiske lidelser	Helse Sør-Øst	64	67	67	66
	Helse Vest	69	68	68	67
	Helse Midt-Norge	62	63	65	63
	Helse Nord	53	56	55	57
	Totalt	64	65	65	65

Øyeblikkelig hjelp-innleggelser utgjorde to tredjedeler av innleggelsene i psykisk helsevern for voksne i 2023, og lå på omtrent samme nivå som før pandemien. Nedgangen i innleggelser i perioden 2019 til 2023 var knyttet til elektive innleggelser, mens øyeblikkelig hjelp-innleggelser lå noe over nivået før pandemien. Veksten i øyeblikkelig hjelp-innleggelser i 2022 ble avløst av en nedgang i 2023. Det var flere øyeblikkelig hjelp-innleggelser i Helse Sør-Øst og Helse Nord i 2023 sammenlignet med før pandemien, mens i Helse Vest og Helse Midt-Norge var det færre.

Nivået på andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser varierte mellom regionene. I 2023 var andelen høyeste i Helse Vest (70 %) og laveste andel i Helse Nord (58 %). For pasienter med alvorlige psykiske lidelser, var andelen i hovedsak lavere enn for pasientene samlet i siste femårsperiode.

Utvikling i innleggelser i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2019–2023

Figur 11.5 viser utviklingen i antall innleggelser i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2019–2023.

Figur 11.5 Antall innleggelser i psykisk helsevern for barn og unge, 2019–2023.

Antall innleggelser i psykisk helsevern for barn og unge var høyere i 2023 sammenlignet med 2019 (+21,6 %), til tross for en nedgang siste år (-8,6 %). Utviklingen i regionene fulgte i stor grad samme utvikling, med klar vekst fra 2019 til 2023, og med avtagende omfang siste år, med unntak for Helse Nord hvor innleggelse økte fra 2022 til 2023.

Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser psykisk helsevern for barn og unge

Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved helseforetak og private foretak i løpet av perioden 2019–2023, er presentert i tabell 11.4. Helseforetakene er fordelt etter tilknytningsregion og pasientene behandlet ved private foretak er fordelt etter bostedsregion.

Tabell 11.4 Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved i psykisk helsevern for barn og unge, 2019–2023.

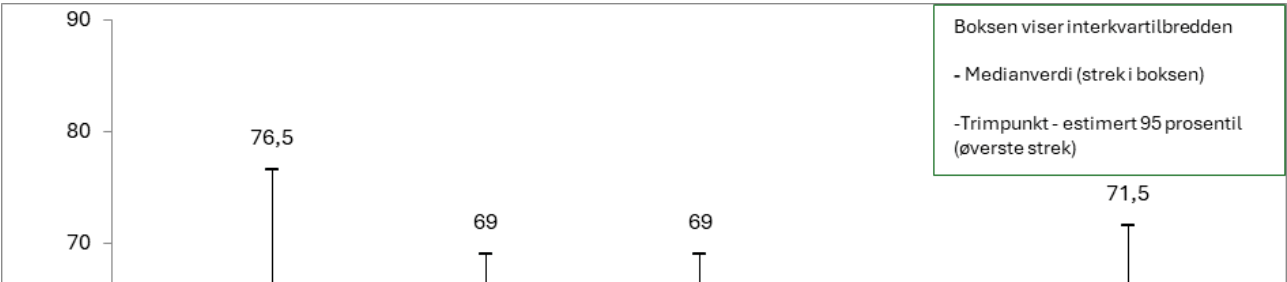
Tilknytningsregion (helseforetak) og pasientens bostedsregion (private foretak)	Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (prosent)				Innleggelser ved HF/private foretak			
	2019	2021	2022	2023	Antall 2023	Prosent endring 2019–23	Prosent endring 2021–23	Prosent endring 2022–23
Helse Sør-Øst	60	63	64	65	1345	12,7	-14,2	-8,4
Helse Vest	55	71	74	69	990	24,5	-7,7	-11,1
Helse Midt-Norge	62	73	74	67	609	27,4	-5,1	-15,3
Helse Nord	54	60	59	60	539	35,4	-1,8	5,5
Totalt	58	66	68	66	3483	21,6	-9,1	-8,6

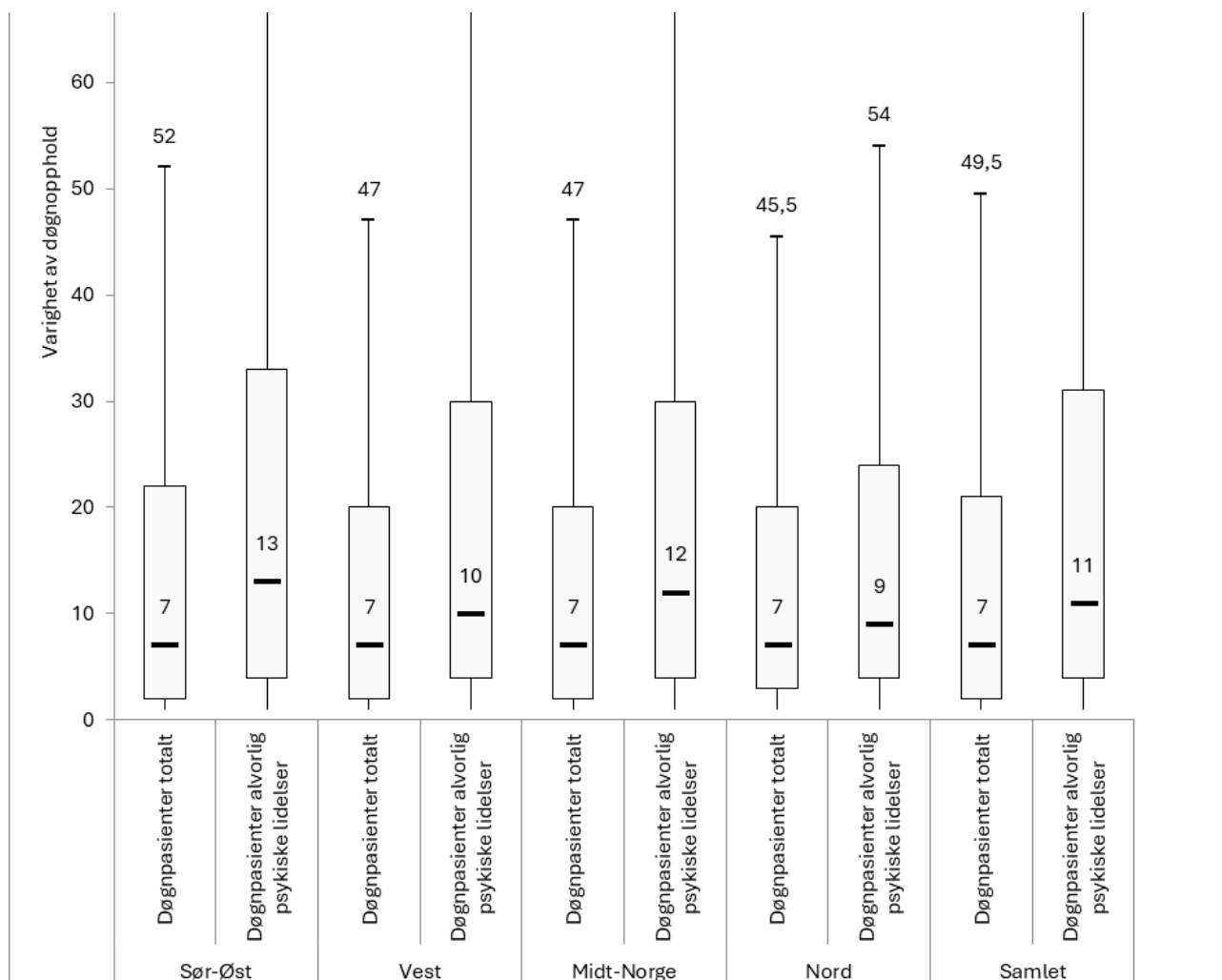
Øyeblikkelig hjelp-innleggelser utgjorde 66 prosent av innleggelsene i psykisk helsevern for barn og unge i 2023 og andelen lå 8 prosentpoeng over nivået før pandemien. Det var flere øyeblikkelige hjelp-innleggelser i 2023 sammenlignet med 2019, mens øvrige innleggelser lå på samme omfang som før pandemien. I regionene hadde Helse Nord den laveste andelen øyeblikkelige hjelp-innleggelser i hele perioden.

Varighet av døgnbehandling i psykisk helsevern – psykisk helsevern for voksne

I siste femårsperiode var varigheten av døgnopphold i psykisk helsevern for voksne tilnærmet uendret, målt i median antall dager. Det har både vært tilfelle for døgnpasientene samlet (7 dager), og for pasienter med alvorlig psykiske lidelser (11 dager). I regionene økte varigheten fra 10 til 12 dager i Helse Midt-Norge og fra 8 til 9 dager i Helse Nord for pasienter med alvorlig psykiske lidelser fra 2019 til 2023. For de øvrige regionene har varigheten vært uendret i perioden sett under ett.

Figur 11.6 viser varigheten av døgnbehandlingen i PHV for pasientene samla og for pasienter med alvorlig psykiske lidelser i 2023. Varigheten av døgnbehandlingen er presentert i form av boksplott [49].





Figur 11.6 Varighet av døgnopphold i psykisk helsevern for voksne 2023.

Figuren viser median varighet av døgnopphold i psykisk helsevern for voksne var 7 dager i samtlige i regioner i 2023. Dette betyr at halvparten av døgnbehandlingene var avsluttet innen en uke. For undergruppen pasienter med alvorlige psykiske lidelser var døgnoppholdene av lengre varighet i alle regioner, med flest dager i Hele Sør-Øst (13 dager) og færrest dager i Helse Nord (9 dager). I Helse Sør-Øst ble 95 prosent av oppholdene avsluttet innen 77 dager og i Helse Nord innen 54 dager. Gjennomsnittlig varighet var også betydelig høyere for denne pasientgruppen i Helse Sør-Øst (33,7 dager) enn i Helse Nord (23,7 dager).

Varighet av døgnbehandling i psykisk helsevern – psykisk helsevern for barn og unge

Døgntilbudet i psykisk helsevern for barn og unge tilbys ved helseforetakene og ved private foretak med driftsavtale med RHF Sør-Øst. Døgnbehandling ved private foretak, utgjør svært få opphold når det gjelder tilbud til barn og unge i de øvrige regionene. Varigheten av døgnbehandlingen ved helseforetakene og ved private foretakene er presentert i tabell 11.6.

Tabell 11.6 Varigheten av døgnbehandlingen ved helseforetakene og ved private foretak i psykisk helsevern for barn og unge 2019 og 2023.

Tilknytningsregion (helseforetak) og pasientens bostedsregion (private foretak)	2019			2023		
					Trimpunkt (estimert)	

		Median dager	Trimpunkt (estimert 95 prosentil)	Utskrivninger	Median dager	95 prosentil)	Utskrivninger
HF	Helse Sør-Øst	5	69,5	1146	4	61,0	1243
	Helse Vest	6	57,0	778	3	31,0	1004
	Helse Midt-Norge	6	42,0	479	4	38,5	613
	Helse Nord	11,5	88,0	392	7	59,5	545
	Totalt	6	59,5	2795	4	43,5	3405
Private foretak	Helse Sør-Øst	240	720	56	146	386	119
	Helse Vest	-	-	-	-	-	-
	Helse Midt-Norge	-	-	-	-	-	-
	Helse Nord	-	-	-	-	-	-
	Totalt	237	720	60	146	386	119
Totalt		6	60	2855	4	53,5	3524

Varigheten av døgnbehandling i psykisk helsevern for barn og unge hadde samlet sett en varighet på 6 dager (median dager) i 2019 og i 2023 var varigheten redusert til 4 dager. Dette betyr at halvparten av døgnbehandlingene var avsluttet i løpet av 4 dager i 2023. Når det gjaldt lengre behandling innen døgntilbudet i psykisk helsevern for barn og unge, ble fem prosent av døgnoppholdene lengre enn 44 dager i 2023 som er 16 dager kortere sammenlignet med 2019.

Det var kortere døgnopphold for barn og unge i samtlige regioner i 2023 sammenliknet med 2019, spesielt var reduksjonen stor i helse Nord (fra 11,5 til 7 dager) og Helse Vest (fra 6 til 3 dager). Nedgangen i varighet må delvis ses i sammenheng med økningen i øyeblikkelig hjelp-innleggelser, som i all hovedsak er kortere enn planlagte døgnopphold. I Nord var median varighet av døgnbehandlingen lengre samtidig som en større andel av innleggelsene var planlagte sammenlignet med de øvrige regionene.

11.3 Forløp 30 dager etter utskrivning fra døgnopphold i psykisk helsevern

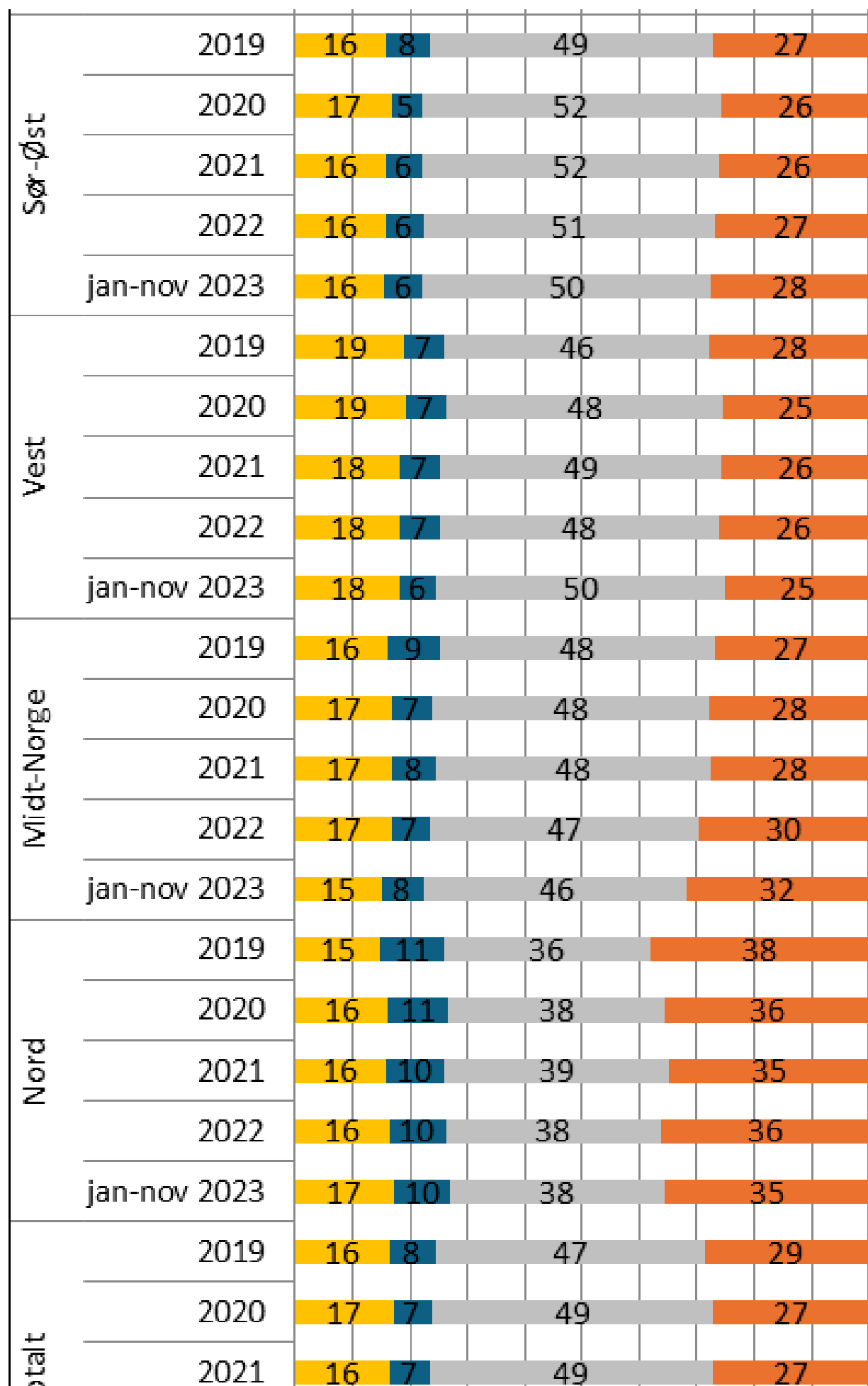
I analyser av forløp etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern [50], angis andel utskrivninger med ny innleggelse (planlagt og øyeblikkelig hjelp), kun poliklinisk kontakt og andel uten kontakt med psykisk helsevern 30 dager etter utskrivning.

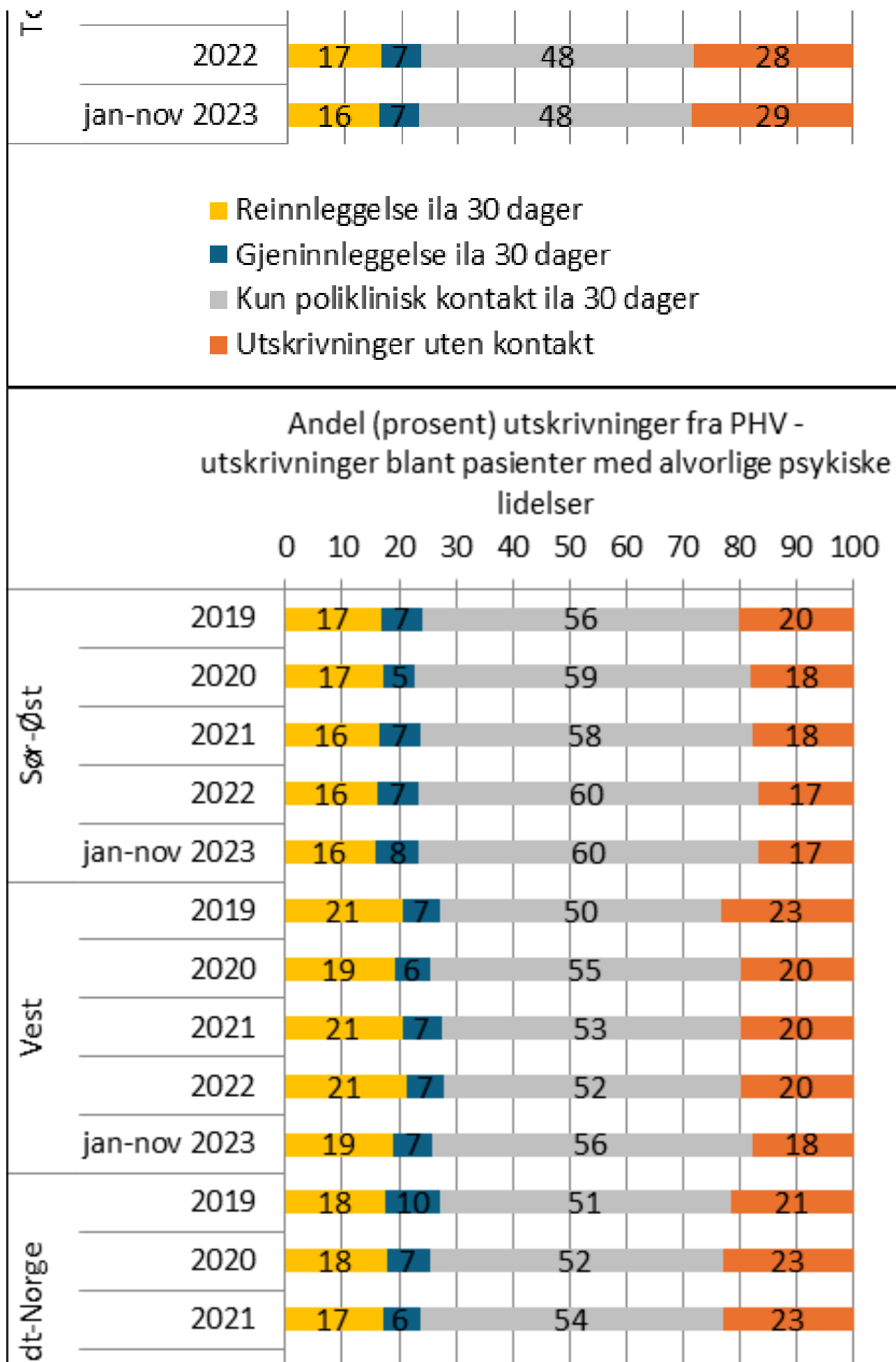
Psykisk helsevern for voksne (PHV)

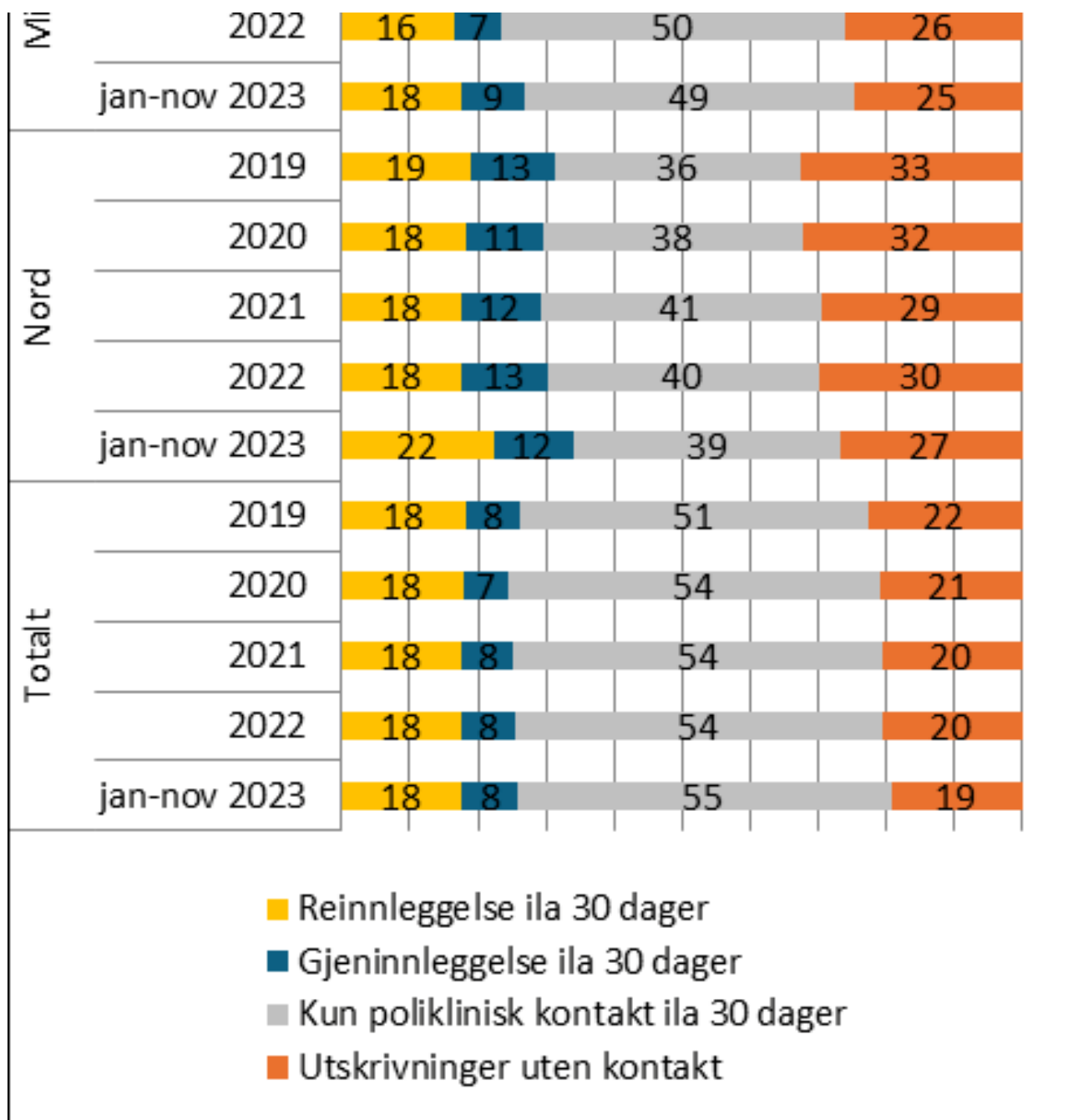
I figuren under presenteres forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i PHV, figuren til venstre viser alle døgnpasienter, og figuren til høyre viser pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Andel (prosent) utskrivninger fra PHV - alle utskrivninger

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100







Figur 11.7 Forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnerbehandling i PHV, 2019–2023. Utskrivninger for pasienter totalt i figuren til venstre og utskrivninger blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser i figuren til høyre.

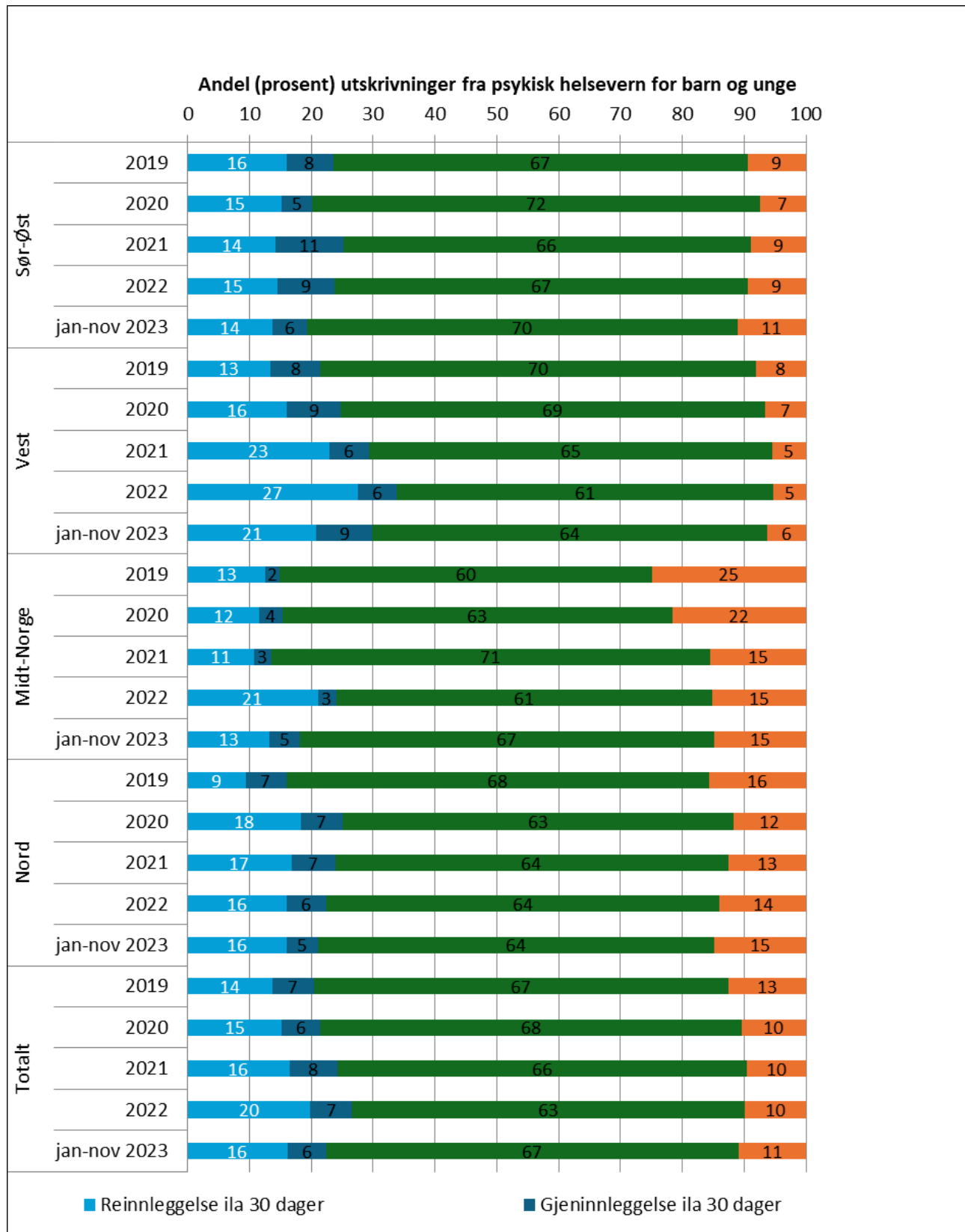
Samlet sett var 29 prosent av døgnerbehandlingene uten ny kontakt med disse tjenestene i løpet av den første måneden etter avsluttet døgnerbehandling. I alt 48 prosent hadde kun en poliklinisk kontakt i løpet av disse dagene. I alt 16 prosent av utskrivningene ble etterfulgt av reinnleggelse, mens 7 prosent ble gjeninnlagt uten behov for øyeblikkelig hjelp. Det var en høyere forekomst av gjeninnleggelser i Nord sammenlignet med de øvrige regionene. Regionen hadde også en større andel opphold uten kontakt med tjenestene i løpet av den første måneden etter utskrivning sammenlignet med de øvrige regionene, og en lavere andel med kun poliklinisk kontakt.

For pasienter med alvorlige psykiske lidelser var 19 prosent uten ny kontakt én måned etter utskrivning, og 55 prosent hadde poliklinisk kontakt i samme periode. 18 prosent hadde en reinnleggelse (ø-hjelp) og 8 prosent en

gjeninnleggelse (elektivt). Det var også for denne gruppen av pasienter høyere forekomst av gjeninnleggelser i Nord og en større andel opphold uten kontakt med tjenestene i løpet av den første måneden etter utskrivning sammenlignet med de øvrige regionene.

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

I figuren under presenteres forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i PHBU.



■ Kun poliklinisk kontakt ila 30 dager

■ Utskrivninger uten kontakt

Figur 11.8 Forløp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt i PHBU, 2019–2023.

I 2023 var 11 prosent uten ny kontakt med psykisk helsevern i løpet av den første måneden etter avsluttet døgntilrettelagt blant barn og unge. En stor andel hadde kun en poliklinisk kontakt i løpet av disse dagene (67 prosent), 16 prosent av utskrivningene ble etterfulgt av reinnleggelse (ø-hjelp), mens 6 prosent ble gjeninnlagt uten at det dreide seg om behov for øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp). Det var høyere forekomst av gjeninnleggelser i Vest og en større andel opphold uten kontakt med tjenestene Midt-Norge og Nord i løpet av den første måneden etter utskrivning sammenlignet med de øvrige regionene.

[45] [Psykisk helsevern – døgnplasser, behandlingssted \(Helsedirektoratet\)](#)

[46] [Vedlegg 1 til IK-44/89 \(git.sarepta.ehelse.no\)](#)

[47] Regionalt kompetansesenter for sikkerhets- fengsel- og rettspsykiatri (SIFR Sør-Øst) (2024). Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023. En statusrapport.

[48] [Aktivitet ved behandlingssteder i psykisk helsevern \(Helsedirektoratet\)](#)

[49] Boksens lengde angir avstanden fra nedre kvartil til øvre kvartil; interkvartilbredden. Median er det samme som 50 prosentilen, det betyr at 50 prosent av observasjonene er mindre enn median. Tilsvarende er 25 prosent av observasjonene mindre enn nedre kvartil (25 - prosentilen) og 75 prosent av observasjonene mindre enn øvre kvartil (75 – prosentilen). Den øvre grensen er estimerte 95 prosentilen (trimpunkt): $\text{Trimpunkt} = Q_3 + 1.5(Q_3 - Q_1)$; hvor $Q_1 = 25$ prosentil og $Q_3 = 75$ prosentil.

[50] [Aktivitet ved behandlingssteder i psykisk helsevern \(Helsedirektoratet\)](#)

