

Innspill til kommunekommisjonen

Norsk psykologforening vil med dette gjøre kommunekommisjonen oppmerksom på noen utfordringer vi mener der er nødvendig å belyse.

Psykologforeningen ønsker å gjøre utvalget oppmerksomme på tre områder som vi mener at en bør ta hensyn til i utredningen.

1. Uønsket variasjon i kommunehelsetjenesten

Psykologforeningen erfarer at det er store og vedvarende variasjoner i tilbudet av psykiske helsetjenester mellom kommuner. Psykologforeningen erfarer også at tilbudet kan variere over tid i samme kommune. Særlig i Nord-Norge og andre distriktsområder er det utfordrende å sikre stabile og forutsigbare tjenester. Dette skaper utrygghet for pasienter og pårørende, og brudd i pasientforløpene.

Variasjon og ustabilitet i det kommunale tilbudet forplanter seg også til samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Manglende kapasitet og kompetanse i kommunene gjør det vanskelig å sikre riktige henvisninger, gode overganger og helhetlige forløp i egen kommune og i samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Personer med psykiske plager og lidelser har ulike behov, som igjen krever ulike organisatoriske svar. Prioriteringsveilederne har en nivådeling som indikerer at personer med lettere til moderate tilstander skal behandles i kommunene og de med moderate til alvorlige tilstander skal behandles i spesialisthelsetjenesten. Samtidig ser vi flere pasienter er i behov av samtidige tilbud fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Mennesker med spiseforstyrrelse, depresjon eller alvorlige psykiske lidelser, som også kan være kombinert med et rusproblem, kan være pasientgrupper som vil kreve behandlingstilbud fra ulikt nivå og gjerne ha behov for ulike organisatoriske løsninger. Selv om det er rapportert høy tilfredshet blant de fleste som er i kontakt med psykisk helsevern og rusbehandling, er det også slik at de yngste pasientene, personer med store psykiske utfordringer og flere diagnoser rapporterer at de i mindre grad opplever at behandlingen hjelper^{1,2}. Det er verdt å merke seg at disse gruppene som regel trenger tjenester både fra spesialist- og kommunehelsetjeneste, og er en gruppe med storbrukere av tjenester som utfordrer måten helsetjenesten er organisert på.

Det er bred faglig enighet om at somatiske og psykiske helseutfordringer ofte opptrer samtidig og forsterker hverandre. Nesten hver tredje person med en langtids somatisk sykdom har psykiske helseproblemer og nesten halvparten av de med psykiske helseproblemer har en langtids somatisk sykdom. Eldre med psykiske lidelser har utbytte av

¹ <https://www.rus.no/aktuelt/psykisk-helse-og-ruspasienter-svart-hoy-andel-er-tilfredse-med-behandlingen#:~:text=Les%20mer%20om%20f%C3%B8lgende%20emner:>

² https://www.sintef.no/prosjekter/2021/brukerundersokelse_poliklinikk/

psykologisk behandling, men mottar sjelden dette i de offentlige tjenestene. Variasjonen og ustabiliteten i tilbudet går utover pasienter med sammensatte og alvorlige psykiske lidelser.

2. Lovfestet krav om psykologer i alle kommuner

Etter avviklingen av tilskuddsordningen for psykologer i kommunen i 2020 mangler fortsatt mange kommuner psykolog. I 2024 var det 1009 psykologer ansatt i kommunene, uten at de er likt fordelt mellom kommunene. Det finnes ingen statlig delfinansiering av psykologer i kommunene eller annen psykisk helsehjelp som sikrer lik tilgang i hele landet, slik man for eksempel har for fastleger og fysioterapeuter. Dette til tross for at ca. 30 % av henvisningene til psykisk helsevern avvises, med begrunnelse i prioriteringsveilederen til spesialisthelsetjenesten for psykisk helse. Ifølge veilederen for psykisk helse- og rusarbeid for voksne skal mange av disse avviste pasientene kunne få et behandlingstilbud i kommunen, for sine lettere til moderate psykiske plager. Dette gjelder også for barn og unge. I noen kommuner som har kunnet prioritere dette på sine budsjetter, kan du få hjelp om henvisningen til psykisk helsevern avslås, men mange steder står du da med et psykisk helseproblem uten tilgang til helsehjelp.

3. Nytten av arbeidsfokus i behandling

En norsk randomisert kontrollert studie, publisert i *The Lancets eClinicalMedicine*, viser at en kort, jobbfokusert behandling for angst og depresjon får dobbelt så mange tilbake i arbeid sammenliknet med de pasientene som må vente på behandling. Samtidig reduseres symptomene kraftig. Kostnadene ved behandlingen tjenes inn tre ganger i form av redusert sykefravær.

Vi har per i dag ikke statistikk og styringsdata fra de kommunale psykisk helse- og rustjenestene

- KPR (Kommunalt pasientregister) inneholder ikke data fra alle de lavterskeltjenestene og forebyggende psykiske helsetjenestene som faktisk finnes i dag. Det samles kun inn data fra fastlegetjenesten (KHUR- data) og data fra vedtaksbaserte tjenester.
- Det finnes ikke prioriterings- og styringsdata fra all den nødvendige psykiske helsehjelpen som psykologer, kliniske sosionomer, sykepleiere m.fl. tilbyr i dag. Kommunene har organisert tjenestene sine forskjellig, noe som gjør at det er utfordrende å få en god oversikt.
- Helsedirektoratet kartla dette i 2022, gjennomgang av KPR, med anbefalingen:

"Utvikle tjenestekodeverket som rapporteres til KPR.

Utrede, beskrive og teste en ny tjenestekode for psykisk helse- og rusarbeid. Det kan gjøre det enklere å fremstille statistikk over feltet og identifisere målgruppen. Det kan også gjøre det enklere for kommunen å rapportere riktig og gi mer komplette data."

- Opptappingsplanen for psykisk helse 2023-2033, omtaler behovet for å få på plass slike data (jfr at hovedmålene er knyttet til helsefremming, forebygging, tidlig hjelp og at et av hovedtiltakene er etablering av lavterskeltilbud i alle kommuner).
- Omorganisering har som kjent overført ansvaret fra Helsedirektoratet til FHI som har nedsatt arbeidsgruppe for å jobbe med å utarbeide en ny tjenestekode for psykisk helse- og rustjenester i kommunen.

Hvorfor vi omtaler dette i slik detalj er at vi i mange år har påpekt denne mangelen på data som gir feil grunnlag for å forstå befolkningens behov, potensialet i forebyggende tjenester, manglende forskning og sammenlignbarhet mv. I oktober 2025 ble vi kjent med at dette på ny er besluttet utsatt.

Variasjon i kommunenes psykiske helsetjenester

Til variasjon i tilgang på psykologkompetanse (variasjon mht målgrupper (alder f.eks), per capita, og per kommune) er SSB den eneste kilden. Siste rapport derfra kom i oktober og er basert på tall fra 2024:

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/bredere-psykologtilbud-i-store-kommuner#:~:text=Det%20har%20v%C3%A6rt%20en%20stor%20%C3%B8kning%20i,kommunale%20helse%2D%20og%20omsorgstjenesten%20i%20perioden%202015%2D2024.>

Den autoritative kilden til påstand om uønskede variasjoner er Riksrevisjonen:

- 2021: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>

- 2025: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/helse-og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidig-rusmiddellidelse-og-psykisk-lidelse/>

- I 2026 kommer en oppfølging av rapporten fra 2021, med fokus på barn og unge:

<https://www.riksrevisjonen.no/kommende-rapporter/tjenester-til-barn-og-unge-med-psykiske-plager-og-lidelser2/>

I 2023 fikk vi en normerende veileder: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>, men om den har virket lenge nok til å tette gapene Riksrevisjonen har pekt på, er antagelig tvilsomt, men noe å følge med på.

I tillegg finnes det årlige rapporter med kartlegging av kommunale psykisk helse og rustjenester fra SINTEF. Der vises variasjoner mellom kommuner nå det gjelder årsverk, tjenester mv:

https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/endeligrapport_is_24_8_2024.pdf

Arbeid og psykisk helsevern:

[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(25\)00547-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(25)00547-4/fulltext)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17978260/>