

Psykologforeningen om helsereformutvalget

Psykologforeningen takker for muligheten til å gi innspill til Helsereformutvalgets arbeid. Hvordan helse- og omsorgstjenestene organiseres, styres og finansieres har stor betydning for kvaliteten i det psykiske helsetilbudet til befolkningen, og Psykologforeningen ser det som viktig å bidra konstruktivt til denne prosessen. Vi har fulgt utvalgets arbeid med interesse, og deler ambisjonen om å utvikle en mer sammenhengende og bærekraftig helsetjeneste.

Psykologforeningens innspill bygger på et bredt internt arbeid der foreningens sentralstyre, fagutvalg, lokalavdelinger og en rekke andre foreningsledd har vært involvert, og vi løfter erfaringer og perspektiver fra psykologer som arbeider i kommunale tjenester, i psykisk helsevern, i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nav, Bufetat, statsforvaltere og i samhandlingen mellom nivåer og på tvers av sektorer. Det er dette brede erfarings- og kunnskapsgrunnlaget – fra klinikere, ledere og tillitsvalgte i hele landet – som ligger til grunn for de vurderingene og forslagene vi legger frem.

Uavhengig av hvilken modell Helsereformutvalget anbefaler, mener Psykologforeningen at noen grunnleggende forutsetninger må være på plass. Foreningen vedtok i februar 2026 et sett med modelluavhengige kriterier som bør ligge til grunn for utvalgets arbeid, vedlagt. Innledningsvis nevner vi to av dem.

Det første er ansvarlig innovasjon: ingen modell vil være perfekt, og det avgjørende er at den har kapasitet til å fange opp utilsiktede konsekvenser og korrigere kursen underveis. Både modeller som videreutvikler dagens to-nivåstruktur, og modeller som introduserer et nytt nivå for sørge-for-ansvar, må gi rom for å justere både organisering og finansiering over tid. Erfaring viser at helse- og omsorgstjenester utvikler seg i komplekse samspill mellom fag, økonomi, styring og lokale forutsetninger. Det er derfor avgjørende at reformgrep ikke låses i strukturer som gjør det vanskelig å korrigere kursen når effektene i praksis avviker fra intensjonene. Psykologforeningen mener at nettopp kapasiteten til å endre modellen dersom den gjør skade – for pasienter, fagmiljøer eller likeverdighet – er et sentralt prinsipp i reformarbeidet.

Det andre er ansattes medvirkning. Helsepersonell i tjenestene ser når organisering og finansiering ikke tjener pasientene, og reell medvirkning er en forutsetning for at en reform skal lykkes i praksis.

Overordnet mener vi utfordringene i helse- og omsorgs-tjenestene ikke kun er et spørsmål om modellvalg. Dagens utfordringer innen psykisk helse og rus fremstår som et resultat av manglende samsvar mellom behov og tilgjengelige ressurser, kombinert med svak samhandling og uklar ansvarsfordeling. Særlig i kommunene preges de psykiske helsetjenestene av variasjon, mangel på grunnleggende informasjon om omfanget av aktiviteten og innholdet i tjenestene, og ustabil finansiering. Vi mener det allerede finnes godt utredede tiltak som kan skape mer sammenhengende og bærekraftige tjenester, dersom de gjennomføres.

Om Psykologforeningens innspill

Innspillet består av en innledende hoveddel og fem vedlegg. Hoveddelen presenterer Psykologforeningens overordnede vurderinger og modelluavhengige kriterier, samt en bakgrunnsdel som belyser særtrekk ved psykisk helsefeltet som har betydning for hvordan tjenestene bør organiseres, styres og finansieres.

Vedlegg 1 handler om kommunen som arena for psykisk helse – kommunens styrker og utfordringer, kommunepsykologens ulike roller, og behovet for stabil finansiering og bedre styringsdata.

Vedlegg 2 tar for seg overgangene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste – utfordringsbildet slik våre medlemmer erfarer det, behovet for innovasjon i samhandlingen, og konkrete verktøy som helsefelleskap og samhandlingsbudsjetter.

Vedlegg 3 omhandler psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten – manglende samsvar mellom behovene og tilgjengelige ressurser, behovet for en sammenhengende behandlingsskjede, finansieringsmodellens konsekvenser, og betydningen av åpenhet og medvirkning i styringen.

Vedlegg 4 omhandler tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og understreker at dette feltet må videreføres som et spesialisthelsetjenesteområde.

Vedlegg 5 handler om samfunnsvern og personer med alvorlig psykisk lidelse – en pasientgruppe som stiller spørsmålene om organisering og ansvarsdeling på spissen, og som illustrerer behovet for stabile rammevilkår og kompetanse på begge tjenestenivåer.

Helt til slutt i dette hovedinnspillet har vi samlet de punktvis oppsummeringene og anbefalingene fra hvert av vedleggene.

Psykologforeningens posisjon overfor de ulike modellene

Helsereformutvalget har presentert skisser til ulike modeller for en fremtidig helsetjeneste. Psykologforeningen understreker at disse har lav detaljgrad, og det er svært mange ukjente faktorer knyttet til alle modellforslagene. Innspillene nå fra Psykologforeningen er dermed basert på et slikt begrenset grunnlag, og er et bidrag til å være i en konstruktiv prosess.

Dagens modell med forbedringer (Modell 0) Psykologforeningen mener det er et betydelig rom for forbedringer innenfor dagens modell, og at flere godt utredede tiltak – fra Sykehusutvalget og «Forenkle og forbedre»-utvalget – bør gjennomføres uavhengig av modellvalg. I spesialisthelsetjenesten handler dette særlig manglende samsvar mellom behovene og tilgjengelige ressurser, styrking av døgnkapasiteten, bruk av rammefinansiering, sikre at finansieringsmodellen ikke systematisk vrir ressurser bort fra psykisk helsevern, og styrke helsefaglig kompetanse og lokal representasjon i styrene. I kommunen handler det om ustabil finansiering, manglende styringsdata og stor variasjon mellom kommuner. Psykologforeningen mener at mye kan oppnås gjennom forbedringer innenfor dagens struktur, men at de strukturelle svakhetene på kommunesiden – der psykisk helse mangler de finansieringsmekanismene som andre deler av primærhelsetjenesten har – kan kreve sterkere grep enn det en ren videreføring av dagens modell nødvendigvis gir.

Kommunen overtar mer ansvar (Modell 1a) Psykologforeningen kan ikke støtte en modell der kommunene overtar oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Som beskrevet i vedlegg 3 er psykisk helsevern et sammenhengende system der poliklinikk, ambulante team, dagbehandling og døgnplasser må være integrert slik at behandlingsintensiteten kan tilpasses fleksibelt etter pasientens behov. Å bryte opp denne behandlingkjeden ved å flytte deler av den til kommunalt nivå ville undergrave den fleksibiliteten som er forutsetningen for god behandling. I tillegg ville de utfordringene som allerede preger kommunale psykiske helsetjenester – ustabil finansiering, variasjon mellom kommuner og sårbarhet for lokalpolitiske prioriteringsskifter – få langt mer alvorlige konsekvenser dersom de også rammet spesialiserte tjenester der kontinuitet i fagmiljø, likeverdig tilbud og kompetansebygging over tid er avgjørende.

Helsekommuner eller styrket overkommunalt nivå (Modell 1b / helsefellesskap)

Psykologforeningen er åpen for å utforske modeller med et styrket overkommunalt nivå – for eksempel gjennom mer forpliktende helsefellesskap med reelt ansvar og finansiering. For psykisk helsefeltet er dette et interessant spørsmål, fordi det kan bidra til å løfte enkelte kommuner og gi en arena for å bedre samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det er imidlertid viktige forutsetninger som må avklares, særlig knyttet til beslutningsmyndighet, finansiering og risikoen ved å skape nye grenseflater. Psykologforeningen mener dette kan utforskes videre innenfor rammene av ansvarlig innovasjon. Knyttet til denne modellen er det svært mange ukjente, og en kan se for seg varianter hvor enkelte fagfunksjoner eller finansieringsløsninger ligger til helsefellesskap, uten at helsefellesskap blir et selvstendig forvaltningsnivå.

Staten overtar mer ansvar (Modell 2) Psykologforeningen er i utgangspunktet skeptisk til modeller der staten overtar mer av ansvaret for helse- og omsorgstjenestene. For psykisk helse ville en slik modell risikere å svekke det tverrsektorielle og forebyggende arbeidet som er en vesentlig styrke i kommunalt sørge-for-ansvar i dette feltet. Psykisk helsearbeid forutsetter nærhet til skole, barnevern, NAV og folkehelsearbeid – en nærhet som vanskelig kan ivaretas fra statlig nivå. Spesialisthelsetjenesten bør forbli statlig organisert.

En mulig blandingsløsning: statlig finansiering, kommunal organisering En modell som kan være verdt å utforske videre er en der staten tar et tydeligere finansieringsansvar for psykiske helsetjenester i kommunen, mens kommunen beholder det organisatoriske ansvaret og handlingsrommet til å tilpasse tjenestene lokalt. En slik løsning ville kombinere fordelene ved begge nivåer: statlig finansiering gir stabilitet og forutsigbarhet som beskytter tjenestene mot årlige budsjettsvingninger, mens kommunal organisering bevarer nærheten til skole, barnevern, NAV og folkehelsearbeid som gjør det tverrsektorielle arbeidet mulig. Fastlegeordningen er i praksis organisert etter en slik logikk – kommunalt forankret, men med statlig finansiering som sikrer et minstenivå av tilgjengelighet uavhengig av kommuneøkonomi. For psykisk helsefeltet, der mangelen på stabile finansieringsmekanismer er en av de viktigste strukturelle utfordringene, sammen med stor kompetansevariasjon og uklart ansvar, kan en tilsvarende tenkning bidra til å løse noe av den variasjonen og sårbarheten som preger tjenestene i dag. Psykologforeningen har ikke tatt stilling til den konkrete utformingen av en slik modell, men mener prinsippet fortjener nærmere utforskning.

Samlet sett mener Psykologforeningen at utfordringene på psykisk helsefeltet kan imøtegås med større endringer enn en ren videreføring av dagens modell – men at mer radikale

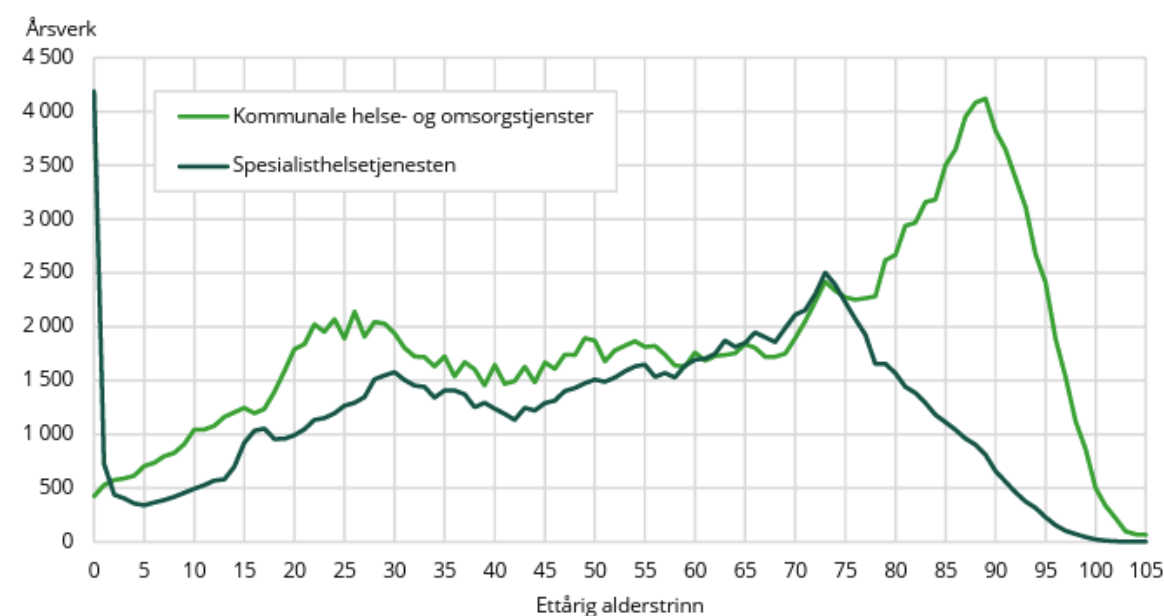
endringer primært bør rettes mot kommunehelsetjenesten og samhandlingen mellom nivåene, og ikke rette seg mot grunnstrukturen i spesialisthelsetjenesten. Det som trengs, særlig i kommunene, er mer stabil finansiering i kommunene, sterkere kompetansekrav, bedre styringsdata og mer forpliktende samhandlingsstrukturer. I spesialisthelsetjenesten peker Psykologforeningen på rammefinansiering på tvers av fagfelt i psykisk helsevern, TSB og somatikk, og et tydelig skille mellom drift og investering. Psykologforeningen er åpen for nye organisatoriske løsninger der disse kan dokumentere bedre resultater for pasientene, men mener at endring må skje gradvis og med mulighet for justering underveis.

Bakgrunn: Særtrekk i psykisk helse-feltet

En måte å illustrere utfordringen knyttet til å lage sammenhengende og bærekraftige helsetjenester, når det blir flere eldre, kan vi se i data fra Statistisk sentralbyrå¹.

Her går vi kort gjennom to figurer, som illustrerer forbruk av helsetjenester og alder, i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Den første, viser fordelingen av årsverk fordelt etter pasientenes/brukernes alder, hvor både psykisk og fysisk helse er inkludert.

Figur 3.2 Årsverk i offentlig spesialisthelsetjeneste og kommunale HO-tjenester fordelt etter pasientenes/brukernes alder. 2019



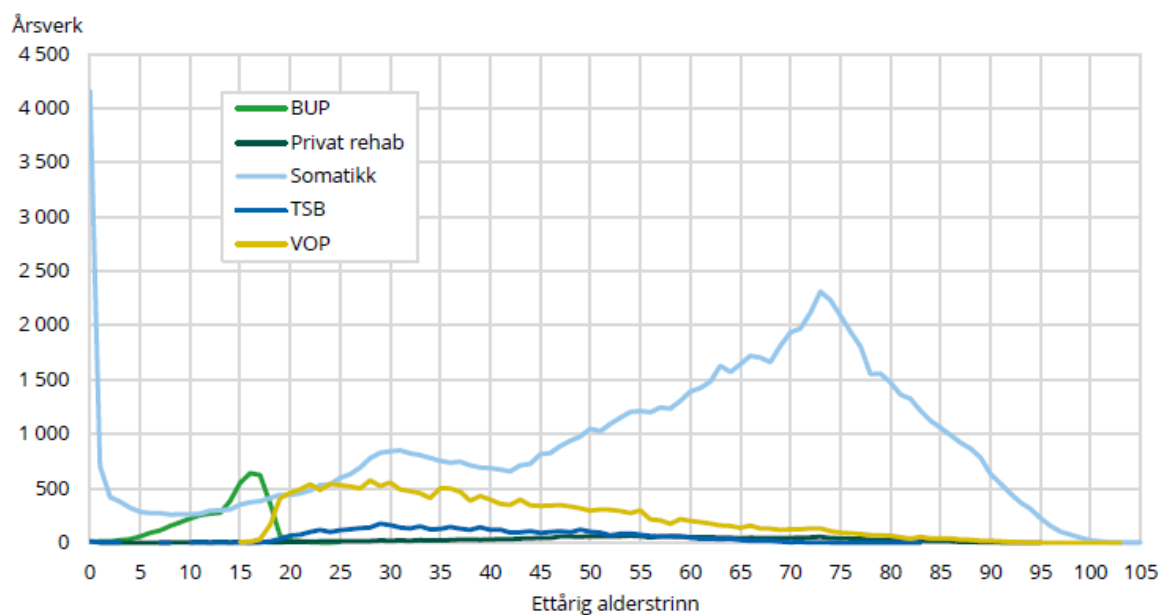
Kilde: Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet

Som det framgår av figuren over øker forbruket av helsetjenester med alder. I spesialisthelsetjenesten topper det seg når pasientene er i 70-årsalderen, hvorpå ressursinngangen i spesialisthelsetjenesten synker når pasientene blir eldre enn dette. I kommunal helse- og omsorgstjeneste øker personell-inngangen videre, og det brukes flest årsverk på aldersgruppen omkring 90 år.

¹ Holmøy et al, 2023, se: https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsinnsats-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremskrivninger-og-historikk/_/attachment/inline/1be624e3-60a4-40d1-8cf3-431b4ef7d43c:a291f747c8998f3e3506688b4b3038b47c0057bc/RAPP2023-03.pdf

I psykisk helse-feltet er trenden helt annerledes. Fra samme rapport trer dette tydelig fram i denne figuren:

Figur 3.4 Forbruk av årsverk i spesialisthelsetjenesten fordelt på ettårig alderstrinn for pasienten og helsetjeneste. 2019



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet

Figuren over deler opp spesialisthelsetjenestene i psykisk helsevern for voksne og barne- og unge (VOP og BUP), privat rehabilitering, somatikk og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Disse ulike fagfeltene har slående ulik foredling av personell-ressurser når det kommer til pasientenes alder.

I somatikken øker forbruket av helsetjenester med alder (her ser vi bort fra fødsler). En ikke uvanlig pasient har vært «tidligere frisk» og gjerne hatt et langt og yrkesaktivt liv, og mange får etter hvert noen av de store sykdommene som kreft, hjerte og karsykdommer eller sykdommer i nervesystemer som ulike typer demens, Parkinsons sykdom eller annet. Her møter helsetjenesten noen biologiske eller fysiologiske realiteter, som vi her ikke går videre inn i.

Psykiske helsetjenester følger et annet aldersmessig mønster. Her er det flest pasienter i slutten av tenårene og starten av tyveårene. Vårt anliggende, her, er hvordan dette påvirker bruken av helse- og velferdstjenester, og hvordan helsepersonell forstår funksjonsnivå basert på egen erfaring med pasientkontakt.

Den typiske pasienten i psykisk helsevern er altså ung – ofte i en livsfase der utdanning, arbeid og etablering av selvstendighet er sentrale mål for behandlingen. Behandlingsmålene handler sjelden bare om å lette symptomer, men om å hjelpe mennesker til å fungere i skole, studier eller arbeidsliv, opprettholde relasjoner og mestre overganger som er krevende i seg selv. Dette gjør at psykisk helsebehandling i langt større grad enn somatisk behandling er vevd sammen med andre sektorer – NAV, utdanningsinstitusjoner, arbeidsgivere, barnevern og familievern. Koordineringen med disse aktørene er ikke et tillegg til behandlingen, men ofte en integrert del av den. Individuell jobbstøtte (IPS), samarbeid med skolehelsetjeneste

og tilrettelegging i utdanning er eksempler på tiltak der helsetjenesten og andre sektorer må handle sammen for at behandlingen skal gi varig effekt.

For den typiske somatiske pasienten – som gjerne er i 70-årene eller eldre – er den tjenestemessige oppfølgingen mer avklart. Behandlingsforløpene er oftere tydeligere definert, og relasjonen til arbeidsliv og utdanning er mindre grad en del av behandlingen. Det betyr ikke at somatisk behandling er enkel, men at behovet for tverrsektoriell koordinering er annerledes. For psykisk helse-feltet er denne tverrsektorielle dimensjonen ikke et unntak, men en del av hverdagen – og det har konsekvenser for hvordan tjenestene bør organiseres og finansieres. En modell som ikke tar høyde for at psykisk helsehjelp forutsetter samarbeid på tvers av helsetjenesten, NAV, utdanning og arbeidsliv, vil ikke treffe feltet.

Forbruket av helsetjenester skjer ikke isolert på ett nivå, men kommune- og spesialisthelsetjeneste påvirker hverandre. Hvilke pasienter og brukere kommunen er i kontakt med, og hvilke av disse som henvises fra kommunen til spesialisthelsetjenesten, og hvordan det går med dem og hvilke tjenester de bruker etter utskrivning (for eksempel ulike lavterskeltjenester) har vi ikke systematiske nok data om. Dette utdyper vi videre i vedlegg 1 om kommunen.

For å forstå hvordan tjenestene fungerer – og hvordan de kan organiseres bedre – trenger vi kunnskap om begge sider av dette samspillet. I spesialisthelsetjenesten har vi, som figurene over viser, et godt datagrunnlag som gjør det mulig å skille mellom fagfelt, aldersgrupper og ressursbruk. For den kommunale delen av psykisk helsefeltet har vi ikke et tilsvarende grunnlag. Det betyr at vi kan se den ene halvparten av samspillet i detalj, mens den andre halvparten i større grad er usynlig i de nasjonale registrene.

Dette er en vesentlig begrensning for reformarbeidet. Helsereformutvalgets mandat handler nettopp om sammenhengen mellom tjenestenivåene – men på psykisk helsefeltet mangler vi de dataene som trengs for å vurdere hvordan samspillet faktisk fungerer, hvor det svikter, og hvilke grep som vil gjøre størst forskjell. Til sammen 16 220 årsverk er knyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, men store deler av aktiviteten fanges ikke opp av Kommunalt pasient- og brukerregister. Mye av det kommunene gjør på feltet – særlig lavterskeltjenester rettet mot barn og unge – er dermed ikke tilgjengelig som styringsdata verken lokalt eller nasjonalt. Psykologforeningen utdyper dette nærmere i vedlegget om kommunen, men vil allerede her understreke at bedre datagrunnlag om psykisk helse i kommunen ikke bare er et teknisk spørsmål – det er en forutsetning for at reformarbeidet skal treffe riktig.

Psykologforeningen er også bekymret for at eldre systematisk får dårligere tilgang til psykiske helsetjenester enn yngre aldersgrupper. Foreningen vedtok på sitt landsmøte i november 2025 «Psykisk helse og eldre» som hovedsatsingsområde for den kommende treårsperioden. Personer over 65 år er en betydelig ressurs i samfunnet. Mange eldre er friske, men økende alder medfører også økt sannsynlighet for funksjonstap og sykdom. Eldre står ofte i krevende livsoverganger og opplever store tap, men tilbys i liten grad psykologisk hjelp. Dette til tross for at eldre ønsker og har god effekt av psykologisk behandling.

Vi vet at eldre i mindre grad enn andre aldersgrupper har tilgang til psykologisk behandling både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, og kun et fåtall kommunepsykologer jobber med denne aldersgruppen. Når ressursbruken i psykisk helsevern er konsentrert om yngre aldersgrupper, slik figuren over viser, er det grunn til å

spørre om dette gjenspeiler en faglig vurdering av behov – eller om det gjenspeiler at tjenestene rett og slett ikke er rigget for å fange opp og hjelpe eldre med psykiske plager. Psykologforeningen mener at en fremtidig modell må sikre likeverdig tilgang til psykiske helsetjenester uavhengig av alder.

Forskjellen i aldersprofil har også konsekvenser for hvordan vi forstår forebygging. I somatikken handler forebygging i stor grad om å redusere risikofaktorer over tid, og gevinstene høstes gjerne sent i livsløpet. I psykisk helse viser gevinstene av god forebygging seg som flere leveår i arbeid og utdanning, mindre uføretrygd og bedre livskvalitet gjennom hele det voksne livet. Forebygging i psykisk helse er derfor i sin natur tverrsektoriell – den skjer i helsestasjonen, i skolen, i barnevernet og på arbeidsplassen – og krever en organisering som gjenspeiler dette.

Særtrekk ved psykisk helsefeltet

- Pasientene er yngre enn i somatikken, og behandlingen handler gjerne om å bidra til at mennesker fungerer i utdanning, arbeid og relasjoner – noe som gjør tverrsektoriell koordinering med NAV, skole og arbeidsliv til en integrert del av behandlingen.
- Eldre har systematisk dårligere tilgang til psykiske helsetjenester enn yngre aldersgrupper, og det er grunn til å spørre om tjenestene er rigget for å fange opp og hjelpe eldre med psykiske plager.
- Vi mangler grunnleggende styringsdata om psykisk helse i kommunen, noe som gjør det vanskelig å vurdere samspillet mellom tjenestenivåene og begrenser kunnskapsgrunnlaget for reformarbeidet.

Psykologforeningen mener

Hvert av de fem vedleggene avsluttes med punkter som oppsummerer Psykologforeningens meninger. Disse har vi samlet her.

Vedlegg 1: Om kommune

Psykologforeningen mener:

- Kommunen er og må forbli den sentrale arenaen for forebygging, tidlig innsats og tverrsektoriell oppfølging innen psykisk helse. En helsereform må styrke kommunens evne til å fylle denne rollen, ikke bygge den ned.
- Statlig medfinansiering av kommunale psykiske helsetjenester bør utredes og innføres. Psykisk helse er i dag det eneste feltet i kommunehelsetjenesten uten statlige finansieringsordninger som understøtter tjenestetilbudet.
- Systematisk datainnsamling fra kommunale psykiske helsetjenester, inkludert lavterskeltilbud, må prioriteres. Uten bedre styringsdata kan verken Helsereformutvalget eller Kommunekommisjonen vurdere hvilke modeller som faktisk virker.
- Psykologenes rolle i de kommunale tjenestene må tydeliggjøres, i tråd med anbefalingen fra «Forenkle og forbedre». Kommunepsykologen må være organisatorisk forankret på kommunens side, delta i plan- og utviklingsarbeid, og finansieres stabilt.
- Kommunale psykiske helsetjenester må bygges på robuste tverrfaglige team der ulike kompetanser utfyller hverandre. All økt kompetanse styrker feltet, og psykologens rolle i slike team er å bidra med spesifikk kompetanse på utredning, diagnostisering og behandling, og samtidig løfte teamets samlede kompetanse gjennom veiledning og faglig drøfting.
- Det bør innføres psykologkompetanse tilknyttet fastlegekontor, med oppstart i distriktskommuner i region nord.
- Stabil og forutsigbar driftsfinansiering av kommunale psykiske helsetjenester betyr trolig mer for likeverdige tjenester enn valg av organisasjonsmodell.
- Psykologforeningen mener det er behov for å fortsette arbeidet med å tydeliggjøre ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg 2: Overganger – utfordringer og muligheter i samhandling mellom kommune og psykisk helsevern

Psykologforeningen mener:

- Utfordringene i samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i psykisk helse er i stor grad strukturelle og kan ikke løses gjennom retningslinjer alene. Det trengs rom for å prøve ut nye måter å organisere overgangene på, innenfor rammene av ansvarlig innovasjon.

- Psykologforeningen støtter Prosjekt X og ser behov for innovasjon og utprøving av nye samhandlingsmodeller, både innenfor og utenfor Prosjekt X-utprøvingene, og mener det er nødvendig at staten stiller med finansiering av slik utprøving, da risikoen ellers vil være for stor for den enkelte kommune å bære.
- Innovasjon i grenseflaten mellom nivåene kan ha ringvirkninger i hele tjenestekjeden. Følgeevaluering av nye samhandlingsmodeller må belyse konsekvenser av endringer og tiltak overfor tilgrensende tjenester.
- Dersom helsefelleskapene skal fungere som en reell arena for psykisk helse, må det sikres sterkere faglig og klinisk representasjon fra feltet. Kommunepsykologen bør ha en definert plass i helsefelleskapenes arbeid, og det bør utvikles veiledningsmaterieell for dette.
- Dersom det opprettes mer forpliktende overkommunale strukturer, må disse utformes med rom for reell medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte fra starten – slik at utilsiktede konsekvenser av organisatoriske endringer kan fanges opp av de som kjenner den kliniske hverdagen.
- Psykologforeningen støtter forslaget fra Sykehusutvalget og «Forenkle og forbedre» om øremerkede samhandlingsbudsjetter, og mener slike midler kan gi økt stabilitet i finansieringen av integrerte team som FACT og andre.
- Styrket psykologkompetanse i kommunen vil bidra til mer treffsikre henvisninger og bedre bruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg 3: Om psykisk helsevern

Psykologforeningen mener:

- Det samlede tilbudet i psykisk helsevern må styrkes og tilpasses befolkningens faktiske behov i alle helseregioner. Dette innebærer blant annet en økning i antall døgnplasser.
- Psykisk helsevern må organiseres som en integrert og differensiert behandlingsskjede, der poliklinikk, ambulante team, strukturert dagbehandling og døgnplasser henger sammen slik at behandlingssintensiteten kan tilpasses fleksibelt etter pasientens behov.
- Psykisk helsevern må ha rammer som gjør det mulig å tilpasse behandlingens varighet og intensitet til den enkelte pasients behov. Noen pasienter trenger kortvarig og intensiv behandling, andre trenger langvarige forløp over tid.
- DPS-ene må forbli en integrert del av spesialisthelsetjenesten, en eventuell overføring til kommunalt nivå vil innebære betydelig omstillingskostnader, risiko for mindre likeverdighet i tilbud og fare for å svekke fagmiljøer.
- Psykologforeningen støtter Sykehusutvalgets forslag om å innføre rammefinansiering som hovedmodell for både somatikk, psykisk helsevern og TSB. Det er vesentlig at de ulike spesialisthelsetjenesteområdene finansieres likt, slik at det ikke er mer lønnsomt for helseforetakene å prioritere det ene fagfeltet over det andre. En omlegging av finansiering må skje innenfor rammene av ansvarlig innovasjon, med løpende oppfølging av utilsiktede vridningseffekter.
- Uintenderte vridningseffekter av finansieringsordninger håndteres gjennom transparens, offentlig innsyn og reell medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte – ikke

- gjennom organisatorisk utskilling av psykisk helsevern fra somatikken, som kan gjøre vridningseffektene mindre synlige uten at effektene blir borte av den grunn.
- Psykologforeningen mener det trengs mer utredning av effektene av fysisk samlokalisering av psykisk helsevern og somatikk, som tydeliggjør de faglige gevinstene av dette.
 - Psykologforeningen mener et tydelig skille mellom drift og større investeringer, slik som sykehusbygg, vil være fordelaktig og skjerme psykisk helsevern for risiko knyttet til rentehevinger og uforutsette økninger i byggekostnader, særlig når psykisk helsevern ikke har mulighet til å øke inntekter tilsvarende.
 - Styrer i helseforetakene må ha helsefaglig kompetanse ut over ansattrepresentasjonen, og det bør innføres et krav om psykisk helse- og ruskompetanse i alle styrer.
 - Åpenhet, faglig medvirkning og tydelig representasjon for psykisk helse og rus må bygges inn i selve strukturen i helsetjenesten – fordi historien har vist at det er helt nødvendig.

Vedlegg 4: Om tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykologforeningen mener:

- Ansvar for behandling av rus-lidelser opprettholdes som et spesialisthelsetjenesteområde, for å ivareta likeverdighet for pasientgruppen.
- Psykologspesialister spiller en sentral rolle i å sikre tilgang til evidensbasert behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Vedlegg 5: Om samfunnsvern og alvorlig psykisk syke

Psykologforeningen mener:

- God behandling og rehabilitering er godt samfunnsvern. Behandlingen må ha et ressursfokus som ivaretar og behandler rus og psykisk lidelse samtidig, og som styrker pasientens funksjon, boevne og samfunnsdeltakelse.
- Oppsøkende team som FACT og FACT-sikkerhet må videreutvikles og sikres stabil driftsfinansiering i alle deler av landet – ikke som tidsbegrensede prosjekter, men som en varig del av tjenestetilbudet.
- Styrkede botilbud muliggjør reell rehabilitering og tilbakeføring til samfunnet. Botilbudets rammer og innhold må være kvalitetssikret og faglig fundert, og inneha kompetanse som ivaretar kommunens ansvar for rehabilitering av alvorlig psykisk syke og samfunnsvern.
- Kommunen må ha tilknyttet egen kompetanse til å være en reell samhandlingspartner med spesialisthelsetjenesten i oppfølgingen av denne gruppen.
- Uansett modellvalg må en fremtidig reform gi stabile og forutsigbare nok rammer til at tilbud for denne pasientgruppen kan bygges opp og opprettholdes over tid. Kompetanse og samarbeidsrelasjoner som tar år å etablere, tåler ikke å bli bygget ned og opp igjen i takt med omorganiseringer.

Vedlegg 1: En sterk og likeverdig kommunehelsetjeneste for psykisk helse

Psykologforeningen mener at kommunen er og må forbli den sentrale arenaen for forebygging, tidlig innsats og tverrsektoriell oppfølging innen psykisk helse. Samtidig viser dokumentasjonen at det kommunale psykiske helsetilbudet preges av store variasjoner, kompetansegap og ustabil finansiering – og at vi mangler grunnleggende styringsdata om hva som faktisk tilbys. I dette vedlegget beskriver Psykologforeningen kommunens styrker og utfordringer, kommunepsykologens ulike roller både som rådgiver i kommunalt plan- og utviklingsarbeid, som samarbeidspart i folkehelsearbeidet, som kliniker, veileder og samhandlingsaktør, og hvorfor stabil og forutsigbar finansiering trolig betyr mer for likeverdige tjenester enn valg av organisasjonsmodell. Vi avslutter med konkrete forslag til tiltak som kan styrke det kommunale psykiske helsetilbudet – fra statlig medfinansiering og bedre datagrunnlag til tydeliggjøring av roller i psykisk helsefeltet i kommunen.

Kommunens styrker

Kommunen er den delen av helsetjenesten som møter innbyggerne i hele bredden av livene deres. Kommunen driver helsestasjoner og skolehelsetjeneste, den har ansvar for barnevern og pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnehager og skoler, bolig, nærmiljø og frivillighet, den samarbeider med NAV om arbeid og aktivitet, og den har ansvar for folkehelsearbeid og samfunnsplanlegging. Denne bredden gir kommunen en rolle ingen andre deler av helsetjenesten kan fylle: muligheten til å se psykisk helse i sammenheng med oppvekst, utdanning, arbeid og sosiale forhold – og handle på tvers av disse.

For psykisk helse er dette særlig viktig. Psykiske plager oppstår ikke i et vakuum, og de løses sjelden av helsetjenesten alene. Et barn som strever på skolen trenger kanskje ikke en henvisning til spesialisthelsetjenesten – men det trenger voksne rundt seg som forstår sammenhengen mellom læringsmiljø, familiesituasjon og psykisk helse, og som kan sette inn tiltak på tvers av tjenester. En voksen som er sykmeldt med angst trenger kanskje ikke døgnbehandling – men et samarbeid mellom fastlege, psykisk helsetjeneste og arbeidsgiver som gjør det mulig å stå i jobb mens man får hjelp. Denne typen tverrsektoriell tilnærming er kommunens komparative fortrinn, og det er et fortrinn som en helsereform bør bygge videre på – ikke bygge ned.

Det er også i kommunen forebygging og tidlig innsats faktisk kan skje i praksis. Spesialisthelsetjenesten møter pasienter som allerede har utviklet lidelser av en viss alvorlighetsgrad. Kommunen møter innbyggerne før det har gått så langt – i helsestasjonen, i skolen, på fastlegekontoret, i fritidsaktiviteter. En helsereform som tar forebygging på alvor, må derfor styrke kommunens evne til å handle tidlig og bredt, ikke bare sikre at de mest alvorlige tilfellene fanges opp av spesialisthelsetjenesten.

Kommunens utfordringer

Store variasjoner i kommunenes psykiske helsetilbud

Riksrevisjonens ferske rapport fra april 2026 om tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser¹ bekrefter et bilde Psykologforeningen lenge har vært bekymret for: bosted avgjør hvilket tilbud barn og unge får, som Riksrevisjonen også påpekte i 2021².

Rapporten avdekker også et alvorlig kompetansegap. Nesten 90 prosent av kommunene oppgir at helsesykepleiere behandler barn og unge med psykiske lidelser, men over 60 prosent av helsesykepleierne mener selv at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til samtalene de har. Riksrevisjonen konkluderer med at kommunene legger et stort ansvar på helsesykepleierne, til tross for at disse verken har mandat eller kapasitet til å behandle barn og unge med psykiske lidelser. Videre at bare 24 prosent av kommunene mener at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er klart når det gjelder barn og unge med psykiske plager og lidelser³.

Psykologforeningen mener disse funnene understreker at en helsereform må styrke kommunenes mulighet til å bygge opp kunnskapsbaserte psykiske helsetjenester med tilstrekkelig kompetanse. Riksrevisjonens anbefaling om å ha særlig oppmerksomhet på kommuner med lite utbygd tjenestetilbud og svak samhandling med spesialisthelsetjenesten, er direkte relevant for Helsereformutvalgets arbeid med å utforme modeller som sikrer likeverdige tjenester.

Vi mangler grunnleggende styringsdata om psykisk helse i kommunen

For å utvikle gode kommunale psykiske helsetjenester trenger vi bedre kunnskap om hva som faktisk tilbys i dag. Her er det et viktig gap som bør tettes.

Kommunekommisjonen, som parallelt med helsereformarbeidet har utredet statens styring av kommunesektoren, baserer sine vurderinger av kommunale helsetjenester på tall fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Basert på dette legger de til grunn at om lag 7 prosent av befolkningen mottok en eller flere kommunale tjenester i løpet av 2023, samt at andelen i befolkningen som mottar tjenester, øker med alderen fra 2 prosent til barn og unge til nesten 90 % i alderen 90 år og eldre.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) – et sentralt datagrunnlag for kommunale helsetjenester – fanger i dag ikke opp store deler av den psykiske helsehjelpen som ytes i kommunene. Til sammen 16 220 årsverk er knyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, hvorav om lag 2 000 er direkte knyttet til lavterskeltjenester. Disse tjenestene er relativt omfattende, og som i langt større grad retter seg mot barn og unge enn eldre – uten vedtak og uten henvisning – men det samles ikke inn systematiske styringsdata fra dem. Mye

¹ <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2025-2026/tjenester-til-barn-og-unge-med-psykiske-plager-og-lidelser.pdf>

² <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>

³ <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2025-2026/tjenester-til-barn-og-unge-med-psykiske-plager-og-lidelser.pdf>

av det kommunene faktisk gjør på psykisk helsefeltet, er dermed usynlig i de nasjonale registrene.

Dette er en kjent utfordring. Helsedirektoratet kartla manglene i 2022 og anbefalte tiltak, og Folkehelseinstituttet er nå i gang med å utrede muligheter for bedre datainnsamling til KPR. Dette arbeidet er viktig og bør prioriteres.

Psykologforeningen har påpekt disse systematiske manglene i sitt hørings svar til Kommunekommissjonen, og vi understreker at dette er et problem som rammer begge disse store reformprosessene som pågår parallelt. Både Kommunekommissjonen og Helsereformutvalget må ta høyde for dette. Uten bedre styringsdata vet vi ikke nok om variasjon og kvalitet i kommunale psykiske helsetjenester, det lar seg ikke gjøre å sammenlikne tilbudet mellom kommuner på en systematisk måte, eller om hvilke modeller som faktisk virker. Bedre datagrunnlag er ikke bare et teknisk spørsmål – det er en forutsetning for at en fremtidig reform skal treffe riktig.

Psykologforeningen mener at datagrunnlaget vi har om psykisk helsetjenester i kommunene i dag, ikke gir det nødvendige grunnlaget for å utvikle samspillet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Variasjonene i henvisninger og avslag av disse i spesialisthelsetjenesten henger sammen med tilbudet i kommunen, men vi vet ikke nok om hvordan.

Kommunepsykologrollene – en del av løsningen

Kommunepsykologen er en fagressurs som er særlig godt tilpasset nettopp kommunens tverrsektorielle bredde. Psykologer i kommunen jobber ikke bare med utredning og behandling av enkeltpasienter, men med veiledning til andre faggrupper, tjenesteutvikling og kvalitetsarbeid, folkehelsearbeid og forebygging, og tverrsektorielt samarbeid med skole, barnevern og NAV. En kommunepsykolog kan i løpet av en uke veilede helsesykepleiere om barn som strever, bidra i kommunens planarbeid om levekår og psykisk helse, og gi behandling til en voksen med depresjon. Det er denne mangfoldigheten som gjør kommunepsykologen til noe annet enn en terapeut plassert i kommunen.

Denne tilnærmingen gjør at psykologens kompetanse når langt flere innbyggere enn det individuelle konsultasjoner alene tillater. Når en psykolog veileder et team av helsesykepleiere, løftes kompetansen i hele denne tjenesten. Når en psykolog bidrar til å utvikle kommunens lavterskeltilbud, får flere innbyggere tilgang til kunnskapsbasert hjelp. Og når en psykolog deltar i samarbeid mellom helsetjenesten og skolen, kan man identifisere og handle på bekymring tidlig – før vansker utvikler seg til lidelser som krever spesialistbehandling. Psykologens høye kompetanse og ulike roller, er ikke bare en beskrivelse av hva kommunepsykologer gjør, men en strategi for bærekraftig bruk av en knapp kompetanseressurs.

En fremtidig organiserings- og finansieringsmodell bør understøtte denne bredden, ikke motarbeide den. Finansieringssystemer som utelukkende belønner konsultasjoner og individuelle behandlingsforløp, vil presse kommunepsykologer inn i et smalere klinisk spor, som går glipp av den systemrettede og forebyggende rollen som er kommunens behov og kommunepsykologens fortrinn. Psykologforeningen mener at modellene Helsereformutvalget anbefaler må legge til rette for at psykologkompetanse i kommunen brukes i hele denne bredden.

Utdypning av ulike roller for psykologer i kommunen

Psykologforeningen mener disse rollene som terapeut og kliniker, tjenesteutvikler og systemorientert, og som ressurs i forebygging og folkehelsearbeid, til sammen gjør kommunepsykologen til en helt sentral ressurs i utviklingen av psykisk helse og rus-feltet i kommunen.

Kommunepsykologen deltar mange steder i det kommunale plan- og utviklings- og folkehelsearbeidet. Psykologene deltar i faglig og organisatorisk utvikling av kommunenes psykiske helsetjenester. Det handler blant annet om å sikre at tjenestene har gode nok systemer for kartlegging og evaluering, at det brukes metoder som er kunnskapsbaserte, at aktiviteten dokumenteres på en måte som gjør den synlig for styring og planlegging, og at kommunen har grunnlag for å vurdere om tilbudet faktisk treffer behovene. Mange steder har psykologene ansvar for undervisning og systematisk kompetanseutvikling. Før sommeren vil Psykologforeningen publisere en rapport om denne mer samfunnpsykologisk innrettede formen for psykologarbeid i kommunene.

Psykologforeningen mener at kommunale psykiske helsetjenester fungerer best når fagfolk ikke står alene, men inngår i tverrfaglige team der ulike kompetanser utfyller hverandre. De fleste psykologer i kommunale tjenester jobber nå i ulike kommunale lavterskeltjenester, eller tverrfaglige psykisk helse- og rustjenester. Ulike tjenester er etablert som rask psykisk helsehjelp, Hjelpa-tjenester, forebyggende psykiske helsetjenester m.v. Psykologene har ofte både en klinisk rolle og rolle som faglig støtte og veileder for øvrig personell, eller som ansvarlig for samhandling og henvisning til psykisk helsevern (i samarbeid med fastlegen).

Riksrevisjonens funn om at helsesykepleiere opplever å mangle kompetanse til samtalene de har med barn og unge, er ikke et argument for å erstatte helsesykepleiere med psykologer – det er et argument for å bygge team der flere yrkesgrupper har noen å støtte seg på. Et tverrfaglig miljø med psykologer, sykepleiere med videreutdanning i psykisk helse, sosionomer, vernepleiere og andre gir en helt annen robusthet enn enkeltpersoner som jobber hver for seg. Det skaper rom for faglig drøfting, veiledning, gode rammer for vanskelige saker og en kultur der kompetanse utvikles over tid. For psykologer er dette like viktig som for andre – en psykolog som er alene i en kommune uten kollegaer å drøfte med, er også sårbar.

Psykologforeningens inngang er at all økt kompetanse styrker psykisk helsefeltet i kommunen. Nye masterutdanninger i sykepleie og psykisk helse, styrking av helsesykepleierutdanningen og bedre tilgang til videreutdanning for andre faggrupper er nødvendig og positivt – det gir flere fagfolk som kan bidra med mer kvalifisert hjelp til flere innbyggere. Psykologens rolle i slike team er ikke å gjøre alt selv, men å bidra med den spesifikke kompetansen på utredning, diagnostisering og behandling som andre faggrupper ikke har, og samtidig løfte teamets samlede kompetanse gjennom veiledning og faglig drøfting. Slik brukes psykologressursen der den gjør størst forskjell – og slik blir det tverrfaglige teamet mer enn summen av sine deler.

Kommunepsykologen spiller også en viktig rolle i forholdet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Samhandling forutsetter at det er faglig tyngde på begge sider av bordet. Når kommunen skal drøfte enkeltpasienter med DPS-et, gjøre avtaler om lokale prosedyrer i helsefellesskapet, henvise en pasient eller ta imot en pasient etter utskrivning med en behandlingsplan som skal følges opp – da trenger kommunen fagfolk som kan gå

inn i en likeverdig faglig dialog med spesialisthelsetjenesten. Uten slik kompetanse i kommunen blir samhandlingen asymmetrisk: sykehuset definerer og kommunen mottar, uten reell mulighet til å stille spørsmål, justere eller tilpasse. Kommunepsykologen, med sin kompetanse på utredning, diagnostisering og behandling, kan møte spesialisthelsetjenesten på et felles faglig grunnlag – og dermed gjøre kommunen til en tydeligere samhandlingspartner som kan påvirke forløpene, ikke reduseres til å iverksette det andre har bestemt.

I Regjeringens rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern, Forenkle og forbedre⁴ (fra 2023), står det:

Det er [...] behov for å tydeliggjøre hvilken rolle kommunepsykologen skal ha, hvilken kompetanse som kreves, og hvordan psykologen skal samhandle med fastleger og øvrige deler av kommunale psykiske helsetjenester.

Psykologforeningen støtter forslaget fra utvalget om at «psykologenes rolle i de kommunale tjenestene må tydeliggjøres». Psykologforeningen mener kompetansen til kommunepsykologen må være tydelig organisatorisk forankret på kommunens side, ikke som en forlengelse av spesialisthelsetjenesten, men som en ressurs kommunen disponerer og styrer. Kommunepsykologen må også delta i kommunens plan- og utviklingsarbeid, veiledning og kompetanseutvikling – ikke avgrenset til klinisk arbeid. Kommunepsykologen må være finansiert på en måte som gjør den stabil og forutsigbar.

Psykolog på fastlegekontor

Det finnes allerede gode erfaringer med å knytte psykologkompetanse tettere til fastlegekontorene, som illustrerer hvordan kommunepsykologens ulike roller kan fungere i praksis.

- Hå kommune med 20.000 innbyggere og 19 fastleger har ansatt to psykologer som er tilgjengelige i fastlegekontorene. Fastlegene og psykologen har felles journalsystem, som gjør henvisningspraksisen lett tilgjengelig. Legene henviser pasienter med lettere angst, depresjon eller traumer, eller kan henvise til psykologen når legen er usikker på om det er fysiske eller psykiske plager som ligger bak. Erfaringene med å være samlokalisert er gode, da mange av tilstandene henger sammen, både fysisk og psykisk. Hå kommune har også tilsatt psykolog som skal arbeide med barn og unge.
<https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/tenker-framover>
- I Fredrikstad kommune er det utviklet et viktig tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringstjenesten, der psykolog er tilsatt sammen med bla fysioterapeuter, jobbspesialister (NAV) og sykepleiere.⁵ Nå er de i gang med systematisk samarbeid med fastleger om å hjelpe smertepasienter tilbake til arbeid. Denne tverrfaglige tilnærmingen er helt i tråd med ny evidens for å ta i bruk psykologfaglige tilnærminger i behandling av smerte, langvarig utmattelse mv⁶.

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fornkle-og-forbedre-rapport-om-tematisk-organisering-av-psykisk-helsevern/id2993928/>

⁵ Rolf, F. (2024). *Tverrfaglig rehabilitering med jobbfokus gir resultater*. Norsk psykologforening.

⁶ Jfr forskning fra Silje Reme m.fl.

Denne type utvikling av helsehjelp kan skje og bør stimuleres og kan bidra til redusert sykefravær, mindre behov for spesialisthelsetjenester m.m.

- I Ringsaker kommune ble det tilsatt psykolog som samarbeider aktivt med fastlegene (og har sin arbeidsplass på Brumunddal legesenter) og NAV om arbeidsrettet behandling. Her er resultatene svært lovende⁷. Dette er del av et prosjekt forankret Helsedirektoratet og NAV.

Det bør innføres psykolog på fastlegekontor i distriktskommuner

Psykologforeningen mener det bør innføres psykologkompetanse tilknyttet fastlegekontor, med oppstart i distriktskommuner i region nord. Det er i disse kommunene utfordringene er størst: det er vanskelig å rekruttere og beholde psykologer, det er lang reisevei til nærmeste DPS eller BUP, og forholdene er ofte for små til å bygge opp egne lavterskel psykiske helsetjenester. Fastlegekontoret er allerede en inngang for alle aldersgrupper, og det bør i større grad tilrettelegges for samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten og andre relevante kommunale tjenester derfra. Erfaringene fra kommuner som Hå, Fredrikstad og Ringsaker gir et godt faglig grunnlag for å ta dette steget.

Innføringen bør omfatte statlig medfinansiering av psykologens virksomhet, og inkludere rekrutteringsfremmende tiltak som tilrettelegging for spesialisering, veiledning og etablering av fagnettverk – etter modell av det som har vist seg å virke for allmennleger gjennom ALIS-ordningen. Nasjonalt senter for distriktsmedisin og NAPHA bør involveres. Erfaringene bør innhentes og evalueres systematisk underveis, slik at modellen kan justeres og videreutvikles etter hvert som den tas i bruk i flere kommuner.

Stabil og forutsigbar finansiering av psykiske helsetjenester i kommunen

Uavhengig av modellvalg mener Psykologforeningen at noe av det viktigste Helsereformutvalget kan bidra til for psykisk helse i kommunen, er å legge grunnlaget for mer stabil og forutsigbar finansiering av tjenestene. I dag er kommunale psykiske helsetjenester gjenstand for politisk behandling i årlige kommunebudsjetter, på linje med andre kommunale tjenester. Det betyr at tilbudet ikke bare varierer mellom kommuner, men også over tid innenfor samme kommune – avhengig av lokale politiske prioriteringer og økonomisk handlingsrom. I tillegg har oppbyggingen av feltet i stor grad vært drevet av tidsbegrensede tilskuddsordninger, opptrappingsplaner og prosjektmidler. Mange kommuner har brukt disse mulighetene godt og utviklet sterke fagmiljøer. Men en tjeneste som er avhengig av midlertidige virkemidler og årlige budsjettvedtak er også sårbar – fagmiljøer som har brukt år på å bygge seg opp, kan miste grunnlaget på kort tid. For et felt der kontinuitet og kompetanse over tid er avgjørende for kvalitet, vil stabil driftsfinansiering trolig bety mer for likeverdige tjenester enn valg av organisasjonsmodell.

Det finnes gode erfaringer å bygge videre på. Rekrutteringstilskuddet for psykologer i perioden 2013–2020 bidro til en markant kompetanseøkning i kommunale tjenester over hele landet. Vi ser at veksten har fortsatt etter 2020 som følge av lovkravet om psykologkompetanse i helse- og omsorgstjenesteloven. Likevel ser vi at kommuner som stabilt strever med å rekruttere og beholde psykologene – anslagsvis 15–20 prosent – trenger

⁷ Evalueringsrapport fra Oxford research ventes våren 2026.

mer enn lovkrav. Fagnettverk, veiledning, tilrettelegging for spesialisering og tilhørighet til et fagmiljø er det som gjør at fagfolk blir. Det er også verdt å se hen til hvordan andre deler av primærhelsetjenesten er finansiert: statlige ordninger gjennom Helfo bidrar i dag til medisinsk helsehjelp, fysioterapi og jordmortjenester – men ikke til psykisk helsehjelp i kommunen. Denne finansieringen bidrar til at psykisk helse-feltet er i en særstilling i helsetjenesten hva gjelder variasjon i det kommunale tilbudet.

Psykologforeningen mener den mest lovende tilnærmingen er å bevare og styrke kommunen som arena for det nære og tverrsektorielle arbeidet med psykisk helse, men med sterkere strukturer rundt som sikrer stabilitet over tid. Det kan handle om forpliktende helsefelleskap, statlig medfinansiering av kommunale psykiske helsetjenester, eller en kombinasjon. Kjernen er at kommunen trenger å vite at den har forutsigbare rammer å bygge på – da kan den gjøre det den er best på.

Vi viser også til vedlegget om samfunnsvern og alvorlig psykisk syke om kommunens rolle overfor denne gruppen.

Psykologforeningen mener

- Kommunen er og må forbli den sentrale arenaen for forebygging, tidlig innsats og tverrsektoriell oppfølging innen psykisk helse. En helsereform må styrke kommunens evne til å fylle denne rollen, ikke bygge den ned.
- Statlig medfinansiering av kommunale psykiske helsetjenester bør utredes og innføres. Psykisk helse er i dag det eneste feltet i kommunehelsetjenesten uten statlige finansieringsordninger som understøtter tjenestetilbudet.
- Systematisk datainnsamling fra kommunale psykiske helsetjenester, inkludert lavterskeltilbud, må prioriteres. Uten bedre styringsdata kan verken Helsereformutvalget eller Kommunekommisjonen vurdere hvilke modeller som faktisk virker.
- Psykologenes rolle i de kommunale tjenestene må tydeliggjøres, i tråd med anbefalingen fra «Forenkle og forbedre». Kommunepsykologen må være organisatorisk forankret på kommunens side, delta i plan- og utviklingsarbeid, og finansieres stabilt.
- Kommunale psykiske helsetjenester må bygges på robuste tverrfaglige team der ulike kompetanser utfyller hverandre. All økt kompetanse styrker feltet, og psykologens rolle i slike team er å bidra med spesifikk kompetanse på utredning, diagnostisering og behandling, og samtidig løfte teamets samlede kompetanse gjennom veiledning og faglig drøfting.
- Det bør innføres psykologkompetanse tilknyttet fastlegekontor, med oppstart i distriktskommuner i region nord.
- Stabil og forutsigbar driftsfinansiering av kommunale psykiske helsetjenester betyr trolig mer for likeverdige tjenester enn valg av organisasjonsmodell.
- Psykologforeningen mener det er behov for å fortsette arbeidet med å tydeliggjøre ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg 2: Overganger – utfordringer og muligheter i samhandling mellom kommune og psykisk helsevern

Det er i overgangene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste at mange av de mest konkrete utfordringene i psykisk helsefeltet oppstår. Pasienter som henvises uten tilstrekkelig grunnlag, pasienter som faller mellom nivåene fordi ingen tar ansvar, og spesialisthelsetjenester som bruker stadig mer kapasitet på avklaringer som kunne vært gjort i kommunen. I dette vedlegget beskriver Psykologforeningen utfordringsbildet slik våre medlemmer erfarer det fra begge sider av grenseflaten, og peker på behovet for å prøve ut nye måter å organisere samarbeidet på – innenfor rammene av ansvarlig innovasjon. Vi løfter frem helsefellesskapene og samhandlingsbudsjetter som mulige verktøy, og understreker at kommunepsykologen må ha en plass i disse strukturene dersom de skal fungere for psykisk helsefeltet.

Et utfordringsbilde når det gjelder henvisinger til psykisk helsevern

Psykologforeningens medlemmer arbeider på begge sider av grenseflaten mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og gir et sammensatt bilde av samhandlingen i praksis.

Det mangler ikke på normerende produkter og informasjon om hva en henvisning skal inneholde, eller hva som skal utredes før henvisningen sendes, som henvisningsveiledere, prioriteringsveiledere eller i Norsk elektronisk legehåndbok. Likevel har det over lengre tid vært vanskelig å få til god samhandling mellom kommuner og psykisk helsevern i psykisk helsefeltet, over lengre tid. Riksrevisjonen påpekte dette for eksempel i 2018¹, og problematiserte videre at psykisk helsevern avviste omtrent en av fem henvisninger, og at andelen henvisninger som avvises, varierer mellom ingen og halvparten av de mottatte henvisningene i 2021².

Psykologforeningen har våren 2026 fått innspill fra egne medlemmer knyttet til henvisninger og inntak i psykisk helsevern. Dette er basert på erfaringer fra ansatte i inntaksroller og innspill fra lokale tillitsvalgte, og omfatter poliklinikk, døgntilrettelagt behandling og samhandling med kommunehelsetjenesten. Basert på denne erfaringsinnhenting har vi identifisert en rekke utfordringer i dagens henvisningspraksis, som vi har oppsummert i punktene under:

- *Manglende informasjon om funksjonsnivå:* Henvisninger beskriver ofte symptomer, men mangler beskrivelse av hvordan tilstanden påvirker pasientens daglige fungering – noe som er avgjørende for å vurdere alvorlighetsgrad og rett til helsehjelp.
- *Uklart skille mellom situasjonsbetingede reaksjoner og behandlingstrengende tilstander:* Henviser skiller ofte ikke tydelig mellom forbigående reaksjoner på livshendelser, langvarige tilstander som kan følges opp i kommunen, og akutte tilstander som krever spesialistbehandling.

¹ <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/henvisningspraksis.pdf>

² <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>

- *Pasientens eget ønske og motivasjon fremgår ikke:* I mange henvisninger er det uklart om pasienten selv ønsker hjelp, og det forekommer at henvisninger sendes på initiativ fra pårørende eller samarbeidsinstanser uten at pasienten er informert eller samtykker.
- *Tidligere utredninger og tiltak er ikke beskrevet:* Henvisninger forholder seg ofte ikke til tidligere behandlingsforløp eller vurderinger, noe som fører til unødvendig dobbeltarbeid i spesialisthelsetjenesten.
- *Manglende innhenting av informasjon fra relevante instanser:* Opplysninger fra skolehelsetjeneste, PPT, kommunale psykiske helsetjenester eller andre relevante aktører er ofte ikke innhentet før henvisning sendes.
- *Ventetid i kommunen driver henvisninger til spesialisthelsetjenesten:* Når kommunale tilbud har lengre ventetid enn DPS, henvises pasienter til spesialisthelsetjenesten – ikke fordi de trenger spesialisert behandling, men fordi det kommunale tilbudet ikke er tilgjengelig i tide.
- *Kapasitets- og styringshensyn påvirker inntak:* Det finnes eksempler på at faglige vurderinger om avslag overstyres av implisitte eller eksplisitte føringer om hvor stor andel henvisninger som kan avslås, slik at kapasitetshensyn i praksis trumfer faglig vurdering.
- *Avklaringsansvaret forskyves til spesialisthelsetjenesten:* Når henvisningsgrunnlaget er mangelfullt, havner ansvaret for å avklare pasientens behov i praksis hos spesialisthelsetjenesten.
- *Henvisninger tilpasses tilbudet, ikke behovet:* Det forekommer at henviser etter avslag endrer innholdet i henvisningen slik at den passer bedre til tilbudene som finnes i spesialisthelsetjenesten, selv om det opprinnelige behovet er et annet.
- *Strukturelle barrierer mot dialog i forkant av henvisning:* Lavterskel konferering mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste – som kunne avklart problemstillinger uten henvisning – er underutnyttet, blant annet på grunn av begrenset telefontilgjengelighet og manglende faste kontaktpunkter.

Slik Psykologforeningen ser det er utfordringene i dagens henvisningspraksis i stor grad strukturelle, og kan ikke løses gjennom bedre innsats alene fra enkeltbehandlere eller fastleger. Skal ressursene i spesialisthelsetjenesten brukes der de gir størst nytte, er det behov for endringer på systemnivå.

Ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør gjennomgås, med særlig oppmerksomhet på pasientgrupper som i dag faller mellom nivåene, enten fordi kommunale tjenester ikke er tilgjengelige i tide, eller fordi grunnleggende forutsetninger for behandling ikke er på plass når pasienten henvises.

Til sist vil vi peke på en mer grunnleggende utfordring som disse erfaringene samlet sett illustrerer: Det er ikke samsvar mellom forventningene som stilles til spesialisthelsetjenesten og ressursene som er tilgjengelige for å innfri dem. Dette skjer dels som følge av overordnede forventninger og politiske føringer om at alle skal få hjelp, målsetninger som i utgangspunktet er legitime, men som ikke er koblet til en realistisk vurdering av hva tjenesten faktisk har kapasitet til å levere. Dels skjer det gjennom en gradvis glidning fra at alle henvisninger skal vurderes, til at flere også tas inn, uavhengig av om henvisningen holder tilstrekkelig kvalitet eller om kapasiteten er til stede. At ansvaret for en mangelfull henvisning i praksis ligger hos mottaker og ikke avsender, forsterker dette ytterligere.

Resultatet er at spesialisthelsetjenesten gradvis brukes mer som et avklaringsapparat enn som et behandlingsapparat. Det er ikke et bærekraftig system, og det binder kapasitet i situasjoner hvor forutsetningene for behandlingseffekt ofte ikke er til stede.

Behov for innovasjon i relasjonen mellom forvaltningsnivåene

Samhandling mellom tjenestenivåer er i seg selv en form for arbeid som krever tid, ressurser, organisering og kompetanse. Psykologforeningen har med interesse fulgt Helsereformutvalgets arbeid, herunder «Prosjekt X»³, hvor hensikten er «å løfte frem utvalgte, innovative prosjekter hvor kommuner og sykehus i fellesskap tester ut nye måter å organisere tjenestene på».

Psykologforeningen forstår Prosjekt X som en metodikk hvor myndighetene bruker økonomiske virkemidler (tilskudd), juridiske virkemidler (mulige midlertidige endringer i forskrift og regelverk) og organisatoriske virkemidler (helsefellesskapene som arena for dialog mellom kommune og spesialisthelsetjeneste) til å utforske nye måter å arbeide på i relasjonen mellom forvaltningsnivåene. Psykologforeningen tror det er nødvendig at staten stiller med slik «risiko-kapital», ettersom ressursene i slike prosjekter også kan gå tapt, noe som vil være vanskelig, særlig for mindre, kommuner å bære.

Utfordringsbildet som er beskrevet over – med ansvarsforskyving, mangelfull henvisningspraksis og et system som ikke er tilpasset den kliniske virkeligheten – lar seg ikke løse gjennom instruksjoner og retningslinjer alene. Det trengs rom for å prøve ut andre måter å organisere overgangene på, og det trengs systematisk evaluering av hva som faktisk fungerer. Psykologforeningen mener at slik utprøving bør skje innenfor rammene av ansvarlig innovasjon: med tydelige mål, med god nok datainnsamling til å vurdere effekter, med reell involvering av fagfolk og brukere i utformingen, og med mekanismer for å justere kursen underveis dersom noe ikke fungerer som tiltent.

Psykologforeningen vil understreke at innovasjon i samhandlingen mellom nivåene kan ha ringvirkninger langt utover det som er tilsiktet. Endringer i hvordan henvisninger håndteres, hvordan inntak organiseres eller hvordan ansvar fordeles i grenseflaten mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, vil påvirke praksisen til fastleger, kommunale psykiske helsetjenester, DPS-er, døgnavdelinger med flere – ofte på måter som er vanskelige å forutse på forhånd. I følgeevaluering av slike innovasjonsprosjekter er det vesentlig at en belyser konsekvenser av endringer og tiltak overfor tilgrensende tjenester.

Innenfor slike rammer ser Psykologforeningen fram til å se resultatene av Prosjekt X. I denne sammenheng trekkes gjerne «En vei inn» i Vestfold inn, som et godt eksempelprosjekt. Psykologforeningen vil løfte fram at det også er et generelt innovasjonsbehov, og at det er også andre lokale initiativer for å bedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, både innenfor og utenfor Prosjekt X-utprøvingene. Eksempelvis i Helse Fonna-regionen hvor «Barn og unges helsetjeneste»⁴ hvor en blant annet arbeider med en norsk videreutvikling av den danske STIME-tilnærmingen⁵.

³ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/dette-er-prosjekt-x/id3145374/>

⁴ <https://www.helse-fonna.no/barn-og-unges-helsetjeneste/>

⁵ <https://ouh.dk/til-samarbejdspartnere/kommune/stime-tvaersektorielt-samarbejde-om-born-og-unges-mentale-sundhed>

Et annet område med interessant tjenesteinnovasjon gjelder pasienter på dom til tvungent psykisk helsevern. Nordlandssykehuset, Bodø kommune og Rana kommune har nylig fått midler fra Helse Nord for å pilotere en trinnvis tjenstemodell som dekker hele kjeden fra sikkerhetspost via rehabilitering og overgangsboliger til kommunale tilbud – et av de første prosjektene i sitt slag⁶. Psykologforeningen følger slike prosjekter med interesse, og mener de representerer den typen innovasjon feltet trenger. Samtidig krever slike prosjekter åpenbart grundig evaluering, både med tanke på kvalitet i behandling, bedring i forløp og samarbeid, ivaretagelse av samfunnsvern og om kommunen har kompetanse og kapasitet til å fylle sin del av ansvaret over tid. Se også vedlegget om samfunnsvern og alvorlig psykisk syke om gode rammer for slike pasientgrupper.

Om helsefellesskap og andre overkommunale løsninger

Psykologforeningen er åpen for å utforske modeller med et styrket overkommunalt nivå – for eksempel gjennom mer forpliktende helsefellesskap med reelt ansvar og finansiering, innenfor rammene av ansvarlig innovasjon.

I dag er det 19 helsefellesskap med utgangspunkt i geografiske opptaksområder for helseforetakene⁷. Det er stor variasjon i hvordan helsefellesskapene fungerer og er organisert. De skal drive planlegging og utvikling gjennom tre nivå: partnerskapsmøtet, strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.

Helsefellesskapene fokuserer særlig på fem prioriterte pasientgrupper: Svangerskap, fødsel og barseltid, barn og unge, personer med flere kroniske tilstander, personer med alvorlig psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og eldre med skrøpelighet.

Psykologforeningen mener at i dette landskapet er det svært mange ukjente. Det er både stor variasjon i hvordan helsefellesskapene fungerer i dag, og Helsereformutvalget må også legge fram sin rapport før man kan se nærmere detaljene i hva som legges fram her.

Det Psykologforeningen allerede nå vil understreke, er at dersom helsefellesskapene skal fungere som en reell arena for psykisk helse, forutsetter det sterkere faglig og klinisk representasjon fra feltet. I dag er helsefellesskapene i stor grad bemannet med ledere fra kommune og helseforetak, fastlegerepresentant og brukerrepresentanter. For psykisk helsefeltet – som spiller over i flere av de prioriterte pasientgruppene – er denne representasjonen ikke tilstrekkelig.

Kommunepsykologen har en unik posisjon i dette bildet: det er den fagpersonen i kommunen som har bred klinisk kompetanse på psykisk helse, som kjenner det kommunale tjenestetilbudet, og som kan gå inn i faglig dialog med spesialisthelsetjenesten om henvisninger, forløp, oppfølging og ansvarsdeling. Uten slik representasjon risikerer helsefellesskapene å diskutere psykisk helse uten at de som kjenner feltet fra systemnivå og klinisk praksis i kommunen er til stede. Psykologforeningen registrerer at Legeforeningen og KS⁸ har utviklet en egen veileder for fastlegers deltakelse i helsefellesskap, og mener at det

⁶ <https://www.nordlandssykehuset.no/nyheter/18-millioner-til-innovasjonsprosjekt-i-sikkerhetspsykiatri/>

⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/helsefellesskap>

⁸ <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/legetjenester/veileder-om-fastlegers-deltakelse-i-helsefellesskap/>

bør utvikles veiledningsmateriell for kommunepsykologers rolle og deltakelse – slik at kommunens kompetanse systematisk trekkes inn i helsefelleskapenes arbeid.

Dersom Helsereformutvalget anbefaler mer forpliktende overkommunale strukturer – det være seg styrkede helsefelleskap eller andre løsninger – vil dette være organisasjoner som fatter beslutninger med direkte konsekvenser for tjenestene og for de ansatte som jobber i dem. Psykologforeningen mener det er viktig at slike strukturer fra starten utformes med rom for reell medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte. Tillitsvalgte som kjenner den kliniske hverdagen på begge sider av grenseflaten har en unik mulighet til å fange opp utilsiktede konsekvenser av organisatoriske endringer – som bør sikres strukturelt, ikke til den enkelte enhets velvilje.

Samhandlingsbudsjetter

Både Sykehusutvalget⁹ og Forenkle og forbedre¹⁰ foreslo «samhandlingsbudsjetter», som midler kommuner og spesialisthelsetjeneste må samarbeide om. Psykologforeningen støttet dette forslaget i sine høringsvar^{11,12}, og ser tiltak som går i denne retningen som hensiktsmessig i psykisk helse-feltet.

Forslagene fra disse utvalgene ble foreslått med et smalere mandat enn Helsereformutvalget. Slike finansielle virkemidler kan en se for seg at legges til helsefelleskapene eller i andre løsninger, for å gjøre dette til mer reelle organisasjoner. Slik finansiering har potensial for å skape økt stabilitet i finansiering av mer spesialiserte team som FACT, ACT og IPS.

Psykologforeningen mener

- Utfordringene i samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i psykisk helse er i stor grad strukturelle og kan ikke løses gjennom retningslinjer alene. Det trengs rom for å prøve ut nye måter å organisere overgangene på, innenfor rammene av ansvarlig innovasjon.
- Psykologforeningen støtter Prosjekt X og ser behov for innovasjon og utprøving av nye samhandlingsmodeller, både innenfor og utenfor Prosjekt X-utprøvingene, og mener det er nødvendig at staten stiller med finansiering av slik utprøving, da risikoen ellers vil være for stor for den enkelte kommune å bære.
- Innovasjon i grenseflaten mellom nivåene kan ha ringvirkninger i hele tjenestekjeden. Følgeevaluering av nye samhandlingsmodeller må belyse konsekvenser av endringer og tiltak overfor tilgrensende tjenester.

9

www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf

10

https://www.regjeringen.no/contentassets/2402e66428ac40ad9ed416ab2b62646d/no/pdfs/forenkle_og_forbedre_-_rapport.pdf

¹¹ <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Høringer-og-policies/Høring-2023/300623psykologforeningenshøringssvartilNOU202308Felleskapetssykehus.pdf>

¹² <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Høringer-og-policies/Høring-2023/Forenkle-og-forbedre-rapport-om-tematisk-organisering-av-psykisk-helsevern.pdf>

- Dersom helsefelleskapene skal fungere som en reell arena for psykisk helse, må det sikres sterkere faglig og klinisk representasjon fra feltet. Kommunepsykologen bør ha en definert plass i helsefelleskapenes arbeid, og det bør utvikles veiledningsmateriell for dette.
- Dersom det opprettes mer forpliktende overkommunale strukturer, må disse utformes med rom for reell medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte fra starten – slik at utilsiktede konsekvenser av organisatoriske endringer kan fanges opp av de som kjenner den kliniske hverdagen.
- Psykologforeningen støtter forslaget fra Sykehusutvalget og «Forenkle og forbedre» om øremerkede samhandlingsbudsjetter, og mener slike midler kan gi økt stabilitet i finansieringen av integrerte team som FACT og andre.
- Styrket psykologkompetanse i kommunen vil bidra til mer treffsikre henvisninger og bedre bruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg 3: Om psykisk helsevern

Psykologforeningen mener at hovedutfordringen i psykisk helsevern i dag er manglende samsvar mellom behovene og tilgjengelige ressurser i psykisk helsevern. Tall fra Samdata viser at antallet pasienter økte i perioden med 11,3 prosent, og veksten var større blant barn og unge (+27,0 prosent) enn voksne (+6,5 prosent). Våre medlemmer beskriver en hverdag der antall pasienter per behandler har økt betydelig uten tilsvarende økning i årsverk, døgnkapasiteten er mange steder for lav, og det samlede tilbudet fremstår underdimensjonert.

I dette vedlegget beskriver vi behovet for et differensiert og sammenhengende behandlingstilbud med tilstrekkelig kapasitet, hvordan finansieringsmodellen og investeringslogikken systematisk har bidratt til nedprioritering av psykisk helsevern, og hvorfor styresammensetning og representasjon har betydning for om politiske prioriteringer faktisk gjennomføres. Vi avslutter med et poeng om åpenhet og medvirkning som vi mener er tverrgående for helsereformarbeidet: Psykologforeningen mener at åpenhet, faglig medvirkning og tydelig representasjon for psykisk helse og rus må være bygget inn i selve strukturen – fordi historien har vist at det er helt nødvendig.

Hovedutfordringen er manglende samsvar mellom behovene og tilgjengelige ressurser til psykisk helsevern

I Riksrevisjonens rapport «Tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser»¹ heter det:

Riksrevisjonen har beregnet at i gjennomsnitt har antallet innvilgede henvisninger per årsverk økt med 13 prosent fra 2019 og til 2024. Det vil si at de ansatte i helseforetakene har fått ansvar for flere pasienter.

Riksrevisjonens rapport underbygger det som også er Psykologforeningens erfaring om at i psykisk helsevern for barn og unge (og for voksne) er en underliggende utfordring underkapasitet, som måten virksomhetene er styrt eller organisert på vanskeligere kan løse.

Et eksempel på underkapasitetsproblematikken finner vi i utviklingen av døgnplasser i psykisk helsevern. Psykologforeningen har over lang tid støttet utviklingen i psykisk helsevern mot mer poliklinisk og ambulant behandling, tidligere innsats og lokalbaserte tjenester med nærhet til pasientens bomiljø og relasjoner. Det er en riktig utvikling. Samtidig har nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern mange steder gått for langt, uten at kompensierende tilbud i DPS eller kommune er tilstrekkelig utbygget. Det samlede psykiske helsetilbudet fremstår i med til dels store geografiske forskjeller i tilgangen til døgnbehandling uten at dette kan begrunnes i ulike behov i befolkningen. Psykologforeningen mener det er behov for en styrking av det samlede døgntilbudet, tilpasset befolkningens faktiske behov.

¹ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2025-2026/tjenester-til-barn-og-unge-med-psykiske-plager-og-lidelser/>

Stadig flere personer dømmes til tvungent psykisk helsevern (TPH), og det er forventet at antallet nye dommer vil fortsette å stige i årene fremover. Samtidig som antall nye dommer har økt, har antall døgnplasser i psykisk helsevern blitt redusert med om lag 60 % i perioden 2002-2021. Det har vært utfordringer med å bygge opp og sikre et godt nok tjenestetilbud i kommunene i takt med nedbyggingen. Den beskrevne utviklingen skaper et økende krysspress mellom justis- og helsesektor, og helsesektorens myndighet til å beslutte behandlingens varighet og -nivå begrenses. Flere pasienter på dom opptar døgnplasser i akuttaksen, samt på psykoseposter, og behandlingstilbudet for andre pasienter fortreges. Psykologforeningen ser også med bekymring på at færre døgnplasser i psykisk helsevern medfører økt bruk av tvang og mindre frivillig innleggelse.

Døgnbehandling er en nødvendig del av et behandlingsforløp for mange pasienter i psykisk helsevern og kapasitet må tilpasses befolkningens behov i alle helseregioner. Flere steder innebærer dette en styrking av det samlede døgntilbudet. Døgnplasser ved DPS gir mulighet til planlagt og frivillig intensivering av utredning eller behandling før akutte innleggelse er nødvendig. Mulighet til fleksibelt kan gi muligheten for å øke intensiteten i behandlingen fra ukentlige samtaler i poliklinikk, til ambulant/oppsøkende behandling og dagtilbud, til døgnkontinuerlig utredning og behandling når dette er avgjørende.

Tradisjonell døgnbehandling er kostnadsdrivende og gir begrenset tilgjengelighet for befolkningen. Alternative tilnærminger til intensivering av behandlingsforløp er etablert flere steder med større tilgjengelighet for flere brukere. Systematiske evalueringer av tilbud som ACT/FACT team, akuttambulante team, strukturerte dagtilbud og sterke kommunale tjenester har vist at slike kan bidra til å forkorte liggetid og forebygge tvang og bør bygges videre ut²³. Samtidig forsvinner ikke behovet for robuste døgntilbud både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten med utviklingen av oppsøkende tjenester.

Utviklingen at nedbygging av døgnplasser uten tilstrekkelig oppbygging av kompenserende tilbud skaper systemsvikt som forplanter seg mellom nivåene – kommunene får et ansvar de ikke er rustet for, spesialisthelsetjenesten mister fleksibilitet, og pasientene havner i klem. En fremtidig modell må sikre at det finnes mekanismer som hindrer at kapasitetsbeslutninger på ett nivå fattes uten at konsekvensene for det andre nivået er tilstrekkelig vurdert. Krysspresset mellom justis- og helsesektor illustrerer også at døgnkapasitet ikke bare er et helsefaglig spørsmål, men også et spørsmål om samfunnsvern.

Psykologforeningen mener dette grunnleggende sett er å forstå som et underkapasitetsproblem, som nye modeller eller finansieringsløsninger, ikke nødvendigvis vil ta tak i denne grunnleggende utfordringen.

Psykologforeningen mener at Helsereformutvalgets anbefaling må sikre at psykisk helsevern organiseres som en integrert og differensiert behandlingsskjede med tilstrekkelig kapasitet på alle nivåer, og med tette samhandlingslinjer mot de kommunale tjenestene som pasientene er avhengige av i sin hverdag.

² Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge*. Rapport viser at antall tvangsinnleggelse og oppholdsdøgn ble nær halvert etter inkludering i FACT-team

³ Norsk psykologforening. (2022). *Psykologforeningens politikk om døgnbehandling i psykisk helsevern* (policydokument).

I denne sammenheng vil også Psykologforeningen påpeke at DPS må forbli en del av spesialisthelsetjenesten. En eventuell overføring av DPS-funksjoner til kommunalt nivå ville innebære betydelige omstillingskostnader, risiko for mindre likeverdighet i tilbud og fare for å svekke fagmiljøer. DPS-ene er i dag integrert i helseforetakenes faglige, administrative og økonomiske strukturer – med felles journalsystemer, spesialiseringssløp, forskningssamarbeid og personellflyt mot sykehusavdelinger. Å løsrive disse funksjonene og forankre dem i 357 kommuner, eller i interkommunale strukturer, krever ikke bare juridiske og økonomiske avklaringer, men en omfattende ombygging av faglige samarbeidsrelasjoner som det har tatt tiår å utvikle. I en overgangsperiode vil oppmerksomheten og ressursene i tjenestene uunngåelig dreies mot organisatoriske spørsmål fremfor pasientbehandling – og for et felt som allerede er preget av underkapasitet, er det en reell risiko for at omstillingskostnadene svekker tilbudet til pasientene nettopp i den perioden endringene gjennomføres. Psykologforeningen mener at denne risikoen må vektles tungt i Helsereformutvalgets vurdering, og at gevinsten ved en slik omlegging må være svært godt dokumentert for å forsvare kostnadene.

Rammebetingelser i psykisk helsevern – finansieringsmodell, investeringslogikk og hvem som sitter i styrer

Om finansieringsmodeller i psykisk helsevern

Psykologforeningen har over lang tid vært opptatt av hvordan finansierings- og styringsmodellene i spesialisthelsetjenesten påvirker psykisk helsevern. Dette har vært et gjennomgående tema i de 25 årene med helseforetaksmodell. Den såkalte «gyldne regel» – som påla helseforetakene å prioritere høyere vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatikken – ble aldri innfridd. Riksrevisjonen dokumenterte i 2021 at regelen ikke var oppnådd ett eneste år. Dette er et styringssignal med bred politisk og demokratisk forankring, gitt gjennom oppdragsdokumenter fra eier til helseforetakene. Det ble likevel ikke gjennomført.

Ulike fagfelt i helsetjenesten har ulike forutsetninger og ulik klinisk kontekst, og finansieringsløsninger som fungerer godt for ett felt kan slå uheldig ut for et annet. Aktivitetsbaserte finansieringsløsninger, slik som ISF, kan for eksempel gi gode insentiver i deler av somatikken der behandlingsforløpene er tydelig avgrenset og prosedyrebaseret, mens den samme logikken passer dårligere for psykisk helsevern, der pasientenes behov er mer heterogene, behandlingen mer individuelt tilpasset og sammenhengen mellom diagnose, metode og kostnad svakere.

Utfordringen er at disse fagfeltene ikke eksisterer i adskilte systemer – de inngår i samme helsetjeneste, styres av samme helseforetak og det samme budsjettet. Når ett fagfelt finansieres på en måte som gir sterkere inntektsinsentiver enn et annet, vil dette påvirke prioriteringene mellom dem – selv når de politiske signalene peker i motsatt retning. Denne dynamikken gjør at potensialet for uønskede og utilsiktede konsekvenser av finansieringsmodellen er stort, og det understreker behovet for at Helsereformutvalget ikke bare vurderer hvilken modell som fungerer best isolert sett, men hvordan ulike modeller virker på tvers av fagfelt som deler de samme ressursene.

Sykehusutvalget foreslo i 2023 å innføre rammefinansiering som hovedmodell for både somatikk, psykisk helsevern og TSB. Psykologforeningen støttet dette forslaget i sitt hørings svar⁴, og mener det fortsatt er relevant for Helsereformutvalgets arbeid.

Rammefinansiering vil kunne redusere usikkerheten i budsjetteringene i helseforetakene og gi et bedre grunnlag for å prioritere langsiktig kompetansebygging, fagutvikling og samhandling. Aktiviteter som er avgjørende for kvaliteten i psykisk helsevern blir i liten grad belønnet av dagens ISF-system. Psykologforeningen pekte også på at ISF har vist seg å hemme faglig innovasjon, for eksempel ved at nye og godt evaluerte behandlingsformater som intensivbehandling over kortere tid ga økonomisk tap for sykehusene fordi de ikke passer inn i finansieringssystemets logikk. Det er en trend internasjonalt om at stadig flere land beveger seg bort fra ISF-inspirerte finansieringsmodeller, altså basert på diagnoserelaterte grupper⁵.

Samtidig vil Psykologforeningen understreke at en omlegging av finansieringsmodellen må skje innenfor rammene av ansvarlig innovasjon. Enhver finansieringsmodell vil ha vridningseffekter, og overgangen fra én modell til en annen kan skape nye og utilsiktede konsekvenser. Det sentrale er at en fremtidig modell utformes slik at vridningseffekter kan fanges opp og håndteres løpende – og at psykisk helsevern ikke på ny havner i en situasjon der strukturelle mekanismer undergraver politisk vedtatte prioriteringer.

Uintenderte vridningseffekter av finansieringsordninger kan oppstå uavhengig av hvordan helsetjenesten er organisert. Spørsmålet er som regel ikke om slike finnes, men om de er synlige og kan håndteres. I dagens modell, der psykisk helsevern og somatikk inngår i samme helseforetak, er vridningseffektene mellom fagfeltene mulig å identifisere og debattere – gjennom styrebehandling og lokalt forankret tillitsvalgтарbeid. Å skille psykisk helsevern organisatorisk fra somatikken er ikke nødvendigvis en løsning for å håndtere vridningseffekter. I stedetfor kan vridninger av ressurser skje i prosesser der sammenlikningsgrunnlaget er vanskeligere tilgjengelig og der de som kjenner konsekvensene på tvers har færre arenaer å løfte dem i. Psykologforeningen mener derfor at transparens og reell medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte er viktigere enn organisatorisk separering. Det som trengs er strukturer som gjør det mulig å fange opp, belyse og korrigere uønskede vridningseffekter løpende – uavhengig av hvilken overordnet modell som velges.

Om sykehusbygg og store investeringer i psykisk helsevern

Psykisk helsevern har behov for investeringer i sykehusbygg. Den arkitektoniske utformingen av bygg har betydning for behandlingskvaliteten. Det er økende kunnskap om hvordan lys, lyd, romløsninger og tilgang til rekreasjonsområder påvirker behandlingen av psykiske lidelser⁶ – og som kan påvirke forutsetningene for å redusere bruk av tvang. Eksempelvis kan romløsninger være et viktig virkemiddel for å redusere tvang. Erfaringsmessig er størrelse på rom og ganger sentralt, fordi hvis en har stor nok plass, reduserer dette behovet for å være for tett innpå pasienter som opplever situasjoner som truende. Psykologforeningen erfarer at slike faglige perspektiver i varierende grad ivaretas ved planlegging av nye sykehusbygg. Vi mener det bør stilles tydeligere krav til innhenting og involvering av

⁴ <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Høringer-og-policies/Høring-2023/300623psykologforeningenshøringssvartilNOU202308Fellesskapetssykehus.pdf>

⁵ <https://www.econstor.eu/handle/10419/265500>

⁶ <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.758039/full>

fagkompetanse i alle nye byggeprosjekter. Her trengs det også mer utredning av effekten av fysisk samlokalisering av psykisk helsevern og somatikk. Vi erfarer at det legges opp til slik samlokalisering mange store byggeprosjekter, med henvisning til faglige gevinster vi har lite kunnskap om, og uten tilstrekkelige vurderinger av mulige negative konsekvenser.

Planlegging og finansiering av nye sykehusbygg har direkte konsekvenser for kvaliteten i psykisk helsevern. Dagens finansieringsmodell for sykehusbygg innebærer at helseforetakene må betjene investeringslån med renter og avdrag fra egne driftsbudsjetter. Når byggekostnader øker og renter stiger, må foretakene effektivisere driften for å finansiere nye bygg. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling slår dette særlig uheldig ut, fordi disse fagområdene i liten grad benytter kostbart teknisk utstyr – det er nesten utelukkende behandlerårsverk som kan effektiviseres. Utfordringen er at byggeprosjektene blir så sårbare for svingninger i økonomi og konjunktur, mens handlingsrommet for å gjøre endringer og justeringer i behandling og drift er langt mindre.

Psykologforeningen mener et tydelig skille mellom drift og større investeringer, slik som sykehusbygg, kan være fordelaktig og skjerme psykisk helsevern for risiko knyttet til rentehevinger og uforutsette økninger i byggekostnader, særlig når psykisk helsevern ikke har mulighet til å øke inntekter tilsvarende ved dagens finansieringsordninger.

Styring, styrer og ansvarsforhold

Sykehusutvalget tok utgangspunkt i dagens struktur, der støttet Psykologforeningen forslagene om sterkere politisk og demokratisk innflytelse i styringen av sykehusene. Det kan blant annet gjelde forslagene om lovpålagt plikt til helseforetakene om å sende saker med vesentlig betydning og samfunnsmessige konsekvenser på høring og mer strukturert dialog med politisk valgte representanter for kommuner og fylkeskommuner. Helsefellesskap har potensiale til å ivareta slik gjensidig informasjonsutveksling.

Helsereformutvalget har gitt få signaler om hvordan de ser for seg en styringsstruktur kan se ut. Psykologforeningen avventer derfor å ta mer detaljert stilling til det. Vi mener likevel at flere av forslagene fra Sykehusutvalget er relevante her, på et mer prinsipielt nivå. Dette gjelder forslag som imøtegår maktkonsentrasjon, slik som personer som har lederroller i regionale helseforetak eller er administrerende direktør i helseforetak, «ikke samtidig skal kunne inneha styreverv i annet helseforetak i andre regioner» (s. 85).

For Psykologforeningen er det det særlig viktig, slik Sykehusutvalget også peker på, at styrer har medlemmer som sikrer helsefaglig kompetanse, ut over den som medlemmer valgt blant ansatte har.

Psykologforeningen mener i tillegg det bør være et krav om psykisk helse-/ruskompetanse i alle styrer – da psykisk helsevern utgjør en betydelig del av sykehusenes oppdrag og drift, med særskilte muligheter og utfordringer – hvor historien har vist at disse områdene neglisjeres uten tydelige føringer.

Tverrgående prinsipp: åpenhet og medvirkning i helsetjenesten

Helseforetaksmodellen har utviklet seg de 25 årene den har vært gjeldende for styringen av norsk spesialisthelsetjeneste. Et eksempel på en utvikling Psykologforeningen her vil trekke fram for å illustrere et mer generelt poeng, er de felleseide helseforetakene.

Felleseide helseforetak kan i utgangspunktet være en hensiktsmessig organisering når oppgaver krever nasjonal koordinering, standardisering eller særlig spesialisert kompetanse. De kan bidra til stordriftsfordeler, redusert dobbeltarbeid og mer ensartede løsninger på tvers av regionene. Psykologforeningen ser verdien av å samle slike funksjoner der det gir reelle gevinster.

Samtidig deler Psykologforeningen bekymringen som blant annet Legeforeningen har løftet, om at felleseide foretak ofte ligger på armlengdes avstand fra den kliniske driften og i begrenset grad involverer fagmiljøer og ansatte i beslutningsprosessene. Når oppgaver som bygg, IKT og innkjøp flyttes ut i slike enheter, kan det oppstå uklarhet om ansvar og beslutningsmyndighet, og styringslinjene kan bli mindre transparente.

Sykehusutvalget (2023) foreslo at «en til to representanter for de ansatte i helseforetakene får observatørstatus i styrene for de felleseide helseforetakene» (s. 168). Psykologforeningen støttet dette, og vil løfte fram at dette forslaget også illustrerer et mer generelt poeng om norsk helsetjenestene nå går inn i en større reformprosess – om åpenhet og medvirkning. De felleseide helseforetakene representerer en videreutvikling av helseforetaksmodellen, hvor det fattes beslutninger med stor innvirkning på arbeidshverdagen og behandlingskvaliteten – som sykehusbygg eller journalløsninger – med svak sikring av ansattes medvirkning i styrer. For psykisk helsevern er dette svært viktig, fordi disse fagfeltenes perspektiver og behov erfaringsmessig taper i organisasjoner der somatikken er dominerende.

Helsereformutvalget har mandat til å foreslå store endringer i norsk helsetjeneste. Psykologforeningen mener det helt vesentlig at åpenhet og medvirkning ivaretas i forslagene til en eventuell helsereform. Erfaringene for Psykologforeningen etter 25 år med helseforetaksmodell viser at psykisk helse systematisk kan nedprioriteres når beslutninger fattes uten at feltets perspektiver er tilstrekkelig representert. Slik psykologforeningen ser det har det aldri vært lagt til konsekvenser for å ikke oppnå den gyldne regel, noe som gjør at denne gode intensjonen ikke har fått den betydningen som en hadde håpet, for å sikre pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer. Finansieringsmodellen har vridt ressurser mot somatikken. Sykehusbygg finansieres etter en logikk som treffer psykisk helsevern dårlig.

Derfor er det avgjørende at beslutninger fattes i strukturer der psykisk helse-kompetanse og -representasjon er tilstede. Uansett hvilken modell Helsereformutvalget anbefaler, mener Psykologforeningen at åpenhet, faglig medvirkning og tydelig representasjon for psykisk helse og rus må være bygget inn i selve strukturen – fordi historien har vist at det er helt nødvendig.

Oppsummering og anbefalinger

- Det samlede tilbudet i psykisk helsevern må styrkes og tilpasses befolkningens faktiske behov i alle helseregioner. Dette innebærer blant annet en økning i antall døgnplasser.
- Psykisk helsevern må organiseres som en integrert og differensiert behandlingsskjede, der poliklinikk, ambulante team, strukturert dagbehandling og døgnplasser henger sammen slik at behandlingsintensiteten kan tilpasses fleksibelt etter pasientens behov.

- Psykisk helsevern må ha rammer som gjør det mulig å tilpasse behandlingens varighet og intensitet til den enkelte pasients behov. Noen pasienter trenger kortvarig og intensiv behandling, andre trenger langvarige forløp over tid.
- DPS-ene må forbli en integrert del av spesialisthelsetjenesten, en eventuell overføring til kommunalt nivå vil innebære betydelig omstillingskostnader, risiko for mindre likeverdighet i tilbud og fare for å svekke fagmiljøer.
- Psykologforeningen støtter Sykehusutvalgets forslag om å innføre rammefinansiering som hovedmodell for både somatikk, psykisk helsevern og TSB. Det er vesentlig at de ulike spesialisthelsetjenesteområdene finansieres likt, slik at det ikke er mer lønnsomt for helseforetakene å prioritere det ene fagfeltet over det andre. En omlegging av finansiering må skje innenfor rammene av ansvarlig innovasjon, med løpende oppfølging av utilsiktede vridningseffekter.
- Uintenderte vridningseffekter av finansierungsordninger håndteres gjennom transparens, offentlig innsyn og reell medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte – ikke gjennom organisatorisk utskilling av psykisk helsevern fra somatikken, som kan gjøre vridningseffektene mindre synlige uten at effektene blir borte av den grunn.
- Psykologforeningen mener det trengs mer utredning av effektene av fysisk samlokalisering av psykisk helsevern og somatikk, som tydeliggjør de faglige gevinstene av dette.
- Psykologforeningen mener et tydelig skille mellom drift og større investeringer, slik som sykehusbygg, kan være fordelaktig og skjerme psykisk helsevern for risiko knyttet til rentehevinger og uforutsette økninger i byggekostnader, særlig når psykisk helsevern ikke har mulighet til å øke inntekter tilsvarende.
- Styrer i helseforetakene må ha helsefaglig kompetanse ut over ansatterepresentasjonen, og det bør innføres et krav om psykisk helse- og ruskompetanse i alle styrer.
- Åpenhet, faglig medvirkning og tydelig representasjon for psykisk helse og rus må bygges inn i selve strukturen i helsetjenesten – fordi historien har vist at det er helt nødvendig.

Vedlegg 4: Om tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Behandlingstilbudene til mennesker med rusmiddellidelser i Norge, har gjennom opprettelsen av Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) vært gjenstand for en kraftig utvikling siden 2004. Det har blitt investert i utvikling av forskningsbasert kunnskap, nasjonale faglige veiledere, retningslinjer og råd. Helsepersonell har fått økt kompetanse på hvilke behandlingsmetoder og tiltak pasientgruppene trenger, og feltet har særlig utviklet seg gjennom tverrfaglig samarbeid mellom leger, sykepleiere, psykologer, vernepleiere og sosionomer. Psykologer har siden før opprettelsen av TSB, utviklet og forbedret sin spesialistutdanning for psykologer som jobber med rus- og avhengighetsproblematikk. Det er svært viktig at det også i fremtiden legges til rette for at denne kompetansen videreføres og videreutvikles. Det har skjedd store fremskritt innen utrednings- og behandlingsmetoder og psykologspesialister spiller viktige roller når det gjelder å sikre tilgangen til evidensbasert behandling.

Overføringen av ansvaret for behandling av rusmiddellidelser til de regionale helseforetakene og etableringen av et eget fagområde, har gitt en spesielt sårbar gruppe pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter. Det er svært viktig at dette ikke reverseres gjennom å flytte dette ansvaret tilbake til kommunehelsetjenesten. Ansvaret for barn og unge med rusmiddelrelaterte lidelser skal nå overføres til spesialisthelsetjenesten. Fremtidig organisering må ikke stå i veien for at barn og unge får tilgang til den spesialiserte kompetansen som har vært utviklet innen TSB etter 2004. Derimot er det viktig at disse pasientene også i fremtiden sikres individuelt tilpassede behandlingsforløp, der både døgnopphold, avgiftning og poliklinisk behandling er tilgjengelig når det trengs. Satsingen på FACT der god samhandling mellom tjenester blant annet har ført til færre innleggelses, mindre tvangsbruk og høyere brukertilfredshet, må også videreføres med satsing på kvalitetsarbeid, implementeringsstøtte og forskning¹.

Riksrevisjonen publiserte i 2025 en rapport som slo fast at myndighetene ikke har sørget for at personer med psykisk lidelse kombinert med ruslidelse får den hjelpen de trenger. Riksrevisjonen benyttet sitt mest kraftfulle kritiske nivå når de slo fast at denne pasientgruppen ikke får den hjelpen de trenger i form av behandling, aktivitet og oppfølging².

De tilbudene som har blitt utviklet innen TSB gjennom over 20 år må videreføres og forsterkes. Det må jobbes videre med å tydeliggjøre ansvarsforhold i møte med disse pasientene, slik at de unngår å bli kasteballer i systemet. Det bør vurderes om det kan innføres bedre virkemidler for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, men dette må ikke gå på bekostning av tilgang til spesialisert hjelp når dette trengs.

¹ <https://www.dagensmedisin.no/psykisk-helse-rop-lidelser-rus-og-psykiatri/act-og-fact-utvikling-ikke-utvanning/707791>

² <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/helse-og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidig-rusmiddellidelse-og-psykisk-lidelse/>

Psykologforeningen mener

- Ansvaret for behandling av rus-lidelser opprettholdes som et spesialisthelsetjenesteområde, for å ivareta likeverdighet for pasientgruppen.
- Psykologspesialister spiller en sentral rolle i å sikre tilgang til evidensbasert behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Vedlegg 5: Om samfunnsvern og alvorlig psykisk syke

Alle mennesker bor og lever i en kommune, også personer med alvorlig psykisk lidelse. For noen vil behovet for behandling og oppfølging være langvarig eller livsvarig. Dette gjelder særlig personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko, som ofte har behov for spesialiserte døgntilbud, styrkede kommunale botilbud og tett oppfølging over tid. Det er verdt å merke seg at de fleste med alvorlig psykisk lidelse eller ruslidelse har ikke forhøyet voldsrisiko¹. Alvorlig psykisk syke og undergruppen med forhøyet voldsrisiko har behov for ulike typer tiltak og behandling.

Få pasientgrupper stiller spørsmålene om organisering, samhandling og ansvarsdeling på spissen like tydelig som personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko. De trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen, ofte gjennom hele livet. De trenger spesialisert døgnbehandling i perioder, rehabilitering og botilbud i kommunen i andre, og oppsøkende team som bygger bro mellom nivåene i det daglige. Når tjenestene svikter for denne gruppen, er konsekvensene alvorlige – for pasienten selv, for pårørende og for samfunnet. Hvordan helsetjenesten organiseres rundt disse pasientene er derfor en lakmestest på om en modell faktisk leverer det den lover: sammenhengende, likeverdige og bærekraftige tjenester på tvers av nivåer.

Økning i antallet pasienter på dom – og tilbud i psykisk helsevern og kommune

Gjennomganger av alvorlige voldshendelser viser at en kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelbruk, sammen med andre faktorer kan øke voldsrisiko betydelig. Samtidig kan rusmiddelbruk i seg selv bidra til raskere forverring av psykiske lidelse². Stadig flere personer dømmes til tvungent psykisk helsevern (TPH), og det er forventet at antallet nye dommer vil fortsette å stige i årene fremover¹. Antallet opphørte dommer per år er betraktelig lavere. Samtidig har antall døgnplasser i psykisk helsevern (PHV) blitt redusert med om lag 60 % i perioden 2002-2021.

Det har vært utfordringer med å bygge opp og sikre et godt nok tjenestetilbud i kommunene i takt med nedbyggingen av døgnplasser i PHV. Denne utviklingen skaper et økende krysspress mellom justis- og helsesektoren, og kan begrense helsetjenestens handlingsrom i vurderinger av behandlingens varighet og nivå.

Flere pasienter på dom opptar ordinære døgnplasser i PHV, og behandlingstilbudet for andre pasienter fortreges. Det er ikke uvanlig at pasienter, med og uten forhøyet voldsrisiko, skrives ut før de er ferdig behandlet grunnet kapasitetsutfordringer^{[2][3][4][5]}.

¹ Whiting, D., Gulati, G., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2022). *Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents From 15 Countries: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Psychiatry*, 79(2), 120-132

² Undersøkelseskommissjonen (2023). *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*

Helsetilsynet har funnet avvik i oppfølgingen av pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern og har anbefalt at helsetjenesten styrker sitt arbeid med ivaretagelse av voldsrisiko og samfunnsvern^[6].

God behandling er godt samfunnsvern

God behandling og rehabilitering er godt samfunnsvern over tid³. Samtidig kreves systematiske risikovurderinger og forsvarlige tiltak. Vurdering av voldsrisiko krever høykvalifisert kompetanse som må være tilgjengelig både i spesialiserte og ordinære tilbud i psykisk helsevern for voksne.

God voldsforebygging bygger på forståelse av den enkeltes voldsproblematikk og hvordan relevante risikofaktorer kan reduseres gjennom behandling og tiltak. Dette fordrer fokus på kontekst, sårbarhetsammenhenger, og forvarsler på endring i risiko. Gode voldsriskovurderinger og håndteringsstrategier er særlig viktig i overganger mellom behandlingssituasjoner eller -nivå, og sikrer i større grad ettervern ved utskrivelse fra sykehusavdeling til kommunal helsesektor. Trygg risikoforebygging fordrer styrket tverrsektoriell samhandling også i faser hvor pasienten ikke er i akutt forverring. Kommuner og PHV bør jobbe sammen med å utvikle og evaluere behandlingsplaner. Relasjonsbygging på tvers av sektorene skaper grunnlag for å bygge en mer felles ansvarsfølelse i behandlingsforløpet.

Høy kvalitet og faglig standard må prege hele behandlingsforløpet i både psykisk helsevern for voksne og kommune. Pasienter med forhøyet voldsrisiko har ofte behov for systematisk og langsiktig behandling på tvers av tjenestenivåer, og enkelte vil trenge høyspesialisert oppfølging gjennom store deler av livet.

Behandlingen bør ha et ressursfokus hvor målsetningen er å øke pasientens funksjon, boevne, og mulighet for å ha et meningsfylt liv gjennom mer aktiv samfunnstilhørighet og -deltagelse, eksempelvis arbeidsrettet aktivitet. For pasienter med samtidig rusmiddelidelse er det viktig at det sikres tilgang til nødvendig ruskompetanse i behandlingsforløpet; både i kommunesektor og spesialisthelsetjenesten. Den helhetlige behandlingen bør ha integrert behandlingsformål som ivaretar og behandler rus- og psykisk lidelse samtidig fremfor sekvensielt.

Oppsøkende team og differensierte døgntilbud

Det viktig å fortsette utrulling av oppsøkende team (ACT, FACT og FACT-sikkerhet). Oppfølging fra FACT-sikkerhetsteam er forbundet med færre arrestasjoner og mindre tid på institusjon til sammenligning med oppfølging fra ordinær ACT-team⁴. Det er viktig at disse høyspesialiserte teamene satses på i tiden fremover, og å sørge for stabil driftsfinansiering av slike samhandlingsmodeller som en del av en eventuell fremtidig reform. Dette er løsninger som vil bidra til helsereformutvalgets mandat til å skape mer helhetlige og bærekraftige helsetjenester.

³ Helse og omsorgsdepartementet (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*.

⁴ Marquant T., Sabbe B., Van Nuffel M., & Goethals K. (2016). *Forensic Assertive Community Treatment: A Review of the Literature*. *Community Ment Health J* 52(8):873-881.

Dagbehandling er samfunnsøkonomisk gunstig, og tilgjengeliggjør helhetlig, fleksibel og intensiv behandling med forankring i pasientens dagligliv. Det er viktig å poengtere at økt tilgang på dagbehandling eller oppsøkende team ikke fjerner behovet for døgninnleggelse for pasienter med alvorlige og sammensatte tilstander. Det må sikres en fleksibel tilgang til døgnbehandling i alle foretak; disse bør ha en utadrettet, samarbeidende og aktiv behandlingsprofil⁵. Opptrappingsplanen lover en økning av sengeplasser i PHV⁶. Psykologforeningen mener i likhet med flere ekspertutvalg at det er behov for en økning i sengeplasser i PHV⁷ med fokus på opprustning av spesialiserte sengeplasser (sikkerhets- og psykoseposter). Dette vil sikre at pasienter, med og uten forhøyet voldsrisiko, får være underlagt disse rammebetingelsene så lenge deres sykdomsbilde tilskriver behov for det.

Det er viktig å sørge for å styrke den helhetlige behandlingen for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko. Likeledes er det sentralt at en opprustning av tilbudet for denne pasientgruppen ikke fortrenger, eller går på bekostning av, tilgjengeligheten og kvaliteten på forløpene til andre pasienter med rett til helsehjelp.

Kommunens rolle i oppfølging og rehabilitering

Flere ekspertutvalg^{9,10} peker på kommunenes potensiale til likevektig ansvar i behandlingsforløpet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko. Psykologforeningen mener at kommunene må bygge opp lokale kompetansemiljøer og kunnskapsbaserte tilbud for denne gruppen, inkludert kvalitetssikrede og forsterkede botilbud som muliggjør rehabilitering og trygg tilbakeføring til samfunnet.

Kommunene og PHV har et gjensidig veiledningsansvar. Psykologforeningen mener kommunene må få en tydeligere rolle som aktiv medaktør i behandlingen, ettersom rehabilitering er en sentral del av helhetlige behandlingsforløp. En rapport viser til at personer med alvorlig psykisk lidelse ofte kun får medisinsk behandling, uten samtidig fokus på rehabilitering som de behøver¹¹. Kommunene trenger tverrfaglige team med tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og tydelige samhandlingslinjer mot spesialisthelsetjenesten, særlig ved overganger mellom behandlingsnivåer.

Et langvarig og forsterket botilbud er helt sentralt for å gi et helhetlig behandlingstilbud som ivaretar personer som utgjør en sikkerhetsrisiko^{12,13}. Styrkede botilbud muliggjør reell rehabilitering og tilbakeføring til samfunnet. Botilbudets rammer og innhold må være kvalitetssikret og faglig fundert, og inneha kompetanse som ivaretar kommunens ansvar for rehabilitering av denne gruppen. Både ansatte og beboere kommunale boliger rapporterer

⁵ Norsk psykologforening (2022). *Psykologforeningens politikk om døgnbehandling i psykisk helsevern*

⁶ Helse og omsorgsdepartementet. (2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse 2022-2032*.

⁷ Helse Sør-Øst (2023). *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*

⁸ Norsk psykologforening (2022). *Psykologforeningens politikk om døgnbehandling i psykisk helsevern*

⁹ Fafo (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*

¹⁰ Helse Sør-Øst (2023). *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*

¹¹ Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2024). *Kartlegging av erfaringer med bemannede boliger*

¹² Helse Sør-Øst (2023). *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*

¹³ Helse og omsorgsdepartementet (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*.

at de ofte opplever vold, trusler og tyveri¹⁴. Det underbygger behovet for å styrke det kommunale botilbudet, og sikre at boligene er trygge for beboerne og de ansatte.

Kommunale botilbud og helsetjenester kan være mindre kostbart enn sengeplasser i PHV, og medfører en økt mulighet for tilbakeføring til samfunnet. Porsgrunn kommune er et godt eksempel på hvordan kommuner kan utvikle integrerte og kunnskapsbaserte tilbud for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko.

Implikasjoner for helsereformutvalget

For Helsereformutvalget illustrerer denne pasientgruppen et grunnleggende poeng om reformarbeidet: viktigheten av stabile rammevilkår over tid. Gode tilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko – enten det handler om spesialiserte døgnplasser, FACT-sikkerhetsteam eller forsterkede kommunale botilbud – tar år å bygge opp. De krever langsiktig kompetansebygging, tillitsfulle relasjoner mellom tjenestenivåene og fagmiljøer som er robuste nok til å tåle utskiftninger av enkeltpersoner. Dette er tilbud som vanskelig lar seg etablere gjennom prosjektmidler eller tidsbegrensede satsinger, og som heller ikke tåler å bli bygget ned og opp igjen i takt med reformer og omorganiseringer. Uansett hvilken modell Helsereformutvalget anbefaler, må den gi forutsigbare nok rammer til at slike tilbud kan utvikles og opprettholdes over tid.

Et annet vesentlig poeng er at en fremtidig modell sikrer at kommunen har kompetanse til å fylle sin del av ansvaret. Spesialisthelsetjenesten kan ikke alene følge opp disse pasientene – de bor i kommunen, og det er der hverdagen leves. Men kommunen kan heller ikke ta dette ansvaret uten fagfolk som kan samarbeide med spesialisthelsetjenesten om behandlingsplaner og annet. Uten kompetanse på kommunens side blir samhandlingen for ensidig. Helsereformutvalget bør derfor sikre at modellen som anbefales inneholder mekanismer – gjennom finansiering, kompetansekrav eller forpliktende samhandlingsstrukturer – som gjør kommunen til en reell partner i oppfølgingen av de pasientene som trenger begge nivåer mest.

Helsereformutvalget jobber parallelt med Kommunekommisjonen, og Psykologforeningen ser forslaget om å fjerne kompetansekravene i helse- og omsorgstjenesteloven som et signal i motsatt retning av hva denne gruppen trenger. For personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko – som ofte vil trenge tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen – er tilgang til kvalifisert kompetanse ikke et spørsmål om fleksibilitet i kommunal organisering. Det er et spørsmål om helsehjelp og om samfunnsvern.

Psykologforeningen ser med bekymring på signaler om at kommunen bør løse krevende oppgaver, uten krav til kompetanse. Dersom kompetansekravene faller bort, og det heller ikke finnes stabile statlige finansieringsordninger som understøtter psykisk helsekompetanse i kommunen, kan dette virke negativt inn på pasienters rett til helsehjelp.

¹⁴ Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (2024). *Kartlegging av erfaringer med bemannede boliger*

Psykologforeningen mener

- God behandling og rehabilitering er godt samfunnsvern. Behandlingen må ha et ressursfokus som ivaretar og behandler rus og psykisk lidelse samtidig, og som styrker pasientens funksjon, boevne og samfunnsdeltakelse.
- Oppsøkende team som FACT og FACT-sikkerhet må videreutvikles og sikres stabil driftsfinansiering i alle deler av landet – ikke som tidsbegrensede prosjekter, men som en varig del av tjenestetilbudet.
- Styrkede botilbud muliggjør reell rehabilitering og tilbakeføring til samfunnet. Botilbudets rammer og innhold må være kvalitetssikret og faglig fundert, og inneha kompetanse som ivaretar kommunens ansvar for rehabilitering av alvorlig psykisk syke og samfunnsvern.
- Kommunen må ha tilknyttet egen kompetanse til å være en reell samhandlingspartner med spesialisthelsetjenesten i oppfølgingen av denne gruppen.
- Uansett modellvalg må en fremtidig reform gi stabile og forutsigbare nok rammer til at tilbud for denne pasientgruppen kan bygges opp og opprettholdes over tid. Kompetanse og samarbeidsrelasjoner som tar år å etablere, tåler ikke å bli bygget ned og opp igjen i takt med omorganiseringer.