Opptrappingsplanen for psykisk helse 2023-2033

Utvikling og status for resultatmålene for 2024/2025

Innhold

Sammendrag 4

Hovedindikatorene for resultatmålene 8

Innledning 14

Resultatmål 1: Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent. 16

1.1 Oppsummering 16

1.2 Utvikling i selvrapporterte psykiske plager 16

Resultatmål 2: Unge som blir uføre på bakgrunn av psykiske plager og lidelser 19

2.1 Oppsummering 19

2.2 Innledning 19

2.2 Datagrunnlag 20

2.3 Utviklingen i antall uføre med primærdiagnose moderate og/eller milde psykiske lidelser 21

2.4 Varig tilrettelagt arbeid for unge uføre 23

2.5 Noen bakenforliggende mekanismer 25

Resultatmål 3: Tilgang på lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene 28

3.1 Oppsummering 28

3.2 Om datagrunnlaget 28

3.3 Lavterskeltilbud totalt 29

3.4 Rask psykisk helsehjelp (RPH) 31

3.5 Andre lavterskeltilbud innen psykisk helsearbeid 33

3.6 Andre lavterskeltilbud innen rusarbeid 35

3.7 Lavterskeltilbud rettet mot barn og unge 37

Resultatmål 4: Vurderingssamtale for barn og unge i psykisk helsevern 39

4.1 Oppsummering 39

4.2 Innledning 39

4.3 Praksis og erfaringer med samarbeid og tilbud i kommunene 40

Metode 40

Resultater 41

4.4 Etablerte og ikke-etablerte samarbeidsformer mellom kommune og spesialist 44

Metode 45

Resultater 46
Resultatmål 5: Ventetid til psykisk helsevern og rusbehandling 50
5.1 Oppsummering 50
5.2 Innledning 52
5.3 Metode 53
5.4 Resultater 55
Psykisk helsevern – Voksne 55
TSB 60
Psykisk helsevern – Barn og unge 64
Resultatmål 6: Sengeplasser og døgnkapasitet i psykisk helsevern 69
6.1 Oppsummering 69
6.2 Bakgrunn 70
6.3 Datagrunnlag 70
6.4 Resultater 70
Utvikling i døgnplasskapasitet 70
Døgnaktivitet i regionene 73
Poliklinisk aktivitet i regionene 77
Integrerte tjenester 79
I hvilket omfang mottar voksne pasienter tjenester etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern (PHV)? 79
6.5 Regionenes rapportering av fremskrevet behov for døgnplasser 84
Resultatmål 7: Levealder blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelproblem 87
7.1 Sammendrag 87
Resultatmål 8: Helsepersonells tid til pasienter, brukere og fagutvikling 89
8.1 Sammendrag 89
8.2 Status for datagrunnlag og mulige kilder 89

Sammendrag

Opptrappingsplanen har åtte resultatmål som rapporteres årlig i planperioden. I denne rapporten beskriver vi status for målene i 2024 og 2025.

Tallene i rapporten speiler en sammensatt virkelighet. Vi kan derfor ikke tolke dem som enkle absolutte størrelser.

Derfor suppleres det på flere områder med tilleggsinformasjon for et bedre grunnlag for å forstå kompleksiteten og det helhetlige bildet bak tallene.

Resultatmål 1:
Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent.

Ungdom rapporterte stadig mer psykiske plager som depresjon og angst fra 2014 til rundt 2023. Etter 2023 ser nivået ut til å ha gått noe ned.

Jenter rapporterer generelt mer psykiske plager enn gutter. De siste par årene viser likevel tallene en nedgang for begge kjønn.

Resultatene må sees i sammenheng med både langsiktige utviklingstrekk og mer kortvarige endringer.

Utviklingen er ganske lik på tvers av grupper, når vi ser på forskjeller i sosioøkonomisk status, sentralitet og skoletrinn. Samtidig er det stabile *forskjeller* i nivå mellom disse gruppene.

Resultatmål 2:
Andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert.

I 2025 mottok 1,3 prosent av unge i alderen 18–29 år uføretrygd på grunn av milde eller moderate psykiske lidelser (menn: 1,4 prosent, kvinner 1,1 prosent). Dette tilsvarer om lag 10 850 personer. Antallet har økt fra 1,2 prosent i (rundt 600 personer) fra 2023.

Økningen skyldes særlig flere barn og unge med utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser eller atferdsforstyrrelser. Særlig for unge menn henger veksten i uføretallene sammen med disse diagnosene. Andelen mottakere høyere i Midt-Norge enn i Vest.

Årsakene kan være helse, sosiale relasjoner, utfordringer i skolen eller en kombinasjon av disse.

For å redusere antallet unge som blir uføre, må vi sette inn tiltak tidlig i barne- og ungdomstiden. Målet må være å forebygge psykiske problemer og samtidig styrke kompetanse og deltakelse i arbeidslivet.

Resultatmål 3:
Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus.

I 2025 hadde 85 prosent av kommunene og bydelene som rapporterte, minst én type lavterskeltilbud til innbyggerne sine. Tilbudene omfattet blant annet Rask psykisk helsehjelp (RPH), men også andre lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusarbeid. Dette er en økning fra tidligere år.

Samme år bodde 93 prosent av befolkningen over 16 år i en kommune eller bydel som hadde et slikt lavterskeltilbud.

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

Godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å sikre tidlig avklaring og riktig oppfølging av barn og unge som henvises til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU).

De fleste helseforetak har tatt i bruk ulike former for vurderingssamtaler. Likevel viser tallene at færre enn halvparten av kommunene (41 prosent) har en etablert samarbeidsmodell for å avklare henvisninger til PHBU.

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

Hovedindikator for resultatmål om ventetider (ventetidstallene fra Folkehelseinstituttet) viser blant annet at gjennomsnittlig ventetid i PHV og PHBU gikk ned i 2025, men fortsatt ligger over målene i opptrappingsplanen på henholdsvis 40 og 35 dager. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) lå gjennomsnittlig ventetiden i 2025 under målet om 30 dager.

I lys av det vi mener er viktige begrensninger ved de offisielle ventetidstallene har vi som supplement til hovedindikator analysert median ventetid, intern "ventetid" etter oppstart helsehjelp og ventetid for ulike pasientgrupper.

Mange og stadig flere pasienter henvises til PHV og PHBU for tilstander som har lengre anbefalte frister enn målene i opptrappingsplanen, mens antallet pasienter med de mest alvorlige tilstandene er stabilt.

Analysene tyder på at prioriteringsveilederne brukes ved fristfastsettelsen. Den generelle reduksjonen i ventetid synes likevel ikke å innebære en særskilt prioritering av de høyest prioriterte pasientgruppene. Enkelte bevegelser i den interne ventetiden kan også antyde en viss forskyvning av ventetid fra tiden før til tiden etter oppstart helsehjelp, særlig blant barn og unge.

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

Etter mange år med nedgang i døgnkapasiteten i psykisk helsevern økte antallet døgnplasser svakt fra 2021 til 2023. Fra 2023 til 2024 gikk antallet igjen noe ned, men i 2025 har nedgangen stoppet opp. Kapasiteten økte igjen i tjenestene til barn og unge (+4 plasser), og var tilnærmet uendret i tjenestene til voksne (+1) siste år.

Nedgangen i 2024 var blant annet knyttet til midlertidig reduksjon i kapasitet ved bygging av nye sykehus, ombygging av døgnenheter og omlegging fra døgn til mer poliklinisk aktivitet.

Den nasjonale dekningsraten for døgnkapasitet i psykisk helsevern for barn og unge har vært stabil de siste årene. For voksne har dekningsraten derimot gått ned i løpet av de siste fem årene.

Resultatmål 7:
Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser lever kortere enn resten av befolkningen. For menn er levealderen om lag 13 år kortere, og for kvinner om lag 10 år. For mennesker med rusmiddelproblemer er levealderen rundt 14 år kortere for menn og 11 år for kvinner. Estimatene samsvarer med tall fra Norden og internasjonalt.

Denne rapporten viser en baselinemåling for levealder i disse gruppene, utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI)[1]. FHI vil videreutvikle og nyansere indikatorene i planperioden i tråd med pågående forskning.

[1] Hjell,G.,Reneflot,A. og Tesli,M. (2026). Indikator for Resultatmål 7 i Opptrappingsplanen for psykisk helse 2023-2033. FHI.

Resultatmål 8:
Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling.

Helsedirektoratet har heller ikke i år funnet gode nok og dekkende datakilder for indikatorer til dette resultatmålet. Vi har undersøkt flere mulige datakilder videre, men har ikke lykkes i å finne en tilfredsstillende løsning.

Helsedirektoratet anbefaler derfor igjen å gjennomføre to spørreundersøkelser blant utvalgte ansatte i både kommunene og spesialisthelsetjenesten, for eksempel i 2027 eller 2028.

Hovedindikatorene for resultatmålene

Resultatmål 1

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

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

Indikator	Datagrunnlag	Referanseår	Verdi referanseår (2014)	Verdi 2023	Verdi 2025
Selvrapportert depresjon blant ungdom i ungdomsskole og videregående skole	Ungdata (FHI)	2014	6,72	7,69	7,35
Selvrapportert angst blant ungdom i ungdomsskole og videregående skole	Ungdata (FHI)	2014	2,16	3,25	3,14

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

Resultatmål 2

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

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

Indikator	Datagrunnlag	Verdi på indikator baseline år	Verdi på indikator 2024	Verdi på indikator 2025
Andel unge (18-29 år) med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse	Nav/SSB	1,2 prosent	1,3 prosent	1,3 prosent
Andel unge menn (18-29 år) med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse	Nav/SSB	1,4 prosent	1,4 prosent	1,4 prosent
Andel unge kvinner (18-29 år) med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse	Nav/SSB	1,1 prosent	1,1 prosent	1,1 prosent

Supplerende informasjon:

- Herav andel unge menn/kvinner (18-29 år) med uføretrygd og primærdiagnose utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser eller adferdsforstyrrelser.
- Herav andel unge (18-29 år) med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse og varig tilrettelagt arbeid (VTA).
- Regionale utviklingstrekk i perioden 2016-2025 for andel unge (18-29 år) med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse.

Datakilde er Navs datavarehus og diagnosedatabase for antall mottakere av uføretrygd ved utgangen av årene 2023-2025. Befolkningstall er hentet fra SSB.

Resultatmål 3

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

Hovedindikator: Kommuner/bydeler med tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH) og/eller andre lavterskeltilbud rettet mot målgrupper innen psykisk helsearbeid eller rusarbeid.

Indikator[1)]	Datagrunnlag	Verdi på indikator baseline år 2024	Verdi på indikator 2025
Antall kommuner/bydeler med tilbud om RPH og/eller andre lavterskeltilbud	IS 24/8	262	287
Andel kommuner/bydeler med tilbud om RPH og/eller andre lavterskeltilbud	IS 24/8	76 %	85 %
Andel innbyggere som bor i kommuner/bydeler med tilbud om RPH og/eller andre lavterskeltilbud	IS 24/8 /SSB	92 %	93 %

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

Tilleggsindikator:	Datagrunnlag	Verdi på indikator baseline år 2024	Verdi på indikator 2025
Antall kommuner/bydeler med tilbud om RPH	IS 24/8	109	130
Andel kommuner/bydeler med tilbud om RPH	IS 24/8	31 %	38 %
Andel innbyggere som bor i kommuner/bydeler med tilbud om RPH	IS 24/8 /SSB	66 %	70 %

Supplerende informasjon:

- regionale forskjeller og andre lavterskeltilbud innen psykisk helsearbeid, rusarbeid og rettet mot barn/unge

Datakilden er kartleggingen IS 24/8 som SINTEF utfører på oppdrag for Helsedirektoratet. Dette er en kartlegging av status og utvikling i kommunenes psykisk helse- og rusarbeid. Fra og med 2024 skilles det mellom lavterskeltilbud rettet mot hver av målgruppene innen hhv. psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene. Antall og andel med tilbud omfatter både kommuner/bydeler som har eget tilbud, tilbud gjennom interkommunalt samarbeid eller kjøp fra andre kommuner. I spørsmålene om andre lavterskeltilbud (utenom RPH) presiseres det at lavterskeltilbud innebærer tilbud/tjenester som gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandling. Vi har ikke grunnlag for å si i hvilken grad tilbudene er kunnskapsbaserte. Befolkningstall per 1.1. i rapporteringsåret er hentet fra SSB.

Resultatmål 4

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

Hovedindikator: Andel kommuner som oppgir at de har etablert en samarbeidsmodell med psykisk helsevern (PHBU) for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Indikator	Datagrunnlag	År for baseline/ referanseår	Verdi på indikator baseline år
Andel kommuner som oppgir at de har etablert en samarbeidsmodell med PHBU for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten	IS-24/8	2025	41%

Supplerende indikatorer:

- Andel kommuner som enten oppgir å ikke ha eller ikke oppgir å ha har hverken samarbeidsmodell, faste samarbeidsmøter med PHBU eller fagsamarbeid i helsefellesskap om barn og unge (35%)
- Kvalitative beskrivelser av praksis og erfaringer

Datakilder for årets rapportering er kommunenes egen rapportering i IS-24/8 for 2025, samt kvalitative intervjuer med ledere i PHBU.

Resultatmål 5

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

Hovedindikator: Gjennomsnittlig ventetid til PHV, PHBU og TSB i 2025.

Indikator	Datagrunnlag	År for baseline/ referanseår	Verdi på indikator baseline år
Gjennomsnittlig ventetid til PHV	FHI/NPR	2025	46
Gjennomsnittlig ventetid til PHBU	FHI/NPR	2025	41
Gjennomsnittlig ventetid til TSB.	FHI/NPR	2025	26

Supplerende indikatorer:

- Årlig median og interkvartiler for ordinær og intern ventetid i PHV, PHBU og TSB for perioden 2019-2025, samt for ulike pasientgrupper, presentert både nasjonalt og for helseregionene

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

Resultatmål 6

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

Hovedindikator: Døgnplasser i psykisk helsevern

Indikator	Datagrunnlag	År for baseline/ referanseår	Verdi på indikator baseline år	Verdi på indikator 2025
Antall døgnplasser psykisk helsevern for voksne (PHV)	SSB	2023	3 303	3 267
Antall døgnplasser psykisk helsevern for voksne per 10 000 innbygger (rate)	SSB	2023	7,4	7,2
Antall døgnplasser psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)	SSB	2023	333	333
Antall døgnplasser psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbygger (rate)	SSB	2023	3,0	3,0

Supplerende indikatorer:

- Antall innleggelser i psykisk helsevern
- Andel ø-hjelp innleggelser i psykisk helsevern (prosentandel)
- Varighet av døgnopphold (median)
- Pasientenes kontakt med ulike tjenester etter utskrivning fra døgnopphold i psykisk helsevern (prosentandel pasienter i kontakt med tjenester som nytt døgnopphold i PHV, polikliniske tjenester i PHV, fastlege, legevakt og ambulante og integrerte tjenester som ACT-/FACT team 30 dager etter utskrivning)

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

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

Resultatmål 7

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

Hovedindikator: Estimert levealder for kvinner og menn med alvorlig psykisk lidelse (schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon) eller rusproblematikk og den generelle befolkningen

Indikator	Datagrunnlag	År for baseline/ referanseår	Verdi på indikator baseline år (95% konf.int)
Forventet levealder for menn med alvorlig psykisk lidelse	FHI/SSB	2023	68,5 (67,9-68,8)
Forventet levealder for kvinner med alvorlig psykisk lidelse	FHI/SSB	2023	74,7 (74,4-75,2)
Forventet levealder for menn med rusproblematikk	FHI/SSB	2023	67,0 (66,7-68,6)
Forventet levealder for kvinner med rusproblematikk	FHI/SSB	2023	72,9 (72,1-76,7)
Forventet levealder for menn	FHI/SSB	2023	81,5 (81,4-81,5)
Forventet levealder for kvinner	FHI/SSB	2023	84,4 (84,3-84,4)

Supplerende informasjon:

- Regionale resultat for menn og kvinner med alvorlig psykisk lidelse - 2023
- Regionale resultat for menn og kvinner med rusmiddelproblem - 2023

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

Innledning

Opptrappingsplan for psykisk helse ble vedtatt i 2023 og gjelder for perioden 2023–2033. Målet er at flere skal ha god psykisk helse og livskvalitet, og at personer som trenger hjelp, skal få god og lett tilgjengelig psykisk helsehjelp.

Planen omfatter rundt 100 tiltak på tvers av sektorer. Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere arbeidet og følge utviklingen. For å måle framdrift og måloppnåelse er det fastsatt åtte resultatmål som dekker planens innsatsområder.

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

I 2025 ble den første rapporten om utvikling og status for resultatmålene publisert. Den beskrev situasjonen ved oppstarten av opptrappingsplanen i 2023, og der det var mulig også utviklingen før dette.

Årets rapport viser utviklingen fra 2023 til 2024/2025. For noen indikatorer mangler fortsatt tall for 2025, og derfor varierer det om siste tilgjengelige data er fra 2024 eller 2025.

Flere av resultatmålene trenger justeringer og videreutvikling av indikatorer og datakilder i løpet av planperioden. Noen mål vil heller ikke ha oppdaterte data hvert år. I år er det gjort endringer for flere mål, blant annet for lavterskeltilbud i kommunene (RM3) og ventetider (RM5).

For RM8 om helsepersonell er datagrunnlaget fortsatt for svakt til å si noe godt om tidsbruk og faglig utvikling. Helsedirektoratet mener dette best kan belyses gjennom

spørreundersøkelser blant helsepersonell i kommuner og spesialisthelsetjenesten, og anbefaler to slike undersøkelser før 2033/34.

Arbeidet med rapporten bygger på samarbeid med flere aktører. Folkehelseinstituttet har bidratt til mål om psykiske plager (RM1) og levealder (RM7), og Arbeids- og velferdsdirektoratet til mål om unge uføre (RM2). Regionale helseforetak har også gitt viktige innspill. Helsedirektoratet ønsker å takke alle for gode bidrag.

Resultatmål 1: Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent.

1.1 Oppsummering

Ungdom rapporterte stadig mer psykiske plager knyttet til depresjon og angst fra referanseåret 2014 til rundt 2023. Etter det tyder tallene på en mulig nedgang.

Jenter rapporterer generelt flere plager enn gutter, men begge kjønn viser tegn til reduksjon den siste tiden.

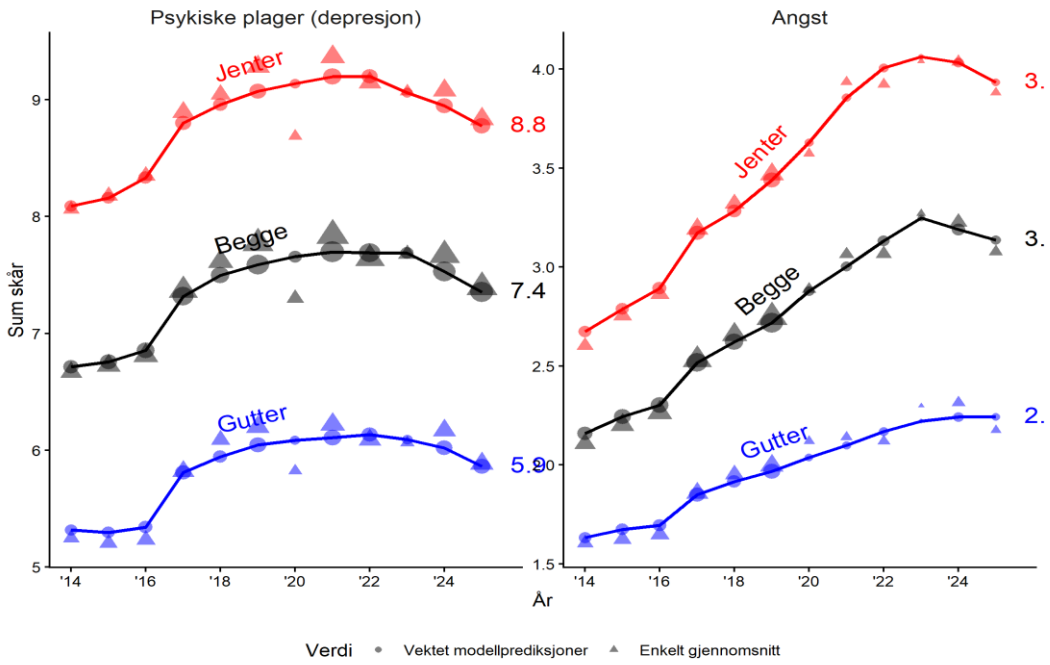
Utviklingen er ganske lik på tvers av sosial bakgrunn, bosted og skoletrinn, men det ser ut til å være stabile forskjellig mellom gruppene

1.2 Utvikling i selvrapporterte psykiske plager

Analysene som ligger til grunn for dette kapitlet er gjennomført av FHI, se vedlegg A. I det følgende gis det en kortfattet beskrivelse av den analysen som er gjennomført og dets hovedresultater, hvor det legges vekt på utviklingen fra 2023 til 2025. Datakilden er Ungdata, samt at det suppleres med data fra Norsk pasientregister (NPR). I analysen tas det utgangspunkt i spørsmålsbolker i Ungdata som tolkes i retning av psykiske plager ("depresjon") og spørsmål som tolkes i retning av "angst" for ungdom. I det følgende bruker vi her hhv depresjon og angst når vi angir de to gruppene som er analysert. I analysenotatet til FHI beskrives dette mer utdypende og presist.

Analysen til FHI viser at det fra 2023 til 2025 var samlet en nedgang i selvrapporterte psykiske plager (depresjon) for ungdom fra 7,7 til 7,4, en reduksjon på 4,3 prosent, se figur 1.1. Når det gjelder for angst sank skåren fra 3,2 i 2023 til 3,1 i 2025, en nedgang på 3,5 prosent.

Utviklingen i perioden 2023-2025 var ganske lik for jenter og gutter, med unntak av for angst, hvor gutters selvrapporterte skår var omtrent uendret i denne perioden. Jenter rapporterer som vist i figur 1.1 høyere verdier enn gutter for både depresjon og angst i begge år.



Figur 1.1: Utvikling av selvrapporterte psykiske plager (depresjon) og angst over tid, etter kjønn [2] Kilde: FHI.

FHI har videre analysert om utvikling og nivå for depresjon og angst er forskjellig utfra selvrapportert sosioøkonomisk status, skolekommunenes sentralitet og hvilket trinn ungdommen går i. Resultatene viser at utviklingen over tid er ganske lik mellom underkategoriene for de tre nevnte temaene, men at nivået er rimelig stabilt forskjellig over tid. For de fleste underkategorier i de tre temaene har utviklingen fra 2014 først vært et økende nivå frem til 2020-23 på selvrapporterte plager knyttet til depresjon, med en etterfølgende reduksjon frem mot 2025. Når det gjelder for selvrapporterte plager knyttet til angst økte nivået noe lengre, frem mot 2023-24, før det er antydning til lavere nivå.

Ungdom som har lavest selvrapportert sosioøkonomisk status har det høyeste nivået på selvrapporterte psykiske plager, både depresjon og angst, i hele perioden 2014 til 2025. Forskjellene mellom underkategoriene er mindre for angst enn for depresjon, og det kan påpekes at det ikke er testet om forskjellene er signifikante.

Når det skilles mellom grad av sentralitet for skolekommunen er det kommuner med sentralitetsgrad 1 (de mest sentrale) som har høyest skår på selvrapporterte psykiske plager, både depresjon og angst. De med lavest sentralitetsgrad fremkommer med lavest skår, men også her er det spørsmål om forskjellene er signifikante.

Det er til sist analysert forskjeller i selvrapporterte psykiske plager etter hvilket trinn ungdommen går i. Igjen er det et ganske likt utviklingsbilde med relativt stabile

[2] Størrelsen på punktene indikerer antall ungdommer som har besvart spørsmålene. Merk de ulike skalaene på y-aksen fordi sum-skårene for psykiske plager (depresjon) er høyere fordi de beregnes ut fra 6 svar, mens skår for angst beregnes ut fra 3 svar.

forskjeller. De som går i 8ende trinn skårer lavest og de i trinn 3 på videregående skårer høyest, både når det gjelder depresjon og angst.

FHI har også i år sett på utviklingstall for diagnoser i psykisk helsevern basert på data fra Norsk pasientregister (NPR). FHI peker på at " Når man ser selvrapporterte plager og kliniske diagnoser i sammenheng, får man bedre mulighet til å vurdere om endringer i selvrapporterte plager gjenspeiler en reell økning eller reduksjon i psykiske plager – eller om de heller skyldes endringer i hvordan folk forstår, snakker om eller rapporterer sine symptomer." Det er tatt ut data for depresjon, angst og ADHD ut fra registrerte ICD-10 koder i NPR. FHI finner at det i perioden 2020 til 2025 var en utvikling preget av enkelte svingninger. "For både angst og depresjon var det en økning fra 2020 til 2021, men etter dette har forekomsten av depresjon sunket hvert år frem til 2025. Angsttilfeller nådde en topp i 2022, etterfulgt av en nedgang i 2023 og 2024, før tallene igjen viste en liten økning i 2025."

Resultatmål 2: Unge som blir uføre på bakgrunn av psykiske plager og lidelser

2.1 Oppsummering

Vi følger utviklingen i unge uføre med psykiske plager og lidelser ved å se på kvinner og menn i alderen 18–29 år som mottar uføretrygd på grunn av milde eller moderate psykiske lidelser.

I 2025 utgjorde denne gruppen 1,3 prosent av befolkningen, tilsvarende om lag 10 850 personer. I 2023 var andelen 1,2 prosent. Antallet mottakere økte dermed med rundt 600 personer. Veksten henger særlig sammen med flere barn og unge med utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser eller adferdsforstyrrelser.

Økningen blant unge menn henger spesielt sammen med uførhet på grunn av disse tilstandene. En større andel unge menn (1,4 prosent) enn unge kvinner (1,1 prosent) mottar uføretrygd. Andelen er også høyere i Midt-Norge enn i Vest.

Flere forhold kan bidra til utviklingen, blant annet helse, sosiale relasjoner, utfordringer i skolen eller en kombinasjon av disse. For å redusere tilgangen av nye unge uføre må innsatsen rettes inn mot barne- og ungdomstiden.

2.2 Innledning

Det er viktig for både samfunn og individ å la de unge få anledning til å bidra i arbeidslivet. Både med bakgrunn i det faktum at vi har en aldrende befolkning hvor andelen yrkesaktive stadig reduseres, men også for å gi de unge en tilværelse med meningsfulle oppgaver til nytte for fellesskapet. Statistikken viser at det blir flere unge personer som mottar uføretrygd. I løpet av de siste årene har antall unge mottakere av uføretrygd (18-29 år) økt. Ved utgangen av desember 2025 var det om lag 22 200 uføre personer i denne aldersgruppen, og det vil si 2,7 prosent av befolkningen i samme aldersgruppe. Sammenliknet med for 10 år siden, har andelen unge uføretrygdede økt med 1,1 prosentpoeng (9 000 personer)[3]. Om lag 70 prosent av alle unge uføre har primærdiagnose Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99). I opptrappings-planen for psykisk helse rettes oppmerksomheten mot uføre med psykiske plager og lidelser med mål om å utforme tiltak som kan bidra til å forebygge ytterligere vekst [4]. I den forbindelse vil vi fokusere på personer med primærdiagnose i kategorien moderate og/eller milde psykiske lidelser som utgjør i underkant av halvparten av alle unge uføre i 2025 (tabell 2.1).

[3] Uføretrygd - statistikknotis - nav.no
[4] Meld. St. 23 (2022–2023) - regjeringen.no

2.2 Datagrunnlag

NAVs datavarehus og diagnosedatabase er datakilder for antall mottakere av uføretrygd. Primærdiagnose er det medisinske grunnlaget for innvilgelsen av uføretrygd og er nødvendig informasjon for å kunne identifisere populasjonen som belyser utviklingen for resultatmålet. Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir) har besørget registrering av primærdiagnose i NAVs database til og med desember 2025 for unge uføre. AVdir har laget et uttrekk av antall mottakere av uføretrygd ved utgangen av året 2025 for aldersgruppen 18-29 år fordelt på kjønn og bostedsregion. Videre er vedtak om varig tilrettelagt arbeid fordelt etter bostedsregion for de unge uføre.

Tilstrømningen er rapportert i form av nye uføretrygdede som ikke hadde vedtak om uføretrygd i forrige måned. Dette er en betydelig mindre gruppe og kan følgelig ikke stratifiseres på samme vis som beholdningen (prevalens). Vi ønsker en ytterligere overordnet beskrivelse av tilgang (insidens) og avgang (døde/eldre enn 29 år) fra populasjonen og har en dialog med AVdir om dette.

Datagrunnlaget som ligger til grunn for å belyse utviklingen i resultatmålet er unge mottakere av uføretrygd med primærdiagnose basert på ICD10 - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99) kategorisert i henhold til tabell 2.1.

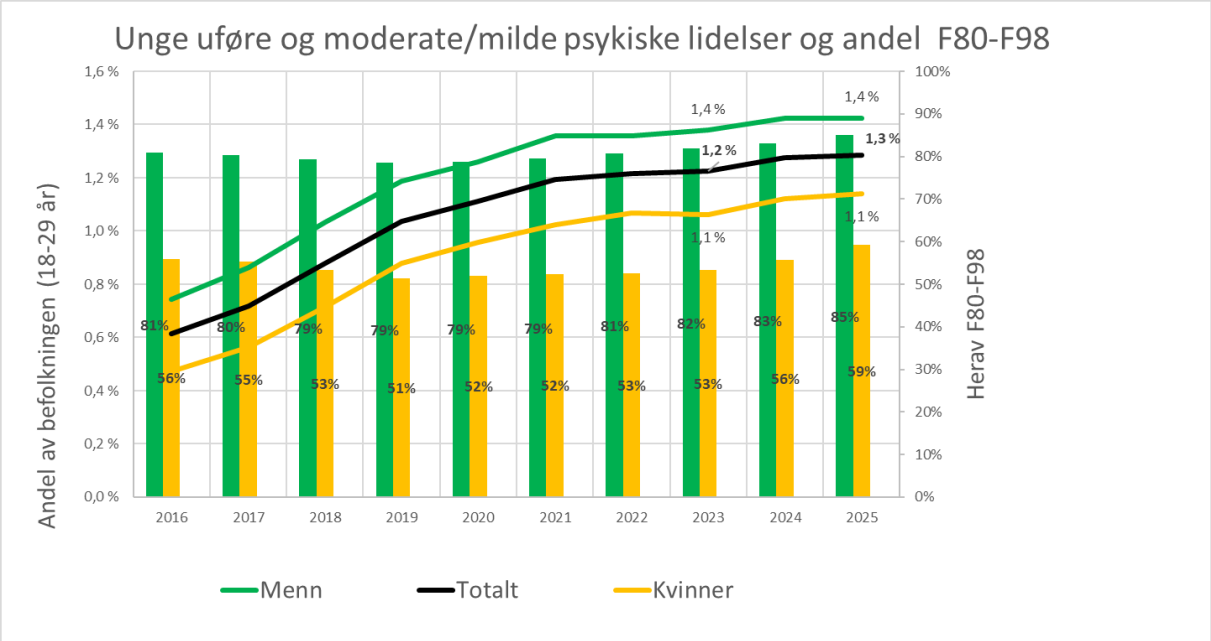
Tabell 2.1 Antall unge uføre etter grupper av tildelt primærdiagnose fra ICD10 - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99).

Diagnostisk kategori (ICD 10)	**Antall unge uføre**			
	2016 (%)	**2023 (%)**	**2024 (%)**	**2025 (%)**
Alvorlig psykisk lidelse eller psykisk utviklingshemming (F20-F29, F30-F31, F70-F79)	4 200 (29%)	4 750 (22%)	4 700 (21 %)	4 550 (20 %)
Moderate/milde psykiske lidelser (F00-F19, F32-F69, F80-F98, F99)	5 150 (36%)	10 250 (47%)	10 750 (48 %)	10 850 (49 %)
Utviklingsforstyrrelser, ADHD eller adferdsforstyrrelser (F80-F98)	3 700 (26%)	7 150 (33%)	7 650 (34 %)	8 000 (36 %)

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

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

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



Figur 2.1 Andel personer i aldersgruppen 18-29 år med primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse som grunnlag for uføretrygd og herav andel med primærdiagnose ICD F80-F98. Menn og kvinner. Kilde: NAV/SSB.

Andel unge som er mottakere av uføretrygd har økt i perioden 2016 til 2025. Andel unge menn med uføretrygd ligger høyere enn andel unge kvinner gjennom hele perioden. Veksten har imidlertid avtatt de siste årene og andel unge med uføretrygd flatet ut fra og med 2020. Når vi tar hensyn til befolkningsutviklingen utgjorde endringen siden 2023 om lag 5 prosent og kun 1 % siste år.

Omfanget av unge uføre med primærdiagnose i kategorien utviklingsforstyrrelser, hyperkinetisk eller adferdsforstyrrelser utgjorde 85 prosent av unge menn, mens om lag 59 prosent av de unge kvinnene hadde primærdiagnose fra denne kategorien i 2025. Andelen økte de siste årene for begge kjønn. Økningen i antall unge menn med uføretrygd i denne perioden er dermed knyttet til primærdiagnoser i denne kategorien. Mer om de mest brukte enkeltdiagnosene finnes i statistikknotat hos NAV [5]. Mens menn

[5] De vanligste diagnosene blant unge uføre - nav.no

utgjør en større andel av unge uføre i aldersgruppen 18-24 år, er det liten kjønnsforskjell for aldersgruppen 25-29 år [6].

Forskning på området antyder at hovedansvaret for den økte tilstrømningen av unge uføre bør plasseres innen oppvekst og utdanning. Når utdanningen i grunnskoleløpet ikke resulterer i tilstrekkelig kompetanse, vil gjennomføring av videregående opplæring og etablering av arbeidsforhold være vanskelig. En betydelig andel av de unge uføre har ikke fullført videregående utdanning og dette peker i retning av at dårligere resultater fra utdanningssystemet gjør de i mindre grad kvalifisert for arbeid heller enn at arbeidslivet er blitt mer krevende [7].

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

God kompetanse og kunnskap blant barn og unge er en god forberedelse til det videre liv. I den sammenhengen er skolearenaen sentral med hensyn til å sikre at alle barn og unge oppnår en grunnleggende kjernekompetanse og ferdigheter etter 10-årig grunnskoleløp. Særlig gjelder dette barn og unge som ikke er i stand til å motta ordinær klasseundervisning. Det kan dreie seg om utfordringer som i større grad opptrer for gutter født sent på året og som kan være mer umodne sammenlignet med elevene født tidlig på året [8]. Det er også påvist geografiske forskjeller i diagnostikk av f.eks. ADHD som ikke kan forklares ved ulike underliggende behov i barn og unge populasjonen [9]. Barn som ikke har eller som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning [10] [11]. Dersom eleven skal få innvilget retten til spesialundervisning kreves ofte en utredning og diagnostikk i spesialisthelsetjenesten for å underbygge behovet for ressursbruk som kan utløses når vedtak er fattet av kommunen. Diagnostikk av utviklingsforstyrrelser, ADHD eller adferdsforstyrrelser har økt når vi ser på forekomsten av pasienter utredet i psykisk helsevern (kapittel 2.5). Denne gruppen utgjør en stor andel av unge uføre vi anser som målgruppe for dette resultatmålet (figur 2.1).

---

[6] Diagnoser uføretrygd - nav.no
[7] Unge uføre og veien til uføretrygd
[8] Relative Age and Psychotropic Drug Use in Preterm and Term-Born Children and Young Adults | Pediatrics | American Academy of Pediatrics
[9] Diagnostikk av hyperkinetisk forstyrrelse hos barn i Norge | Tidsskrift for Den norske legeforening
[10] LOV-1998-07-17-61 §5
[11] LOV-2023-06-09-30 §11

I den nye opplæringsloven erstattes spesialundervisning med individuelt tilrettelagt opplæring, men det er trolig av større betydning hvordan det individuelle tilbudet innrettes, i hvilken grad man vurderer den enkelte elevs potensiale fortløpende og evaluerer effekten av den tilrettelagte opplæringen som er anvendt [12]. Det er behov for å tilgjengeliggjøre fremgangsmåter, pedagogiske teknikker og verktøy i undervisningstilbudet som kan bidra til å øke kompetansen for denne elevgruppen.

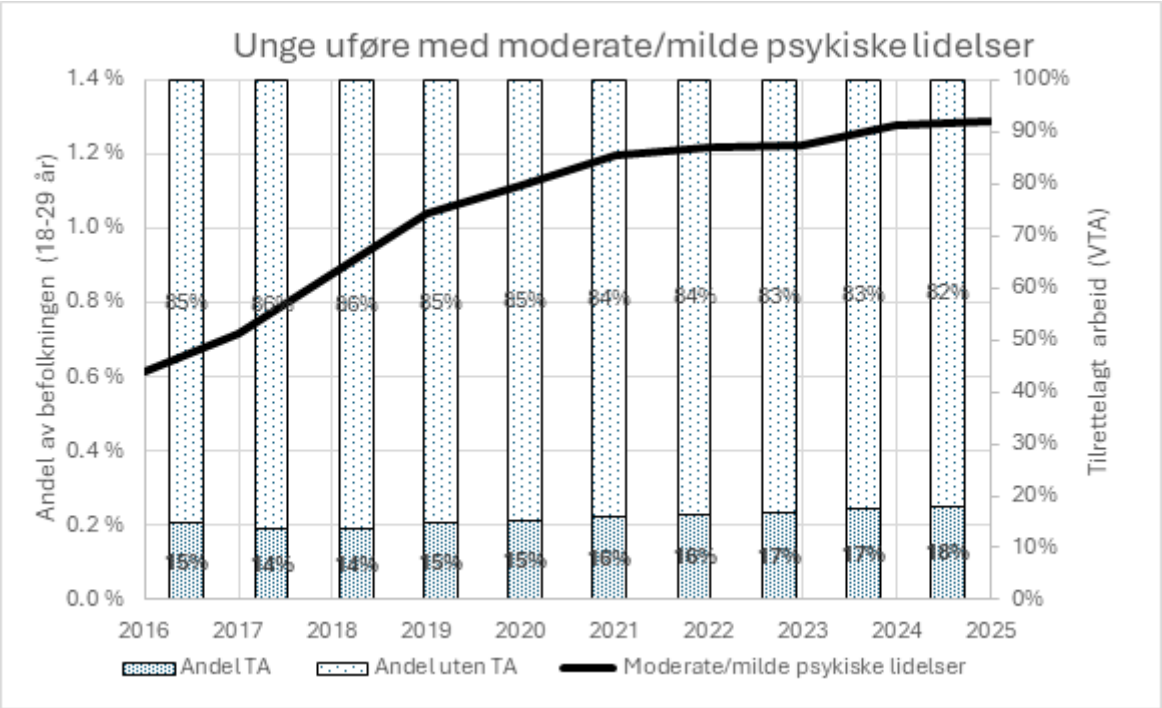
2.4 Varig tilrettelagt arbeid for unge uføre

Varig tilrettelagt arbeid er et tiltak som skal opprettholde og utvikle personlige ferdigheter hos unge gjennom arbeid med produksjon av varer og tjenester. Ansettelsesforholdet vil være basert på en arbeidskontrakt og rettigheter i henhold til arbeidsmiljøloven. Virksomhetene har ansvar for instruksjon og kvalifisering av arbeidstakerne.

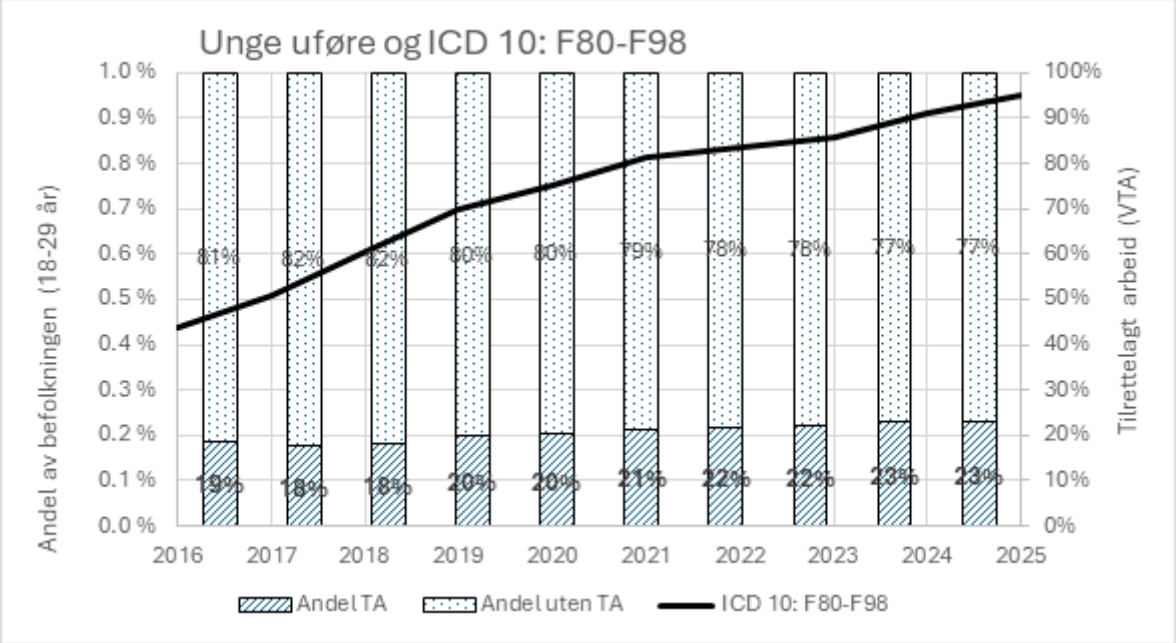
De unge vil gjennom tiltaket møte andre arbeidstakere på arbeidsplassen, få sosial trening, ha en meningsfull hverdag og oppøve kompetanse innen virksomhetens næring. Erfaringer fra tiltaket kan være inngang til et ordinært arbeidsforhold.

Blant de unge uføre med moderate/milde psykisk lidelser hadde 18 prosent varig tilrettelagt arbeid i 2025. Blant de unge uføre med utviklingsforstyrrelser, hyperkinetisk- eller adferdsforstyrrelser var andelen 23 prosent i 2025 og andelen hadde økt med 4 prosentpoeng siden 2019.

[12] Tilpasset opplæring og individuell tilrettelegging i ny opplæringslov | udir.no

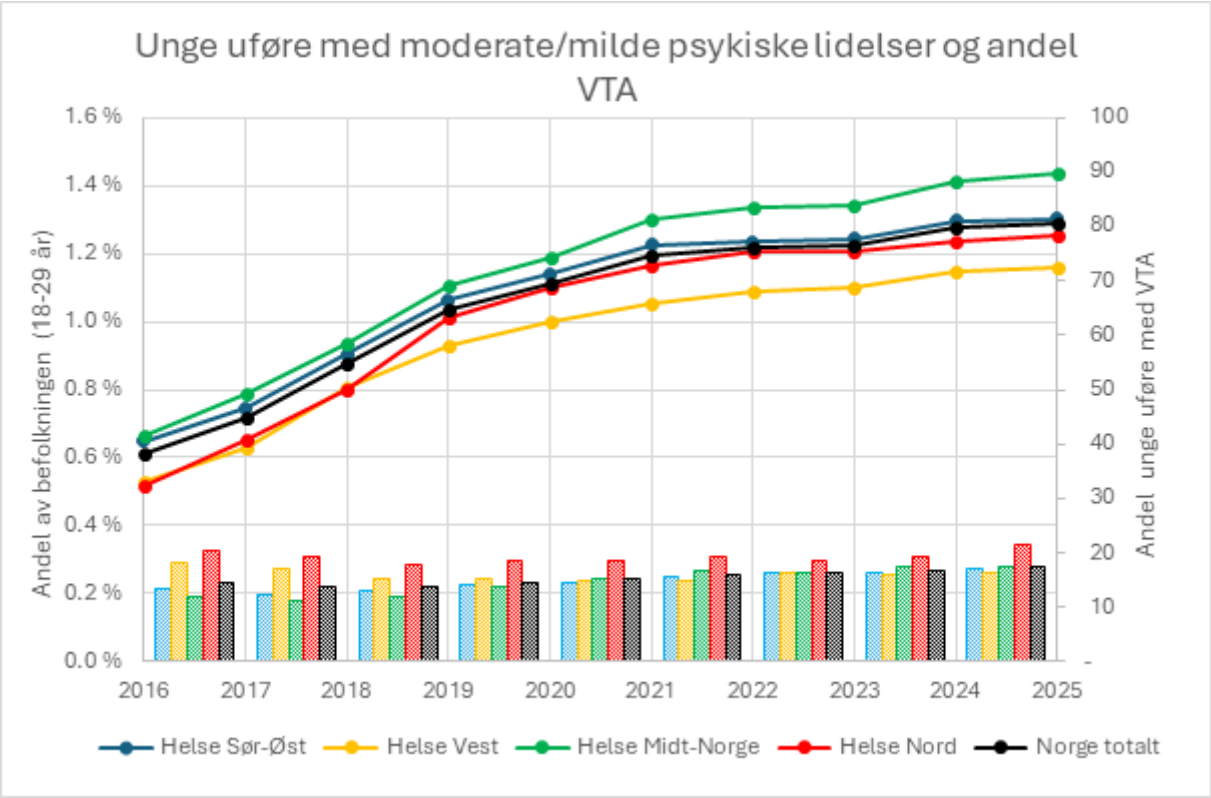


Figur 2.2 Andel personer i aldersgruppen 18-29 år med primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse som grunnlag for uføretrygd. Andel personer med/uten tilrettelagt arbeid. Kilde: NAV/SSB.



Figur 2.3 Andel personer i aldersgruppen 18-29 år med primærdiagnose ICD 10 F80-F98 som grunnlag for uføretrygd. Andel personer med/uten tilrettelagt arbeid. Kilde: NAV/SSB.

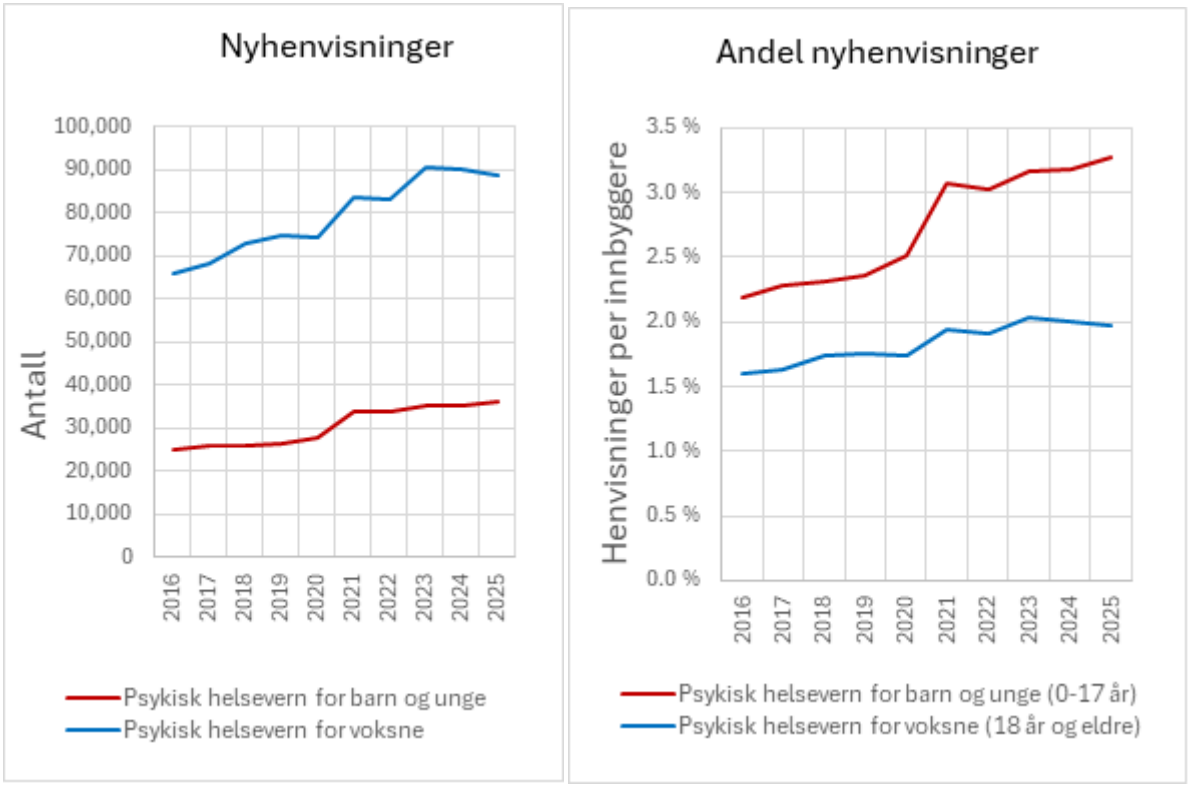
Regionale forskjeller i andel unge uføre i befolkningen og herav andel med varig tilrettelagt arbeid er presentert i figur 2.4.



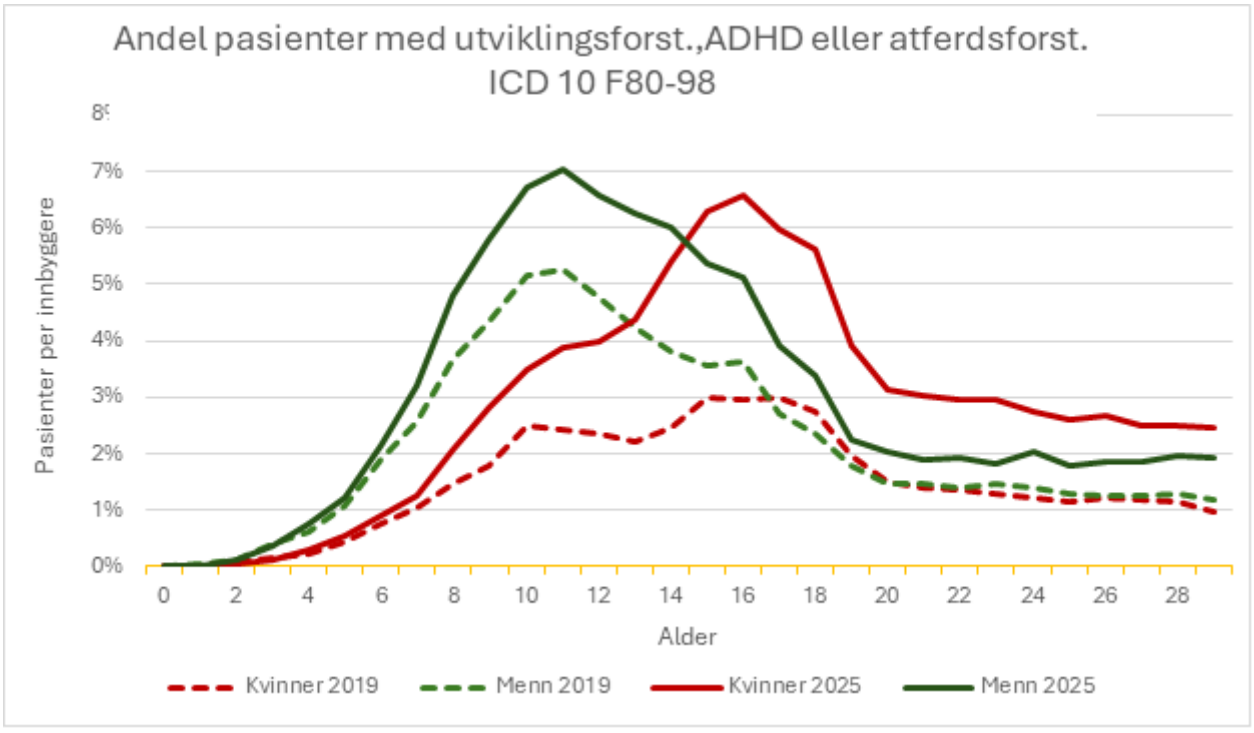
Figur 2.4 Andel personer i aldersgruppen 18-29 år med primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse som grunnlag for uføretrygd. Andel personer med varig tilrettelagt arbeid. Kilde: NAV/SSB.

2.5 Noen bakenforliggende mekanismer

Det vil være flere mekanismer som kan ha bidratt til flere unge mennesker med vedtak om uføretrygd hvor psykiske lidelser er angitt som primærdiagnose. Tilstrømningen til psykisk helsevern i løpet av perioden 2016-2025 er vist i figur 2.5. I løpet av de siste årene økte antall nyhenvisninger til psykisk helsevern og en særlig tydelig endring oppstod i kjølvannet av pandemien. For psykisk helsevern for voksne hadde tilstrømningen stabilisert seg de siste årene, mens for psykisk helsevern for barn og unge vedvarte økningen. Videre har forekomsten av ulike pasientgrupper økt. Figur 2.6 viser prevalens etter alder for utviklingsforstyrrelser, ADHD og adferdsforstyrrelser (ICD 10: F80-F98).



Figur 2.5 Nyhenvisninger til psykisk helsevern. Antall nyhenviste (venstre figur) og nyhenviste per innbyggere (høyre figur). Kilde: FHI/SSB.



Figur 2.6 Prevalens av barn og unge utredet i psykisk helsevern med tilstandene utviklingsforstyrrelse, ADHD eller adferdsforstyrrelser i 2019 og 2025 Kilde: FHI/SSB.

Etter pandemien har flere barn og unge fått utredning i psykisk helsevern og forekomsten av barn og unge med ADHD/adferdsforstyrrelser og/eller utviklingsforstyrrelser har økt (figur 2.6). Flere henvisninger til psykisk helsevern og høyere prevalenstall av utviklingsforstyrrelser, ADHD og adferdsforstyrrelser er kun et overordnet bilde på tilstrømning og utredning i psykisk helsevern. Det er en indikasjon på en samfunnsutvikling som også berører andre sektorer enn helsesektoren. Utredning i psykisk helsevern utløser rettigheter for individet og kreves både ved etablering av vedtak om tilrettelagt opplæring for barn og unge og ved innvilgelse av uføretrygd for unge voksne.

Resultatmål 3: Tilgang på lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene

3.1 Oppsummering

I 2025 hadde totalt 85 prosent av rapporterende kommuner/bydeler minst en type lavterskeltilbud tilgjengelig for sine innbyggere, enten i form av Rask psykisk helsehjelp (RPH) og/eller andre lavterskeltilbud rettet mot målgrupper for psykisk helsearbeid eller rusarbeid. Til sammen bodde 93 prosent av befolkningen i alderen 16 år og eldre i en kommune/bydel med lavterskeltilbud.

I 2025 hadde nær 4 av 10 kommuner/bydeler etablert Rask psykisk helsehjelp (RPH), enten som eget tilbud eller i interkommunalt samarbeid. Til sammen bodde 7 av 10 innbyggere i alderen 16 år og eldre i en kommune/bydel med RPH. Dette er noe høyere enn i 2024 og 2023. Det har også vært en økning i andelen av kommuner/bydeler, og andelen av befolkningen, med andre tilgjengelige lavterskeltilbud enn RPH.

I 2025 oppga 72 prosent av kommunene/bydelene at de har en lavterskel psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (utenom fastlege og helsestasjon- og skolehelsetjeneste). Omtrent 9 av 10 barn og unge i alderen 0-25 år i bodde i en kommune med et slikt tilbud.

Andelen av befolkningen som bor i en kommune med lavterskeltilbud er gjennomgående høyere i Sør-Øst og Vest enn i Midt-Norge og Nord.

3.2 Om datagrunnlaget

IS-24/8-kartleggingen gjennomføres av SINTEF på oppdrag for Helsedirektoratet, og resulterer i en årlig nasjonal rapport som beskriver status og utvikling i kommunenes psykisk helse- og rusarbeid.[13] Gjennom IS-24/8 spørres kommuner/bydeler om de har tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH), og om de har andre lavterskeltilbud til målgruppene for psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Kartleggingen gjennomføres på kommunenivå, og har gjennomgående god svarinngang. 2025 var første året kartleggingen ble splittet i en del som omhandlet tjenester til voksne og en del som omhandlet tjenester til barn og unge. Svarinngangen var 91 prosent for tjenester til voksne og 84 prosent for tjenester til barn og unge. Svarinngangen vil variere mellom enkeltspørsmål.

[13] Nasjonal rapport IS-24/8 2025

Oslo kommune besvarer kartleggingen på bydelsnivå, i tillegg til at Velferdsetaten leverer egen besvarelse.[14] Før 2025 besvarte også Helseetaten i Oslo kartleggingen. Totalt antall kommuner og bydeler/etater som kan rapportere var 272 i 2025 og 2023, og 273 i 2024.

Resultatene i dette kapittelet baseres på analyser av datagrunnlag fra IS-24/8 som er overlevert til Helsedirektoratet, samt resultater fra den nasjonale rapporten utarbeidet av SINTEF.

3.3 Lavterskeltilbud totalt

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et gratis kunnskapsbasert lavterskeltilbud uten krav om henvisning fra lege. Det er en modell i den kommunale helsetjenesten for behandling av innbyggere fra 16 år med angst, mild til moderat depresjon, søvnvansker og/eller begynnende rusmiddelproblemer.[15]

I spørsmålene om andre lavterskeltilbud (utover RPH) presiseres det at lavterskeltiltak innebærer tilbud/tjenester som gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandling. Det er ingen ytterligere definisjon på hva som regnes som lavterskeltilbud, og vi har ikke grunnlag for å si i hvilken grad tilbudene er kunnskapsbaserte. I 2023 ble det spurt samlet om andre tilbud enn RPH relevant for målgrupper innen psykisk helsearbeid eller rusarbeid. Fra 2024 ble spørsmålet delt i to for disse målgruppene.

Tabell 3.1 viser antall og andel kommuner/bydeler som har minst en type lavterskeltilbud tilgjengelig for sine innbyggere, enten i form av RPH og/eller andre tilbud rettet mot målgruppene for psykisk helsearbeid eller rusarbeid. I 2025 hadde 85 prosent av kommunene/bydelene minst ett type lavterskeltilbud tilgjengelig for sine innbyggere. Dette er en økning fra 76 prosent i 2024 og 60 prosent i 2023.

[14] I beregningen av andel av befolkning som bor i kommuner med lavterskeltilbud registreres befolkningen i Oslo tilhørende Marka, Sentrum og uoppgitt som at de har lavterskeltilbud. Dette skyldes muligheter for å motta lavterskeltilbud fra omkringliggende bydeler og/eller etatene som tilbyr byomfattende tjenester. Det leveres ikke egne besvarelser i IS-24/8 for Marka og Sentrum.

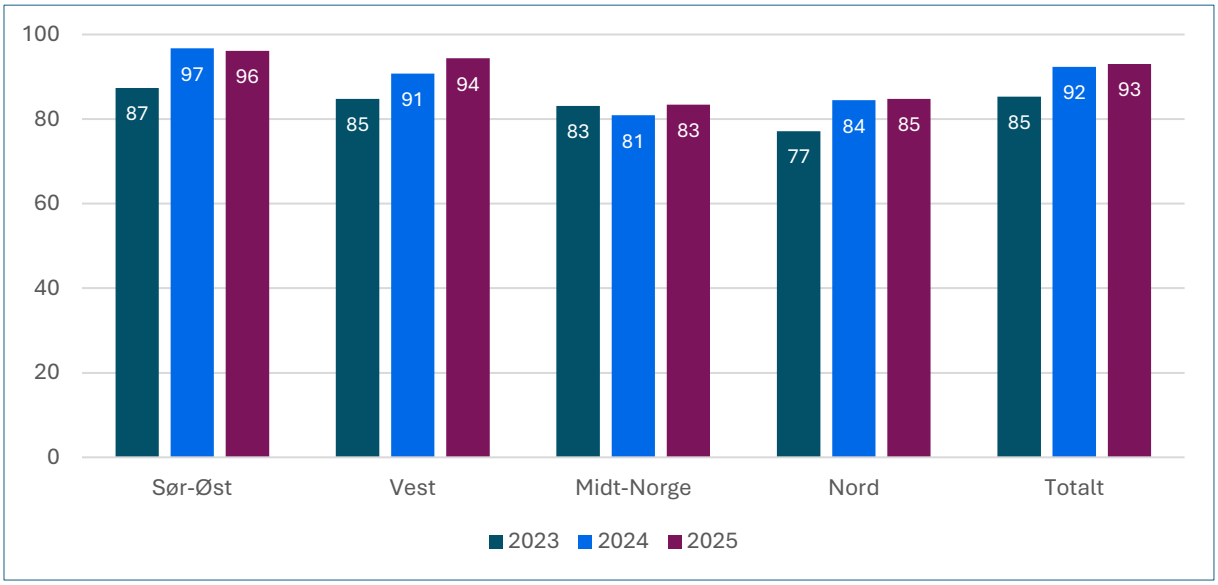
[15] Rask psykisk helsehjelp - Helsedirektoratet

Tabell 3.1 Antall og andel kommuner/bydeler som har RPH og/eller andre lavterskeltilbud som ikke er RPH rettet mot målgrupper innen psykisk helsearbeid eller rusarbeid. Dette omfatter både kommuner/bydeler som har eget tilbud, tilbud gjennom interkommunalt samarbeid eller kjøp fra andre kommuner. Ekskl. Kommuner/bydeler som ikke har svart.[16]

	2023		2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Har RPH og/eller andre lavterskeltilbud	203	60	262	76	287	85
Har ikke lavterskeltilbud	136	40	85	24	52	15
Totalt	339	100	347	100	339	100

Figur 3.1 viser at kommunene/bydelene med minst en type lavterskeltilbud dekker totalt 93 posent av befolkningen i alderen 16 år og eldre, blant kommuner som besvarte spørsmålene. Dette er omtrent samme andel som i 2024, men 8 prosentpoeng flere enn i 2023.

Andelen av befolkningen som bor i en kommune med enten RPH og/eller andre lavterskeltilbud er høyest i Sør-Øst og Vest og lavere i Midt-Norge og Nord. Bortsett fra i Midt-Norge økte andelen i alle regionene fra 2023 til 2025.



Figur 1.1 Prosentandel av befolkning per 01.01. i rapporteringsåret i alderen 16 år og eldre, som bor i en kommune/bydel med RPH og/eller andre lavterskeltilbud rettet mot målgrupper innen psykisk helsearbeid eller rusarbeid. Dette omfatter både kommuner/bydeler som har eget tilbud, tilbud gjennom interkommunalt samarbeid eller kjøp fra andre kommuner. Ekskl. befolkning i kommuner/bydeler som ikke har svart.

[16] Dersom kommunen har svart ja på minst ett tilbud, men har ubesvart på andre, inkluderes de i antallet som har tilbud. Hvis kommunen har svart nei på noen tilbud i kombinasjon med ubesvart på andre, settes de til ubesvart, og er ekskludert fra beregningen.

3.4 Rask psykisk helsehjelp (RPH)

Hver tredje kommune som besvarte spørsmålet oppga at kommunen/bydelen hadde etablert eget tilbud om RPH. Dette er en økning på 6 prosentpoeng fra 2024 og 7 prosentpoeng fra 2023. Videre hadde 5 prosent etablert RPH i interkommunalt samarbeid. Kun én kommune kjøpte tjenesten fra annen kommune. I 2025 hadde derfor 38 prosent av kommunene/bydelene RPH tilgjengelig for sine innbyggere. Til sammenligning gjaldt dette 31 prosent i 2024 og 30 prosent i 2023. Totalt rapporteres det om 442 årsverk i 2025 knyttet til RPH, noe som er en økning fra 368 årsverk i 2024.

Andelen som svarer at RPH er under planlegging har blitt redusert fra 11 prosent i 2023 til 9 prosent i 2025. Litt over halvparten av kommunene/bydelene hadde i 2025 ikke etablert RPH, og var heller ikke i gang med å planlegge dette.

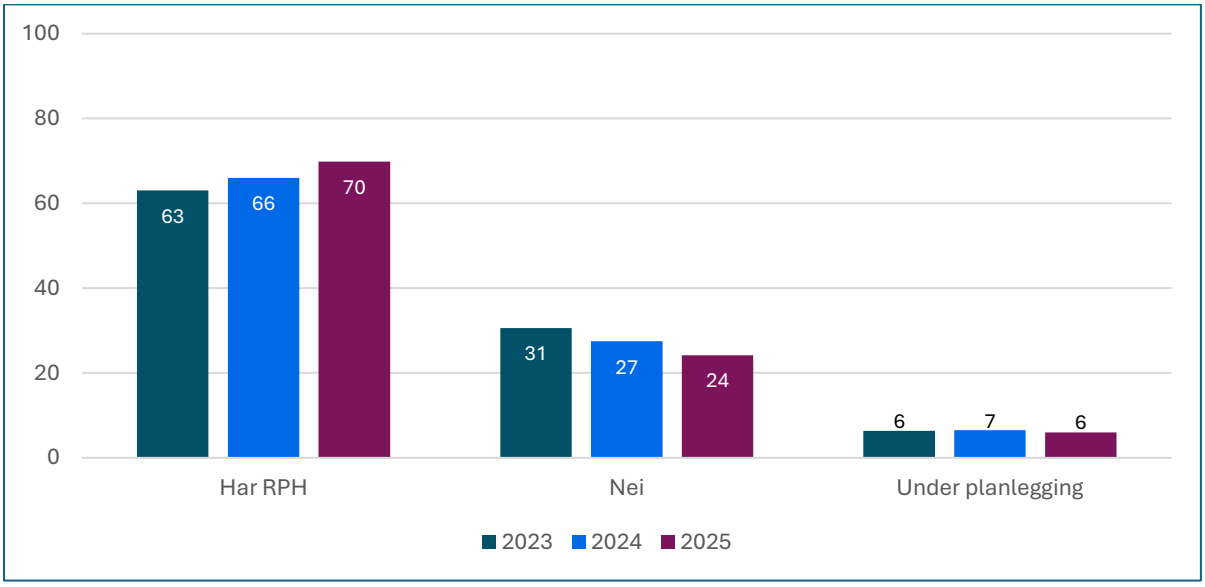
Tabell 3.2 Er det etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp i kommunen/bydelen? Prosent. Eksklusive kommuner/bydeler som ikke har svart.

		Sør-Øst (eksl. Oslo)	Bydel/etat Oslo	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
2025	Eget tilbud	33	100	33	19	30	33
	Etablert i interkommunalt samarbeid	7	0	0	5	7	5
	Kjøper tjenesten fra annen kommune	0	0	2	0	0	0
	Nei	49	0	61	71	45	52
	Under planlegging	11	0	4	5	18	9
	Antall (n)	132	16	57	63	71	339
2024	Eget tilbud	30	93	26	18	16	27
	Etablert i interkommunalt samarbeid	5	0	0	3	8	4
	Kjøper tjenesten fra annen kommune	0	0	0	0	0	0
	Nei	57	7	60	73	59	59
	Under planlegging	8	0	14	5	16	10
	Antall (n)	133	15	65	60	74	347
2023	Eget tilbud	27	93	24	19	18	26
	Etablert i interkommunalt samarbeid	4	0	0	5	7	4
	Nei	59	7	61	71	60	59
	Under planlegging	10	0	15	5	15	11
	Antall (n)	133	15	62	58	72	340

I 2025 rapporterte alle bydelene i Oslo at innbyggerne har tilgang til RPH, og 40 prosent av kommunene i øvrige deler av Sør-Øst. Andelen kommuner som rapporterte at de har RPH, enten som eget tilbud eller i interkommunalt samarbeid, var lavest i Midt-Norge (24 prosent). Dette gjaldt hele perioden fra 2023-2025.

Andelen kommuner som har RPH tilgjengelig for sine innbyggere øker etter innbyggertall. Blant kommuner med færre enn 10 000 innbyggere rapporterte 24 prosent i 2025 at de har RPH, enten som eget tilbud eller gjennom interkommunalt samarbeid eller kjøp. Av kommuner med 20 000 innbyggere eller mer (eksl. Oslo) hadde 66 prosent eget tilbud om RPH. Ingen av disse har RPH gjennom interkommunalt samarbeid eller kjøp av tjenesten.

Figur 3.2 viser fordeling av befolkningen i alderen 16 år og eldre per 01.01. i rapporteringsåret på spørsmålet om kommunen har etablert tilbud om RPH. I 2025 bodde 70 prosent av befolkningen i denne alderen i en kommune med tilbud om RPH. Dette er en økning fra 66 prosent i 2024 og 63 prosent i 2023.



Figur 3.2 Prosentandel av befolkning per 01.01. i rapporteringsåret i alderen 16 år og eldre, fordelt på spørsmålet om kommunen/bydelen har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH). Andelen som har RPH omfatter både de som har eget tilbud og RPH gjennom interkommunalt samarbeid eller kjøp fra andre. Ekskl. befolkning i kommuner/bydeler som ikke har svart. [17]

I 2025 hadde Sør-Øst og Vest høyest andel av befolkningen med tilgang til RPH, henholdsvis 73 og 74 prosent. I Midt-Norge gjaldt dette 61 prosent av befolkningen. En lavere andel av innbyggerne i Nord enn ellers i landet bodde i en kommune med tilgang til RPH, totalt 55 prosent i 2025. Dette er gjennomgående for hele perioden fra 2023 til 2025. Samtidig er det i Nord vi finner høyest andel bosatt i en kommune der RPH er under planlegging.

[17] Befolkningen i kommuner som ikke har besvart spørsmålet er ekskludert fra beregningen. Dette gjaldt 4 prosent av befolkningen i 2025, 7 prosent i 2024 og 5 prosent i 2023.

Tabell 3.3: Prosentandel av befolkning per 01.01. i rapporteringsåret i alderen 16 år og eldre, fordelt på spørsmålet om kommunen/bydelen har etablert tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH). Ekskl. befolkning i kommuner/bydeler som ikke har svart.

År		Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
2025	Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	72	74	58	49	68
	Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	1	0	3	6	1
	Kjøper tjenesten fra andre kommuner	0	0	0	0	0
	Nei	22	24	36	24	24
	Under planlegging	6	2	3	21	6
2024	Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	70	62	60	47	65
	Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	1	0	2	6	1
	Kjøper tjenesten fra andre kommuner	0	0	0	0	0
	Nei	27	25	35	27	27
	Under planlegging	3	13	3	21	7
2023	Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	63	65	62	47	62
	Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	0	0	3	3	1
	Nei	32	25	32	33	31
	Under planlegging	4	10	3	17	6

3.5 Andre lavterskeltilbud innen psykisk helsearbeid

Tabell 3.4 viser at 72 prosent av kommunene/bydelene i 2025 hadde andre tilbud enn RPH som er relevant for målgrupper innen psykisk helsearbeid. Dette er en om lag 10 prosentpoeng flere enn i 2024.

Tabell 2. 4: Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har etablert andre lavterskeltilbud enn RPH som er relevant for målgrupper innen psykisk helsearbeid. Eksklusive kommuner/bydeler som ikke har svart.

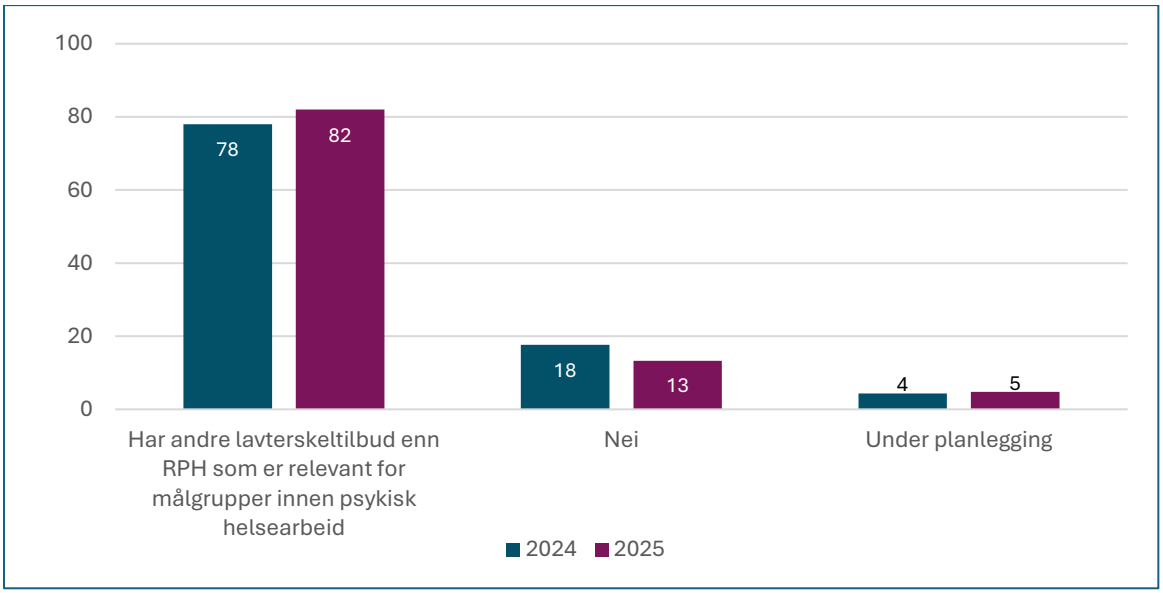
	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	207	60	235	69
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	6	2	8	2
Kjøper tjenesten fra andre kommuner	1	0	2	1
Nei	112	32	72	21
Under planlegging	21	6	22	6
Totalt	347	100	339	100

De fleste som oppga at de hadde tilbud i 2024 svarte tilsvarende i 2025, men det var også noen som hadde tilbud i 2024, men som ikke hadde dette i 2025.

I 2025 rapporterer kommunene om totalt 994 årsverk i lavterskeltilbud utenom RPH som er relevant for målgrupper innen psykisk helsearbeid, noe som er 218 flere årsverk enn i 2024.

Den nasjonale rapporten for 2025 utarbeidet av SINTEF[18] gir en oversikt over hvilke tilbud som inngår.[19] I mange tilfeller er det snakk om et lavterskeltilbud for samtaler og oppfølging (77 prosent) eller ulike aktivitetssentre, møteplasser, turgrupper og treningsgrupper (70 prosent). Det var også mange som oppga ulike kurstilbud (56 prosent) eller tilbud fra Frisklivssentraler (46 prosent). Tilbud om assistert selvhjelp ble oppgitt av 38 prosent. Det var 14 prosent som oppga andre tilbud, og herunder ble det beskrevet praktisk bistand, temakvelder for pårørende, helsestasjon, egenproduserte kurs, dagtilbud med trening, medikamenthåndtering, fontenehus og ulike mestringskurs.

Figur 3.3 viser at 82 prosent av befolkningen i 2025 i alderen 16 år og eldre bodde i en kommune med andre lavterskeltilbud enn RPH rettet mot målgrupper for psykisk helsearbeid. Dette er en økning på 4 prosentpoeng sammenlignet med 2024. Andelen i 2025 var høyest blant befolkningen i Vest (86 prosent) og lavest blant befolkningen i Nord (62 prosent). I Sør-Øst og Vest økte andelen fra 2024 til 2025.



Figur 3.3 Prosentandel av befolkning per 01.01. i rapporteringsåret i alderen 16 år og eldre, fordelt på spørsmålet om kommunen/bydelen har andre lavterskeltilbud enn RPH som er relevant for målgrupper innen psykisk helsearbeid. Andelen med tilbud omfatter både de som har eget tilbud, tilbud gjennom interkommunalt samarbeid eller kjøp fra andre. Ekskl. befolkning i kommuner/bydeler som ikke har svart[20].

[18] Nasjonal rapport IS-24/8 2025

[19] Prosentandelene med ulike tilbud er beregnet av kommuner/bydeler som har tilbud.

[20] Befolkningen i kommuner som ikke har besvart spørsmålet er ekskludert fra beregningen. Dette gjaldt 4 prosent av befolkningen i 2025 og 7 prosent av befolkningen i 2024.

Tabell 3.5: Prosentandel av befolkning per 01.01. i rapporteringsåret i alderen 16 år og eldre, fordelt på spørsmålet om kommunen/bydelen har andre lavterskeltilbud enn RPH som er relevant for målgrupper innen psykisk helsearbeid. Ekskl. befolkning i kommuner/bydeler som ikke har svart.

År		Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
2025	Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	84	86	80	62	82
	Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	0	0	0	0	0
	Kjøper tjenesten fra andre kommuner	0	0	0	0	0
	Nei	13	5	18	29	13
	Under planlegging	3	9	2	10	5
2024	Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	79	79	81	64	78
	Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	1	0	0	0	0
	Kjøper tjenesten fra andre kommuner	0	0	0	0	0
	Nei	18	18	12	25	18
	Under planlegging	3	3	7	11	4

3.6 Andre lavterskeltilbud innen rusarbeid

Tabell 3.6 viser at 60 prosent av kommunene/bydelene i 2025 hadde andre tilbud enn RPH som er relevant for målgrupper innen rusarbeid. Dette er 10 prosentpoeng flere enn i 2024.

Tabell 3.6 Antall og andel som har svart på om kommunen/bydelen har etablert andre lavterskeltilbud enn RPH som er relevant for målgrupper innen rusarbeid. Eksklusive kommuner/bydeler som ikke har svart.

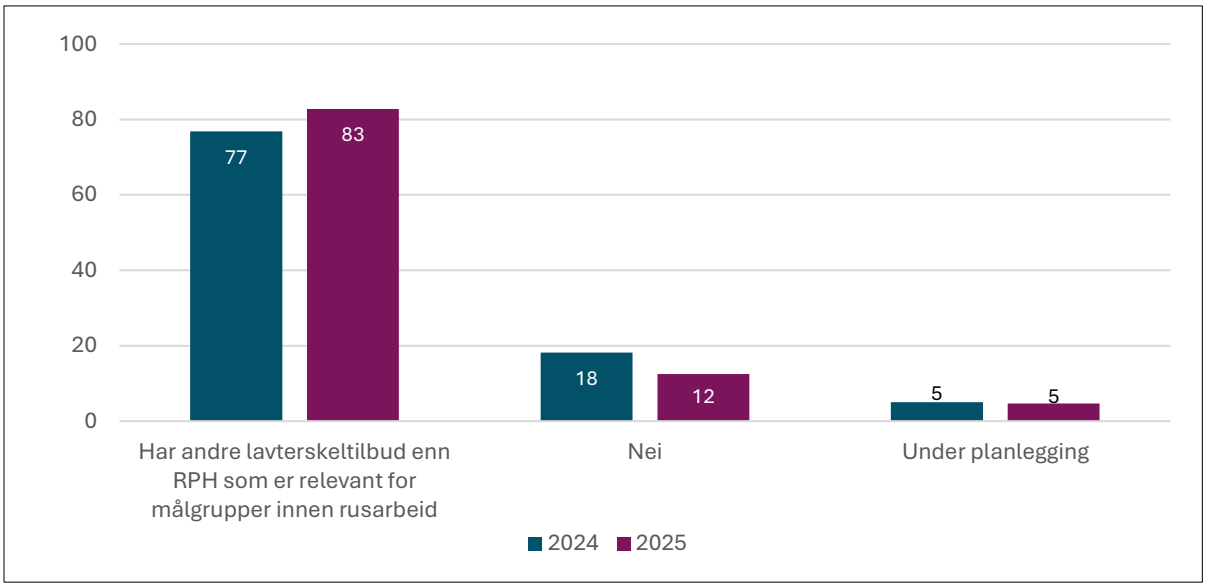
	2024		2025	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	167	48	196	58
Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	6	2	7	2
Kjøper tjenesten fra andre kommuner	1	0	1	0
Nei	150	43	114	34
Under planlegging	22	6	20	6
Totalt	346	100	338	100

De fleste som oppga at de hadde tilbud i 2024 svarte tilsvarende i 2025, men det var også noen som hadde tilbud i 2024, men som ikke hadde dette i 2025.

Totalt rapporteres det om 569 årsverk i 2025 i lavterskeltilbud som er relevant for målgrupper innen rusarbeid. Dette er en nedgang fra 603 årsverk i 2024, dvs. en reduksjon på 34 årsverk. Sannsynligvis vil det i noen tilfeller være samme tilbud og årsverk som rapporteres under andre lavterskeltiltak innen rusarbeid som for andre lavterskeltiltak innen psykisk helsearbeid.

Den nasjonale rapporten for 2025 utarbeidet av SINTEF[21] gir en oversikt over hvilke lavterskeltilbud innen rusarbeid kommunene har rapportert.[22] I mange tilfeller er det snakk om lavterskeltilbud for samtaler og oppfølging (81 prosent) eller ulike aktivitetssentre, møteplasser, turgrupper og treningsgrupper (68 prosent). Videre oppga 33 prosent ulike kurstilbud, og 31 prosent hadde tilbud fra Frisklivssentraler. 28 prosent svarte at de hadde tilbud om assistert selvhjelp. Det var 20 prosent som oppga andre tilbud, og herunder nevnes ruskonsulenter som gir tilbud, Tankevirus, opioidsenter, lavterskelarbeidstilbud, utdeling og håndtering av brukerutstyr og Nalokson, LAR, feltsykepleie, pårørendegrupper, aktivitetsgruppe på gård, eller «trigga.no», som er en modul i assistert selvhjelp.

Figur 3.4 viser at 83 prosent av befolkningen i 2025 i alderen 16 år og eldre bodde i en kommune med andre lavterskeltilbud enn RPH rettet mot målgrupper innen rusarbeid. Dette er en økning på 6 prosentpoeng sammenlignet med 2024. Andelen i 2025 var høyest blant befolkningen i Sør-Øst (88 prosent) og lavest blant befolkningen i Midt-Norge (68 prosent). Fra 2024 til 2025 økte andelen i Sør-Øst og Nord, mens det var en nedgang i Vest og Midt-Norge.



Figur 3.4 Prosentandel av befolkning per 01.01. i rapporteringsåret i alderen 16 år og eldre, fordelt på spørsmålet om kommunen/bydelen har andre lavterskeltilbud enn RPH som er relevant for målgrupper innen rusarbeid. Andelen med tilbud omfatter både de som har eget tilbud, tilbud gjennom interkommunalt samarbeid eller kjøp fra andre. Ekskl. befolkning i kommuner/bydeler som ikke har svart[23]

[21] Nasjonal rapport IS-24/8 2025

[22] Prosentandelene med ulike tilbud er beregnet av kommuner/bydeler som har tilbud.

[23] Befolkningen i kommuner som ikke har besvart spørsmålet er ekskludert fra beregningen. Dette gjaldt 4 prosent av befolkningen i 2025 og 7 prosent av befolkningen i 2024.

Tabell 3.3 Prosentandel av befolkning per 01.01. i rapporteringsåret i alderen 16 år og eldre, fordelt på spørsmålet om kommunen/bydelen har andre lavterskeltilbud enn RPH som er relevant for målgrupper innen rusarbeid. Ekskl. befolkning i kommuner/bydeler som ikke har svart.

År		Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
2025	Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	86	82	67	73	82
	Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	2	0	1	0	1
	Kjøper tjenesten fra andre kommuner	0	0	0	0	0
	Nei	10	6	29	21	12
	Under planlegging	2	12	3	6	5
2024	Ja, kommunen/bydelen har eget tilbud	74	88	71	53	75
	Ja, etablert i interkommunalt samarbeid	3	0	1	0	2
	Kjøper tjenesten fra andre kommuner	0	0	0	0	0
	Nei	17	10	19	40	18
	Under planlegging	5	2	9	7	5

3.7 Lavterskeltilbud rettet mot barn og unge

I veileder «Psykisk helsearbeid barn og unge»[24] presiseres det at kommunen skal sørge for en tilgjengelig og tverrfaglig psykisk helsetjeneste, som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser. Formålet med veilederen er å bidra til at kommuner ivaretar barn og unge mellom 0-25 år med psykiske plager, og deres familie.

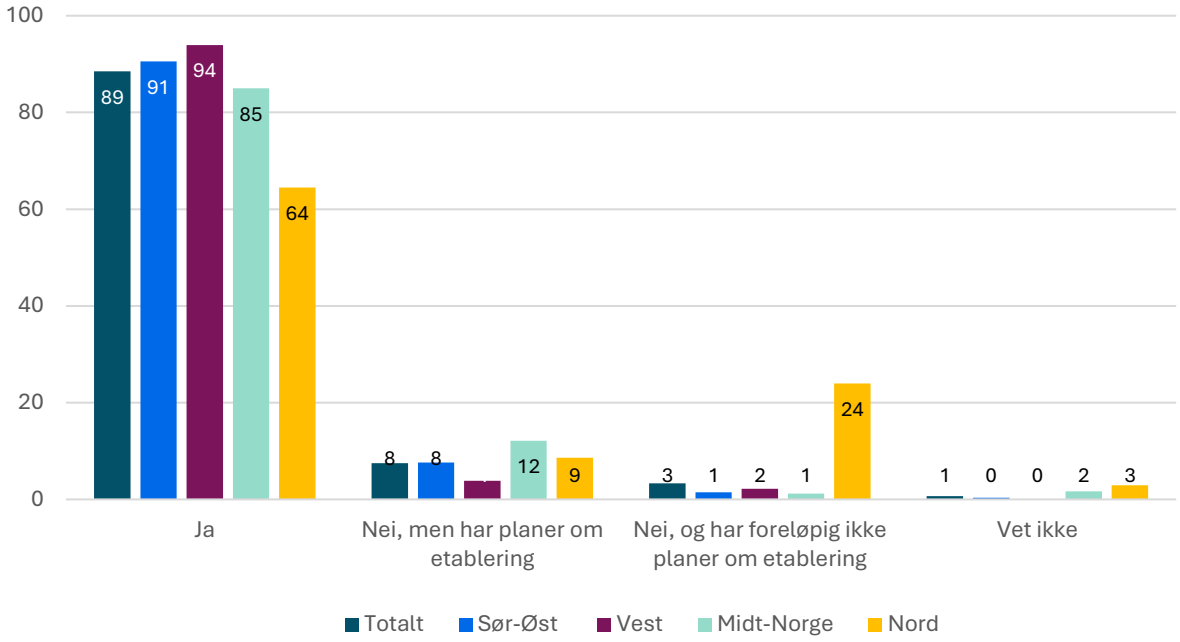
I IS-24/8 har kommunene/bydelene blitt spurt om de har lavterskel psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (utenom fastlege og helsestasjon- og skolehelsetjeneste). I 2025 oppga totalt 72 prosent av kommunene/bydelene som besvarte spørsmålet at de har en slik tjeneste. I Oslo gjaldt dette alle unntatt 1 bydel. Ellers var andelen høyest i Vest (82 prosent) og lavest i Nord (57 prosent).

Tabell 3. 8 Har kommunen/bydelen lavterskel psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser (utenom fastlege og helsestasjon- og skolehelsetjeneste)? Prosent i 2025. Eksklusive kommuner/bydeler som ikke har svart.

	Sør-Øst (eks. Oslo)	Bydel/etat Oslo	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
Ja	74	93	82	70	57	72
Nei, men har planer om etablering	14	7	5	23	13	14
Nei, og har foreløpig ikke planer om etablering	8	0	13	5	19	10
Vet ikke	3	0	0	2	11	4
Antall (n)	121	15	55	56	63	310

[24] Nasjonal veileder psykisk helsearbeid barn og unge

Figur 3.5 viser at totalt 89 prosent av befolkningen i alderen 0-25 år bodde i en kommune med lavterskel psykisk helsetjeneste til barn og unge. Dette gjaldt mer enn 90 prosent av befolkningen i kommunene i Sør-Øst og Vest. Andelen var 85 prosent i Midt-Norge og 64 prosent i Nord. En fjerdedel av befolkningen i alderen 0-25 år i Nord bodde i en kommune uten lavterskel psykisk helsetjeneste til barn og unge og uten planer om å etablere et slikt tilbud.



Figur 3.5 Prosentandel av befolkning per 01.01. i 2025 i alderen 0-25 år, fordelt på spørsmålet om kommunen/bydelen har lavterskel psykisk helsetjeneste som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på belastende livshendelser. Ekskl. befolkning i kommuner/bydeler som ikke har svart[25]

Den nasjonale IS-24/8-rapporten[26] gir en oppsummering av hvordan kommunene har beskrevet dette tilbudet til barn og unge, og hvilken aldersgruppe det er rettet mot. Eksempler på hva tilbudet omhandler er ulike typer familiesenter/team, psykologtjeneste, samtaletilbud, utekontakt/team/los, helsestasjon for ungdom eller ulike "hjelpa-tjenester" (eksempelvis Oslohjelpa, Malvikhjelpa og Bamblehjelpa). Rundt halvparten av kommunene/bydelene svarte at de har flere tilbud som til sammen utgjør det psykiske helsetilbudet til barn, unge og familier. Det varierer hvilken aldersgruppe tilbudet er rettet mot, for det meste svarer kommunene ulike kombinasjoner innen aldersgruppen 0-25 år. Det ser ikke ut til at tilbudene per nå har sterk sammenheng med skoletrinn.

[25] 8 prosent av befolkningen i alderen 0-25 år bor i en kommune som ikke besvarte spørsmålet, og er dermed ikke med i denne beregningen. Denne andelen varierte fra 4 prosent i Sør-Øst til 14 prosent i Nord.
[26] Nasjonal rapport IS-24/8 2025

Resultatmål 4: Vurderingssamtale for barn og unge i psykisk helsevern

4.1 Oppsummering

Årets rapportering på resultatmål 4 belyser samarbeidet mellom psykisk helsevern (PHBU) og kommunene, og hvordan dette påvirker tidlig avklaring og videre oppfølging av barn og unge som henvises til spesialisthelsetjenesten. Datakildene består av kvalitative intervjuer med ledere i PHBU, samt kommunenes egen rapportering i IS-24/8 for 2025. Samlet viser analysene at det er stor variasjon både i hvordan tidlig avklaringsarbeid organiseres i poliklinikkene, i kommunenes tilbud og i hvor formaliserte samarbeidsrelasjonene mellom nivåene er. Intervjuene peker på at god kjennskap til kommunale tilbud, faste samarbeidsarenaer og tydelige samarbeidsmodeller er viktige forutsetninger for gode pasientforløp, men også at mangelfulle henvisninger, svak synliggjøring av ressursbruk og store lokale forskjeller skaper utfordringer i praksis.

Resultatene fra IS-24/8 viser samtidig at under halvparten av kommunene (41 prosent) oppgir å ha en etablert samarbeidsmodell for å avklare henvisninger til PHBU, og at en betydelig andel kommuner potensielt mangler både samarbeidsmodell, faste samarbeidsmøter med PHBU på systemnivå og faglig samarbeid om barn og unge gjennom helsefellesskapet (35 prosent). Funnene understreker at godt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er en sentral forutsetning for at målet om tidlig avklaring og riktig oppfølging skal kunne realiseres på en likeverdig måte.

4.2 Innledning

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

Målet beskrives som et ledd i regjeringens ønske om å bidra til å styrke kvaliteten og bedre tilgjengeligheten til tjenester for mennesker med psykiske plager og lidelser, og et grunnlag for bedre samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

I *fjorårets rapportering* ble målet om vurderingssamtale kartlagt gjennom en spørreundersøkelse blant poliklinikker (BUP) i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Denne viste at de fleste hadde etablert praksis, men også at det er betydelig variasjon i gjennomføring. Dette gjenspeiles i de regionale helseforetakenes egen statusoppdatering på tiltaksimplementering for opptrappingsplanen, hvor det opplyses at alle eller de fleste helseforetakene i de forskjellige regionene har etablert en variant av

vurderingssamtale, men at innholdet i disse kan være svært ulike (se Rapportering på tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse for 2025, oversendt HOD med frist 1. juni 2026). Det fremkommer også at det i flere av helseregionene er et pågående arbeid med eller behov for mer velfungerende samarbeidsarenaer og samarbeid med kommunene.

Både målformuleringen og funnene fra fjorårets kartlegging, samt status- og situasjonsbeskrivelse fra de regionale helseforetakene, understreker behovet for å se nærmere på samspillet mellom nivåene, inkludert hvordan samarbeid og tilgangen på kommunale tilbud påvirker oppfølgingen av denne pasientgruppen.

Overordnet mål for årets rapportering på resultatmål 4 er å innhente mer kunnskap om samarbeidet mellom poliklinikk og kommune[27]. Gjennom kvalitative intervjuer med representanter fra spesialisthelsetjenesten har vi undersøkt praksis for samarbeid med kommunene, inkludert erfaringer med det kommunale tilbudet til barn og unge med psykiske helseutfordringer og samspillet mellom kommune og poliklinikk. Videre har vi benyttet innrapporterte data fra kommunene og bydelene i Oslo til å tallfeste, både nasjonalt og per helseregion, omfanget av etablerte og ikke-etablerte samarbeidsformer mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og som er særlig aktuelle for denne pasientgruppen.

4.3 Praksis og erfaringer med samarbeid og tilbud i kommunene

I årets rapportering ønsket vi blant annet å følge opp kartleggingen fra i fjor, med et særlig fokus på de kvalitative nyansene i tidlig avklaringsarbeid. Da det kan være vanskelig å fange opp disse på en god måte gjennom spørreskjema, ble det i stedet for en ny tilsvarende kartlegging gjennomført en serie kvalitative intervjuer med representanter for PHBU fra de ulike helseregionene.

Metode

Intervjuene ble gjennomført digitalt, med et intervju per region, og varte i ca. 60 minutter. Totalt bestod informantene av fire avdelingsledere og to seksjonssjefer fra PHBU, samt en klinikkleder med PHBU i sin klinikk. Intervjuene var forholdsvis uformelle og ustrukturerte, med mulighet for informantene til å ta ordet og løfte ulike tema og problemstillinger. Informantene fikk i forkant av intervjuet et kort informasjonsskriv. I dette stod det blant annet at vi ønsket å fokusere spesielt på samarbeidet mellom poliklinikkene og kommunene, men at det også ville være rom for å diskutere andre aspekter ved vurderingssamtale og tidlig avklaringsarbeid. Andre temaer og problemstillinger som gjennomgående dukket opp og som fikk mye fokus var

[27] Barn og unges tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene er kartlagt i kapittelet om resultatmål 3.

henvisningskvalitet, ressursbruk og synliggjøring av arbeid knyttet til tidlig avklaring av pasienter.

Resultater

Tilnærming til, og erfaringer med tidlig avklaringsarbeid

Intervjuene viser igjen at tidlig avklaringsarbeid i BUP organiseres på svært ulike måter, fra modeller der henvisningsdialog og samarbeid med kommunale tjenester står sentralt, til modeller der de fleste henviste pasienter tas inn til en tidlig vurderings- eller mulighetssamtale, med varierende grad av samhandling med kommunene.

Det beskrives mange gode erfaringer med måten man har valgt å løse dette på, særlig mht til fornøydhet i pasientgruppen – som føler seg godt i ivaretatt av et system med tydelig fokus på samhandling eller hvor det er kort vei til samtale med spesialist, selv om oppfølgingen blir kortvarig eller overføres til en annen instans. Det løftes likevel også noen betenkeligheter og nedsider med dagens praksis.

Intervjuene tyder blant annet på at ulike pasientgrupper kan påvirkes forskjellig av tidlig avklaringsarbeid og at det har vært store endringer i både tilstrømming og sammensetning av pasientpopulasjonen som sendes til BUP. Noen beskriver at køene til BUP i større grad preges av ressurssterke pasienter med milde eller moderate problemstillinger, mens unge med mer komplekse og sammensatte behov kan være vanskeligere å nå fram til, motivere for videre oppfølging eller beholde i et behandlingsforløp. Samtidig pekes det på en sterk vekst i enkelte henvisningsgrupper, særlig ADHD-relaterte henvendelser. Noen av informantene uttrykker også bekymring for om dagens praksis i tilstrekkelig grad ivaretar de sykeste og mest sårbare barna, særlig når mye kapasitet bindes opp i tidlig avklaring av pasienter som avsluttes etter én eller få samtaler.

Kommunale tilbud

Intervjuene tyder på at kommuner med gode tilbud først og fremst kjennetegnes av god samordning, gjerne på tvers av flere kommuner - og i mindre grad av faktorer som størrelse og sentralitet, selv om disse også er viktige. Det er også gode erfaringer med samarbeid mellom kommune og spesialist forankret på helsefellesskapsnivå.

Det pekes også på flere interessante nyanser i hvordan det kommunale tilbudet oppleves. Det beskrives for eksempel både erfaringer med at det kommunale tilbudet eller samarbeidet mellom BUP og kommune kan bli så godt at poliklinikken opplever enn reell nedgang i henvisningsmengden, til at noen kommunale tilbud blir såpass gode eller populære at kommunene selv opplever kapasitetsutfordringer og ventelister som igjen bidrar til fortsatt høy tilstrømming til BUP.

Det beskrives også særegenheter ved måten enkelte kommuner er organisert eller jobber på som kan utfordre et helhetlig og forsvarlig tilbud til enkelte grupper. Et eksempel gikk ut på hvordan silomessig organisering i kommunene også kan gi uklar rolle- og ansvarsfordeling i komplekse saker som berører både helse, skole og andre sosiale tjenester. Et annet gikk på at enkelte kommuner mangler et helhetlig fokus på oppvekstsvilkår - i tillegg til helse. Det problematiseres også at mange kommuner praktiserer en veldig enkel prioriteringslogikk basert på plassering i køen, fremfor en klinisk eller faglig fundert vurdering av hvem som trenger hjelpen mest.

Det var også ulike perspektiver i intervjuene på i hvilken grad det kommunale tilbudet, eller fraværet av disse i det hele tatt angår spesialisthelsetjenesten. En informant beskrev for eksempel at det ved deres poliklinikk er praksis for at pasienter som ikke får et kommunalt tilbud kan få et i BUP, mens andre hadde et sterkere fokus på portvokterrollen og poliklinikkenes ansvar for å skaffe riktig hjelp til de som trenger det mest og som har krav på spesialisthelsetjenester, og ikke nødvendigvis sikre et tilbud til de om ikke har det.

Kjennskap til kommunale tilbud

Selv om poliklinikkene ikke kan holdes ansvarlige for variasjon i, eller hva som finnes av kommunale tilbud, fremstår god oversikt over kommunale tilbud likevel som en sentral forutsetning for at tidlig avklaring skal fungere godt. Der BUP beskriver god kjennskap til kommunale tilbud, er det også en tydeligere trygghet i at pasienter og familier får et forsvarlig tilbud videre, enten dette skjer i kommune eller spesialisthelsetjeneste. Motsatt beskrives manglende oversikt som en utfordring, både når det gjelder å gi råd til henviser ved avvisning og når det gjelder å koble pasienter på riktige kommunale tiltak etter en tidlig avklaringssamtale.

Tilgang på og kjennskap til kommunale tilbud er dessuten et mål som beveger seg langs flere akser. For det første varierer selve tilbudet både innad og mellom kommuner, og over tid. Selv poliklinikker med tett samarbeid med kommunene beskriver at det kan være utfordrende å ha full oversikt over hvilke tilbud som til enhver tid finnes eller er tilgjengelige.

Det pekes også på at oversikten over kommunale tilbud ikke bare varierer mellom poliklinikker, men også mellom ulike typer henvisere. Særlig trekkes det fram at henvisere med svak lokal tilknytning eller kunnskap om kommunale tilbud kan ha lav terskel for å henvise til BUP, også der det i prinsippet finnes et bredt kommunalt tilbud.

Henvisningskvalitet

Dårlige og ufullstendige henvisninger kompliserer og utfordrer det tidlige avklaringsarbeidet, både for poliklinikker som jobber tett på kommunene og for de som på generelt grunnlag tar alle henviste inn til vurderingssamtale. For førstnevnte beskrives manglende innhenting av samtykke til overføring mellom nivåene som et gjentagende problem. Dette forhindrer de sømløse og gode overgangene, til tross for godt samarbeid og forarbeid mellom poliklinikk og kommune. For sistnevnte innebærer mangelfulle henvisninger et dårligere grunnlag for det nødvendige forarbeidet og forberedelsene inn mot en vurderingssamtale.

Konsekvensene er i begge tilfeller merarbeid for poliklinikkene, og i ytterste konsekvens dårlige vurderinger og prioriteringer. Noen av poliklinikkene som jobber på en måte som innebærer å ta inn alle eller flesteparten av pasientene til en samtale opplever dessuten at kvaliteten på henvisninger i praksis har blitt dårligere over tid, og ser dette i sammenheng med at henvisere vet eller tenker at alle uansett tas inn. Særlig der andre forsøk på å oppdra "henviserkorpset" i henvisningspraksis ikke har ført frem, er man bekymret for hvilke incentiver denne typen tidlig avklaringsarbeid gir for å sikre gode henvisninger.

Det oppleves at dårlige henvisninger i all hovedsak kommer fra fastlegene, som også står for majoriteten av henvisninger inn til poliklinikkene. Utover å være mangelfulle med hensyn til pasientopplysninger og pasientsamtykke, er andre eksempler på dårlige henvisninger at de mangler relevante vedlegg eller informasjon om hvilke andre tilbud som er vurdert eller forsøkt.

Dialogmelding mellom BUP og fastlege for å innhente opplysninger eller informasjon oppleves i hovedsak å fungere ganske godt. Flere av informantene beskriver likevel hvordan informasjonsinnhenting i perioden mellom henvisning og rettighetsvurdering utfordres både av den relativt korte fristen på ti dager, og at man ikke får synliggjort og kompensert denne typen aktivitet (se også avsnitt om Synliggjøring av arbeid, under)

En av informantene beskriver at de er positive til forslaget om henvisningsrett til helsesykepleiere, da disse ofte er tettere på både pasienten, skolen og kommunen for øvrig, sammenlignet med fastlegene.

Etablerte samarbeid med kommune

Det å ha faste og regelmessige samarbeidsmøter mellom poliklinikkene og kommunene, og gjerne tidvis involvere fastlege og kommunelege, enten digitalt eller i person, løftes som et av de viktigste botemidlene for mange av problemstillingene knyttet til tidlig avklaringsarbeid. Disse møtene brukes blant annet til å diskutere både sendte og vurdert sendte henvisninger, samt utveksle viktig kompetanse og erfaring. Det beskrives

også at denne typen møter i stor grad har bidratt til et bedre samarbeidsklima og mindre harde fronter mellom spesialist og kommune.

Synliggjøring av arbeid

På tvers av intervjuene framheves det at store deler av ressursbruken i tidlig avklaringsarbeid ikke synliggjøres i dagens systemer. Dette gjelder særlig tid brukt på vurdering av mangelfulle henvisninger og informasjonsinnhenting, samt dialog- eller samarbeidsmøter med kommuner. Flere peker derfor på et misforhold mellom faktisk innsats og det bildet som skapes gjennom ventelistetall og avvisningsstatistikk, og at det bak mange avviste pasienter ofte ligger et stort og godt arbeid som ikke fremkommer.

Særlig poliklinikker som jobber tett på kommunene og tidlig avklaring av pasienter allerede før henvisingen sendes, oppleves særlig utsatte i denne sammenhengen og viser til hvordan dette misforholdet mellom innsats og synlighet gir både redusert inntjening og dårlige arbeidsmiljø.

Ressursbruk og vurderingssamtale

Vurderingssamtaler etter rettighetsvurdering involverer gjerne en eller to erfarne spesialister som både har som oppgave å vurdere pasientens behov for spesialisthelsetjenester, samt formidle deres avgjørelse i møte med pasienten - og gjerne deres pårørende.

Her var det flere ulike perspektiver blant informantene, både mht ressursbruk og erfaringer med denne måten å jobbe på. Mens noen var kritiske til hvorvidt dette var den mest forsvarlige bruken av poliklinikkens mest erfarne klinikere, så andre det som en fordel at nettopp disse fikk en bredere kontaktflate ut mot pasientgruppen.

Noen formidlet en beskrivelse av hvordan egne avklaringsteam har opparbeidet betydelig kompetanse på dette område og fungerer svært godt, mens andre beskrev utfordringer med å rekruttere de riktige folkene til denne typen oppgaver og at det har vist seg overraskende vanskelig å finne folk som både har den faglige tyngden og de personlige egenskapene som kreves for å stå godt i denne typen situasjoner, ta de riktige avgjørelse og formidle de på en god måte.

4.4 Etablerte og ikke-etablerte samarbeidsformer mellom kommune og spesialist

Det å sikre at barn og unge som henvises eller vurderes henvist til psykisk helsevern får en videre eller alternativ oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten krever

samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten[28]. Selv om oppdraget om vurderingssamtale ligger hos spesialisthelsetjenesten (det vil si de regionale helseforetakene[29]), overlapper denne forutsetningen om samarbeid med flere lovkrav og anbefalinger som også ligger på kommunene[30]. Det er fra før kjent, blant annet gjennom *Riksrevisjonen undersøkelse av tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser* at oppfølgingen og forståelsen av disse varierer fra kommune til kommune. Dette innebærer at den enkelte poliklinikk, som gjerne har flere kommuner i sitt opptaksområde, kan ha sprikende erfaringer hva gjelder samarbeidet med de ulike kommunene og tilgangen på tilbud i disse. Det vil sånn sett være mest hensiktsmessig å måle omfanget av etablerte samarbeid og kommunale tilbud fra kommunesiden.

Metode

IS-24/8 er en årlig kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid som gjennomføres av SINTEF på vegne av Helsedirektoratet. Det er tre spørsmål i kartleggingen for 2025[31] som er særlig relevante i denne sammenhengen[32]:

1. Om kommunen og psykisk helsevern (PHBU) har etablert en samarbeidsmodell for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten (eks. drøftingsmøter, felles inntaksmøter, annet)
2. Om kommune og PHBU har faste samarbeidsmøter på systemnivå
3. Om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid inngår i et faglig samarbeid om barn og unge i regi av helsefellesskapet

Resultatene under baserer seg svar på disse tre spørsmålene fra de 356 kommuner, samt 15 bydeler og velferdsetaten i Oslo (som besvarer bydelsvis) som ble invitert til å rapportere for 2025 (n = 372; heretter kun omtalt som 'kommunene'). Størrelsene av særlig interesse er andel kommuner som svarer 'Ja' på spørsmålet om kommunen og PHBU har etablert en samarbeidsmodell for å avklare henvisninger til

---

[28] Kommunen og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) bør etablere lokale samarbeidsmodeller for henvisning av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer - Helsedirektoratet

[29] Oppdragsdokument - regjeringen.no

[30] Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen samarbeide med andre tjenesteytere når det er nødvendig for å gi et helhetlig og samordnet tilbud, og de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak skal blant annet omfatte barn og unge med sammensatte vansker og lidelser. Helsedirektoratet anbefaler dessuten at kommunene og psykisk helsevern for barn og unge etablerer lokale samarbeidsmodeller for henvisning og avklaring av hjelpebehov, og presiserer at kommunens oppfølgingsansvar består også når barnet eller ungdommen får tilbud i spesialisthelsetjenesten

[31] Og som videreføres i 2026

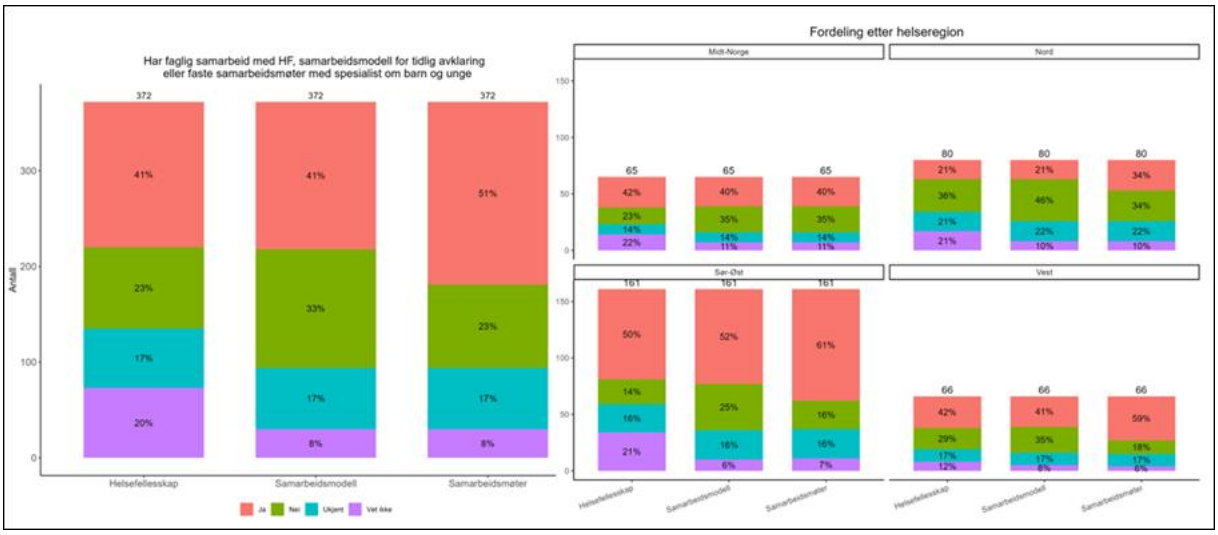
[32] Spørsmålet om kommunen har vært involvert i vurderingssamtaler for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten inngår rapporteringen for 2025, men videreføres ikke i 2026. Denne avgjørelsen beror på flere avveininger, men det er uansett usikkert hvor vidt dette spørsmålet i tilstrekkelig grad evner å fange omfanget eller betydningen av, eller innholdet i, vurderingssamtalepraksis i de ulike kommunene.

spesialisthelsetjenesten, samt andel kommuner som enten har svart 'Nei', 'Vet Ikke' eller som ikke har svart på samtlige spørsmål[33].

Resultater

Samarbeidsmodell

På nasjonalt nivå rapporterer 41 prosent av kommunene å ha en samarbeidsmodell for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten (Figur 4.1). I helseregionene er denne samarbeidsformen mest utbredt i Helse Sør-Øst (52 prosent), og minst i Helse Nord (21 prosent). Over halvparten av landets kommuner har faste samarbeidsmøter med PHBU på systemnivå (51 prosent). Slike samarbeidsmøter er også den mest vanlige samarbeidsformen i helseregionene, med unntak av hos Helse Midt-Norge hvor faglig samarbeid om barn og unge i regi av helsefellesskapet er den vanligste samarbeidsformen. Som vi ser av Figur 4.1, er det svært mange kommuner som enten ikke har svart, eller som har svart 'Vet Ikke' (se også fotnote 33, over), og at dette særlig gjelder samarbeidsformen faglig samarbeid om barn og unge i helsefellesskap.



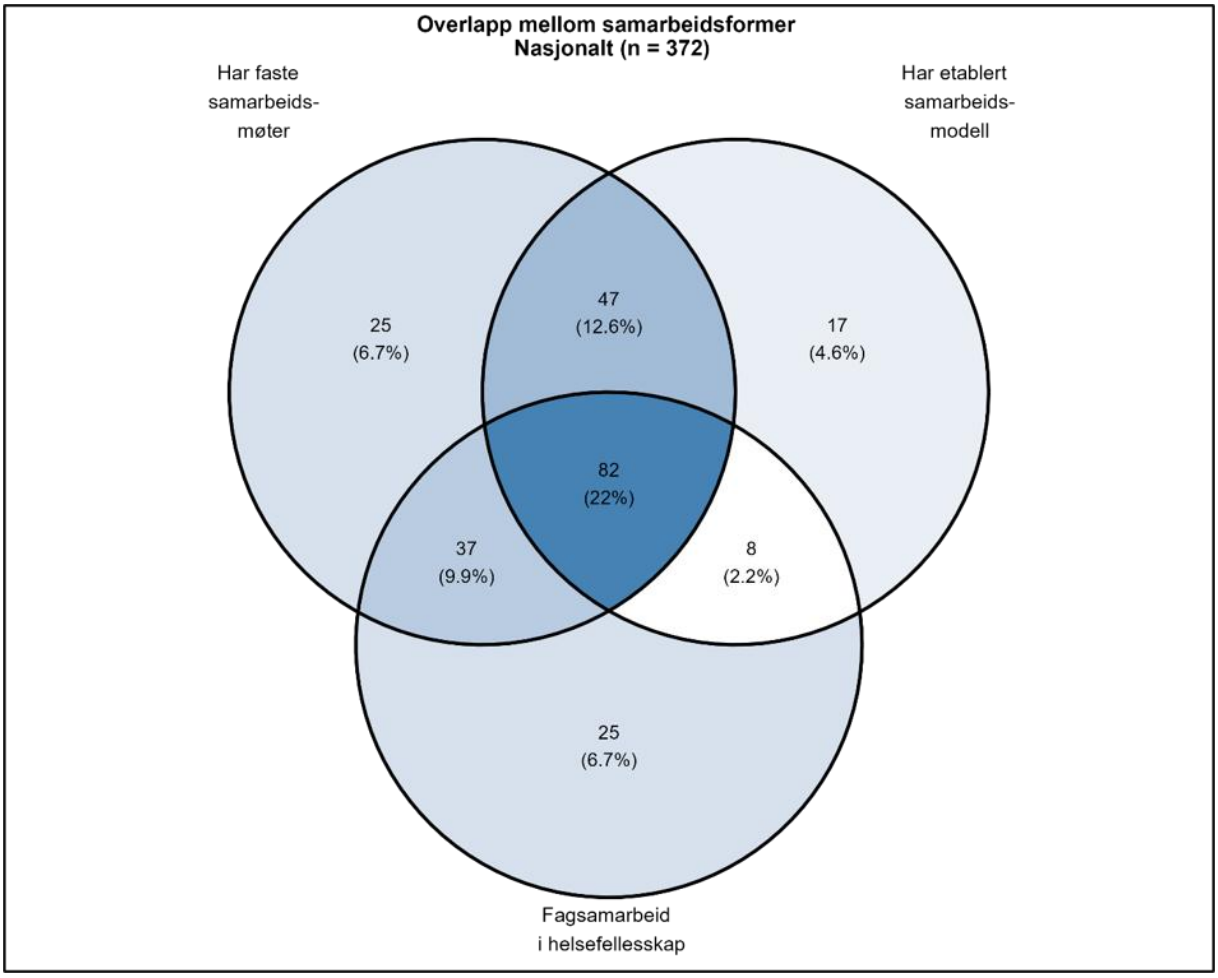
Figur 4.1 Fordeling av ulike samarbeidsformer mellom kommune og spesialist, for landet samlet og per helseregion.

Overlappende samarbeidsformer og fravær av disse

I de videre analysene har vi sett på hvordan disse ulike samarbeidsformene overlapper i de ulike kommunene. Det vil si hvor mange og hvor stor andel av kommunene som har svart 'Ja' på at de har enten en, to eller alle tre av samarbeidsformene. Til slutt har vi beregnet antall og andel kommuner hvor det ikke er grunnlag for å si om de i det hele tatt

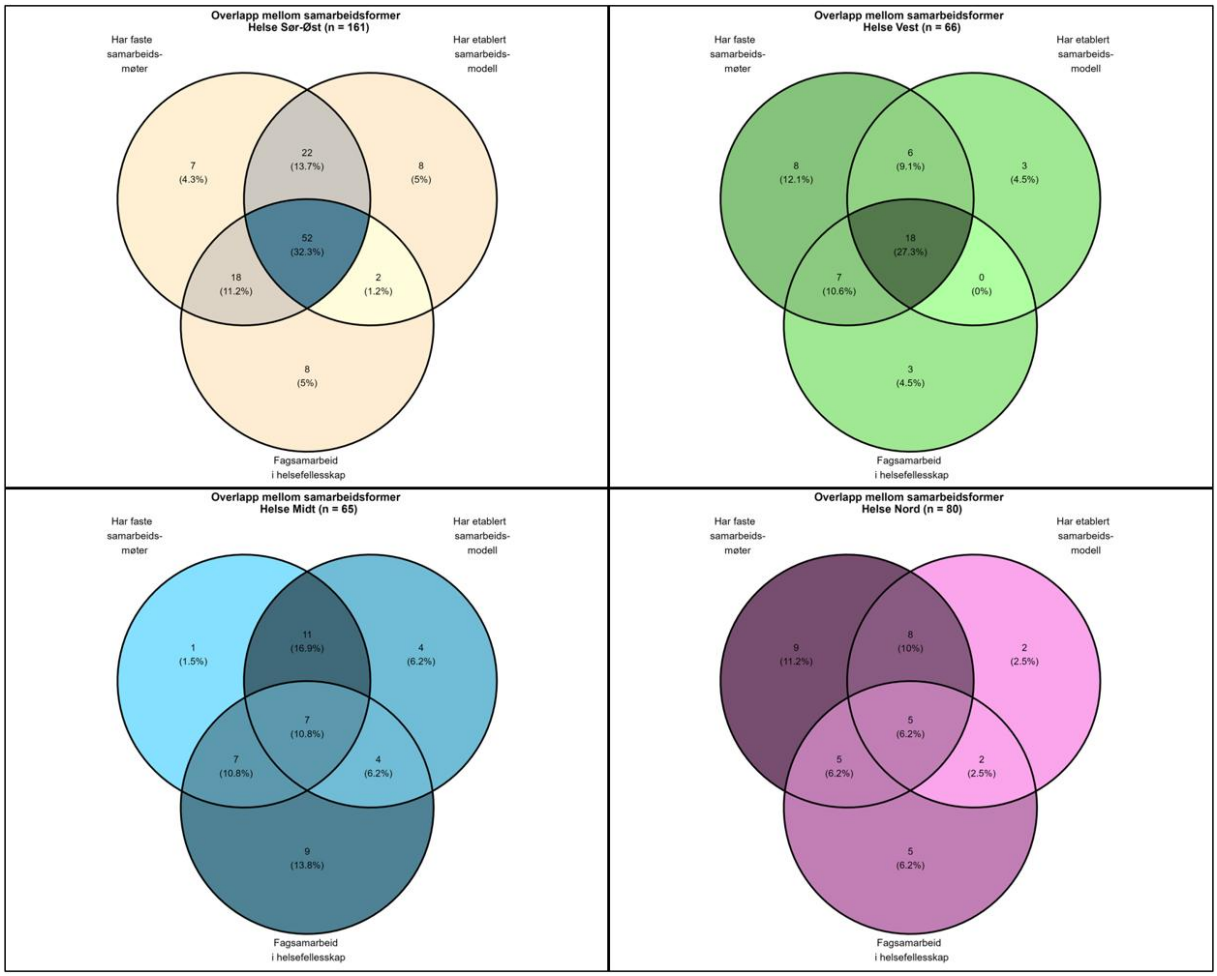
[33] Ifølge SINTEF var det henholdsvis 15 og 44 kommuner eller bydeler som ikke besvarte noen eller ikke besvarte alle spørsmål om barn og unge. Det kan være mange ulike grunner til at ulike kommuner ikke svarer eller svarer vet ikke på enkelte spørsmål. Vi har likevel valgt å beholde kommuner og bydeler som ikke har svart i nevneren når vi beregner andeler.

har noen av de tre samarbeidsformene (det vil si kommuner som ikke har svart 'Ja' på minst en samarbeidsform, og kun 'Nei', 'Vet Ikke' eller ikke besvart på samtlige).



Figur 4.2 Antall og andel kommuner med ulike kombinasjoner av én, to eller tre ulike samarbeidsformer. Presentert her for landet samlet.

De mest utbredte sammensetningene av de ulike samarbeidsformene blant landets kommuner, er enten å ha både samarbeidsmodell, faste samarbeidsmøter og fagsamarbeid i helsefellesskap (22 prosent) eller en kombinasjon av samarbeidsmodell og faste samarbeidsmøter (12.6 prosent; Figur 4.2). En tilsvarende fordeling sees blant kommunene i Helse Sør-Øst og Helse Vest (Figur 4.3). Helse Midt-Norge og Helse Nord skiller seg ut ved at det både er langt mindre vanlig å ha alle tre samarbeidsformene og at det er flere kommuner som kun har samarbeidsmøter og samarbeidsmodell enn de som i tillegg også har fagsamarbeid i helsefellesskap. Det å ha kun ha samarbeidsmodell (4,6 prosent) eller kun samarbeidsmodell og fagsamarbeid uten samarbeidsmøter (2,2 prosent) er lite utbredt. Dette gjelder også i de fleste helseregionene, med et mulig unntak i Helse Midt-Norge, hvor over 12 prosent av kommunene har samarbeidsmodell, men uten faste samarbeidsmøter.



Figur 4.3 Antall og andel kommuner med ulike kombinasjoner av én, to eller tre ulike samarbeidsformer. Presentert her for kommuner i hhv Helse Sør-Øst, Vest, Midt og Nord

Som vi ser i Figur 4.1, er det over 59 prosent av kommunene som enten ikke har eller ikke oppgir om de har en etablert samarbeidsmodell for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Likevel er det forholdsvis mange som har faste samarbeidsmøter og/eller fagsamarbeid, bare uten en etablert samarbeidsmodell for å avklare henvisninger (23 prosent). Denne gruppen, som også utgjør mellom 20-27 prosent i de ulike helseregionene, har muligens andre og bedre forutsetninger både for å bidra inn i tidlig avklaringsarbeid og på sikt få på plass etablerte samarbeidsmodeller sammenlignet med kommuner som ikke har noen av disse samarbeidsflatene.

Tabell 4.1 Antall og andel kommuner som oppgir å ikke ha eller ikke oppgir om de har hverken samarbeidsmodell, faglig samarbeid i helsefellesskap eller faste samarbeidsmøter.

	Landet samlet N = 372	**Sør-Øst** N = 161	**Vest** N = 66	**Midt-Norge** N = 65	**Nord** N = 80
Ikke oppgitt minst én samarbeidsform	131 (35%)	44 (27%)	21 (32%)	22 (34%)	44 (55%)

Nasjonalt er det 35 prosent (n = 131) av kommunene som oppgir å ikke ha eller ikke oppgir å ha har hverken samarbeidsmodell, faste samarbeidsmøter med PHBU eller fagsamarbeid i helsefellesskap (Tabell 4.1). I Helse Sør-Øst, Vest og Midt-Norge gjelder dette hhv 27, 32 og 34 prosent av kommunene, mens det i Helse Nord er over halvparten (55 prosent) av kommunene som faller i denne kategorien.

Resultatmål 5: Ventetid til psykisk helsevern og rusbehandling

5.1 Oppsummering

I årets rapportering på resultatmål om ventetider i psykisk helsevern for voksne (PHV), barn og unge (PHBU) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fokuserer vi på utviklingen i perioden 2019-2025. Hovedindikator for resultatmål er de årlige ventetidstallene som produseres av FHI. Disse viser at gjennomsnittlig ventetid i PHV og PHBU i 2025, til tross for en nedgang siden 2023/2024 fortsatt ligger over målsetningen i opptrappingsplanen på henholdsvis 40 og 35 dager, mens ventetiden i TSB har gått ned og ligger under målet om 30 dagers gjennomsnittlig ventetid.

Som supplement til hovedindikator har vi i årets rapportering forsøkt å nyansere ventetidsstatistikken for PHV, PHBU og TSB, blant annet ved å se på utvikling i median ventetid, intern "ventetid" etter oppstart helsehjelp og ventetid for ulike pasientgrupper.

Etter en periode med økende ventetider i PHV og PHBU, har både ventetiden og variasjonen i ventetid gått betydelig ned i 2025. Samtidig ser vi enkelte bevegelser i den interne ventetiden, særlig i PHBU hvor denne har økt og vært på sitt i høyeste i de årene hvor den ordinære ventetiden har gått ned. Dette kan antyde en viss forskyvning av ventetid fra tiden før til tiden etter oppstart helsehjelp.

TSB ligger forholdsvis godt innenfor målsetning i opptrappingsplanen, med stabil variasjon over tid og en ytterligere reduksjon i median ventetid i 2025. Det er noen ulike trender på regionalt nivå, men informasjonsverdien i disse er begrenset da det for enkelte regioner er snakk om relativt få observasjoner.

I arbeidet med å definere pasientgrupper har vi benyttet tilstandsgruppene i de respektive prioriteringsveilederne. En stratifisering av ventetidsstatistikken etter disse gruppene gir informasjon om fordelingen av tilstander blant pasientene som henvises til tjenesten.

Svært mange og et økende antall pasienter henvises for eksempel til PHV og PHBU for tilstander som ifølge prioriteringsveilederne har lengre anbefalte frister enn målene i opptrappingsplanen. Samtidig har antallet pasienter med de mest alvorlige tilstandene vært stabilt. Vi finner blant annet at nesten 80 prosent av de polikliniske forløpene i PHV gjelder tilstander med en veiledende frist mellom 84 og 182 dager. Mål for sektoren samlet er 40 dager.

Selv om våre analyser i all hovedsak tyder på at prioriteringsveilederne brukes og legges til grunn for fristfastsettelsen i tjenesten, særlig for tilstander med egne veiledende

frister, synes ikke den overordnende reduksjonen i ventetid å romme en særskilt prioritering av særlig prioriterte pasientgrupper.

Vurderingene bak fristfastsettelsen er sammensatt. Våre funn tyder likevel på behov for en bredere diskusjon om hvordan tjenestene prioriterer, og hvilke forutsetninger de har for å prioritere særlig sårbare grupper – også når sårbarheten ikke direkte framgår av henvisningsårsaken.

5.2 Innledning

Resultatmål 5 for opptrappingsplanen er at gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne (PHV), 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Nasjonale ventetidstall for PHV var 46 dager i 2025, en betydelig nedgang fra 2024 (55 dager). I TSB var gjennomsnittlig ventetid 26 dager i 2025, også en nedgang fra 2024 (30 dager). I PHBU har også gjennomsnittlig ventetiden gått ned fra hhv 52 til 41 dager i 2024 og 2025[34].

Pasienter som henvises til psykisk helsevern eller rusbehandling er en heterogen gruppe, med problemstillinger og behov som varierer i alvorlighet og hastegrad. Spesialisthelsetjenesten skal på sin side fordele sine begrensede ressurser på en økende pasientmasse og i tråd med faglig bestepraksis og forsvarlighet.

En begrensning med de offisielle ventetidstallene er at de ikke rapporteres for ulike undergrupper av pasienter henvist til psykisk helsevern eller rusbehandling. Det kan være viktige forskjeller i ventetid for ulike henvisningsårsaker eller diagnosekategorier. Både PHV, TSB og PHBU har for eksempel egne prioriteringsveieledere som skal gi beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten[35]. Disse bygger på pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om prioritering av helsetjenester og skal bidra til at de pasientene som trenger det mest, skal komme raskest til den riktige helsehjelpen. Dette innebærer blant annet en variabilitet i veiledende frister for ulike pasientgrupper og at enkelte pasientgrupper vil ha en veiledende ventetid som er høyere enn de overordnede målene for de ulike sektorene i opptrappingsplanen.

De offisielle ventetidstallene sier oss heller ingenting om den såkalt 'interne ventetiden'. Ventetid er et viktig styringsmål som får mye oppmerksomhet, noe som igjen kan ha uheldige og utilsiktede konsekvenser - som for eksempel en forskyvning av ventetid fra tiden før til tiden etter første konsultasjon.

Fra et metodologisk perspektiv er det dessuten svakheter forbundet med det å bruke gjennomsnitt som måltall på sentraltendens i denne typen data, samt det å presentere sentraltendens uten et tilhørende estimat på variasjon. Gjennomsnittverdien er blant annet sårbar for at særlig høye enkeltverdier kan ha uforholdsmessig stor betydning. Med andre ord tilsier ikke nødvendigvis et forhøyet gjennomsnitt at mange eller flere pasienter venter lenge eller lenger, det holder at noen få venter veldig lenge eller at ikke like mange venter veldig kort. Uten et omkringliggende mål på variasjon vet man ingenting om hvilke mekanismer påvirker gjennomsnittet, og hvilken grad disse er systematiske eller tilfeldige. Dette problemet blir større jo færre observasjoner man har, som jo er tilfelle jo lenger ned på helseforetaksnivå man ønsker å rapportere ventetid.

[34] FHI - Ventetider og pasientrettigheter
[35] Prioteringsveileder PHV, TSB, PHBU

Median med interkvartiler, det vil si den midterste verdien av alle observasjoner samt rammen for den midterste halvparten av de samme observasjonene, er et mer egnet og robust mål på sentraltendens i en populasjon med både stor og ikke normalfordelt variasjon i ventetid.

Mål for årets rapportering er å nyansere ventetidsstatistikken for PHV, TSB og PHBU ved å adressere disse begrensingene. Analysene er en videreutvikling av fjorårets rapport i den forstand at vi også inkluderer PHV og TSB, i tillegg til PHBU. Det er også noen metodiske ulikheter i tilnærming og bearbeidingen av datagrunnlaget[36].

5.3 Metode

Årets rapportering viser median ordinær- og intern ventetid, for perioden 2019-2025, i normalt avviklede, polikliniske forløp i de ulike sektorene og for ulike pasientgrupper. Disse avgrensningene er videre beskrevet nedenfor.

Normalt avviklede, polikliniske forløp

Analysene inkluderer kun forløp hvor første kontakt knyttet til henvisningen ikke er en ø-hjelpskontakt og hvor det ikke forekommer noen innleggelser i løpet av henvisingsperioden. Dette for å gi mest mulig sammenlignbar statistikk. Forløp som mangler nødvendig informasjon, som for eksempel pasient ID eller dato for mottatt henvisning er ekskludert. Det samme gjelder forløp hvor pasienten selv har valgt å utsette time for første kontakt.

Siden analysene kun inkluderer pasienter med rene polikliniske forløp, vil resultatene nødvendigvis ikke være representative for alle pasienter henvist til tjenesten. Begrensningen antas å ha størst betydning for TSB, der døgnbehandling utgjør en større del av behandlingstilbudet.

Median ordinær- og intern ventetid

Ordinær ventetid beregnes som antall dager mellom dato for mottatt henvisning og dato for oppstart av helsehjelp ('ventetid slutt'[37]). Intern ventetid defineres som antall dager mellom første og andre polikliniske kontaktdøgn. Alle ventetider presenteres som medianer med interkvartiler (spredningen av de midterste 50 prosentene av dataen) for hvert år. Vi rapporterer interkvartilbredden, det vil si antall dager mellom første og tredje kvartil, som et mål på variasjon over tid. Som et supplement til mål på intern ventetid,

[36] Den viktigste forskjellen i år at vi har brukt diagnosedata for å definere tilstandsbaserte pasientgrupper. Dette fordi man ikke har data om henvisningsårsak i datagrunnlaget for PHV og TSB

[37] Dato for ventetid slutt defineres vanligvis som den dato helsehjelpen starter med utredning eller behandling, men kan også være dato for videresendelse av henvisningen til en annen institusjon, eller når pasienten valgte helsehjelp ved annen institusjon (FHI.no)

rapporterer vi også andel forløp per år med kun én kontakt. Dette er forløp som per definisjon ikke vil ha noen intern ventetid.

Pasientgrupper

Inndelingen av pasientgrupper tar utgangspunkt i de gruppene beskrevet i de ulike prioriteringsveilederne og som enten har særlig korte veiledende frister eller som kjennetegnes av forhold rundt eller egenskaper ved pasienten som bør særskilt vurderes ved den individuelle rettighets- og fristtildelingen[38]. Henvisninger knyttet til ADHD er blant de med lengst veiledende frist i psykisk helsevern, men er likevel tatt med som en egen gruppe i ventetidsanalysene for PHV og PHBU da dette er en tematikk og populasjon som det er mye fokus på.

Tidsperiode

Analysene baserer seg på forløp hvor dato for ventetid slutt er mellom første januar 2019 og første juli 2025[39]. Sluttdato for forløp, der dette ikke registrert i NPR, er satt til enten dato seks måneder fra siste registrerte kontakt knyttet til henvisningen (eller 31. desember 2025, den som kommer først), evt dødsdato.

[38] Det er variasjon både i hvor spesifikke beskrivelsene av disse tilstandene og forholdene er samt i hvilken grad de kan fanges opp i det tilgjengelige datagrunnlaget. Dette påvirker både hvor vidt og hvor presist vi kan identifisere pasientforløp som omhandler tilstander med høyest prioritet (dvs kortest veiledende frist). Siden disse gruppene baserer seg i hovedsak på kategorier av ulike tilstander, og siden vi ikke har data på henvisningsårsak, er alle tilstandskategoriseringer basert på diagnosekoder registrert ifm kontakter mellom pasienten og spesialisthelsetjenesten (uavhengig av henvisnings-ID eller sektor) i de første seks månedene etter første kontakt knyttet til henvisningen. I de tilfellene pasienten har fått flere diagnoser og potensielt tilhører flere tilstandsbaserte kategorier (for eksempel både anoreksi og alvorlig depresjon) tilskrives forløpet kun den kategorien med høyest prioritet. For inndeling av pasientgrupper basert på forhold rundt eller egenskaper ved pasienten som bør særskilt vurderes ved den individuelle rettighets- og fristtildelingen har vi i større grad vært bundet av hvilke forhold som faktisk lar seg måle i datagrunnlaget, men har etterstrebet å velge forhold som i de ulike veilederne fremstår som særlig sårbare eller prioriterte.

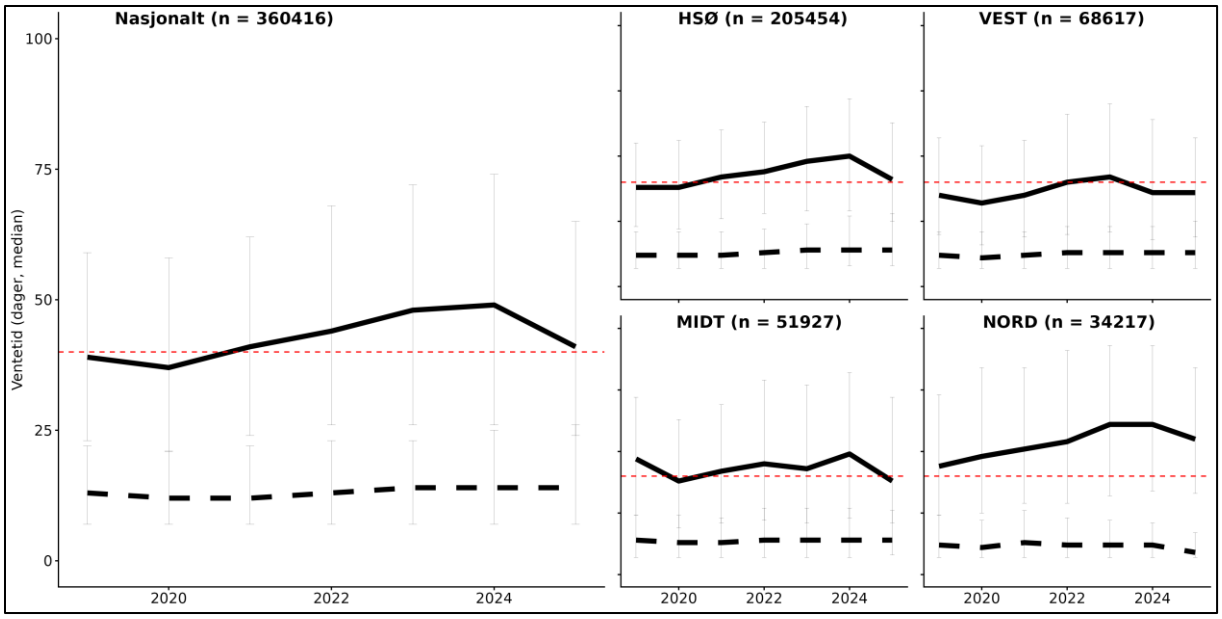
[39] På grunn av behovet for å se seks måneder frem i tid for å innhente diagnosedata, se også fotnote nummer 36

5.4 Resultater

Psykisk helsevern – Voksne

Ventetid for alle polikliniske forløp

Det var i overkant av 360 000 polikliniske pasientforløp i psykisk helsevern for voksne (PHV) i perioden 2019 til medio 2025 (Figur 5.1). Majoriteten (57 %) av disse var for pasienter tilknyttet helseregion Sør-Øst. Både nasjonalt, og for samtlige helseregioner har median ordinær ventetid økt i starten av observasjonstiden og lå, med unntak av helse Vest, i 2024 over opptrappingsplanenes mål for gjennomsnittlig ventetid. Samtlige heleregioner hadde en nedgang i median ventetid i slutten av perioden, helse Vest i 2024 og øvrige regioner i 2025.



Figur 5.1 Ordinær og intern ventetid (i hhv heltrukket og stiplet linje) for alle henvisninger med normalt avviklede, polikliniske forløp i PHV i perioden 01-01-2019 til 01-07-2025, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje. HSØ = Helse Sør-Øst

I perioden 2019 til 2024 økte median ordinær ventetid fra hhv 39 til 49 dager. Samtidig økte interkvartilbredden fra 36 til 48 dager, og flyttet seg oppover fra å være mellom 23 til 55 dager, til mellom 26 til 74 dager. Det var altså en økning i både ordinær ventetid og variasjon i ordinær ventetid i perioden 2019 til 2024, og dermed flere pasienter i 2024 som befant seg i et sjikt med lengre ventetid sammenlignet med årene før (Tabell 5.1). I 2025 gikk derimot både ordinær ventetid og variasjon i ordinær ventetid ned sammenlignet med 2024.

Intern ventetid var forholdsvis stabil gjennom perioden, med en median mellom 12 til 14 dager, og med en viss økning i interkvartilbredden fra 15 til 19 dager. Andel med kun én kontakt var stabil gjennom perioden, mellom 12 og 14 prosent for landet samlet. Blant helseregionene har andel med én kontakt i hovedsak vært stabil eller økt noe, med unntak av i Nord hvor det har vært en nedgang fra 16 til 9 prosent.

Tabell 5.1 Ordinær og intern ventetid, samt antall forløp med kun én kontakt i PHV, nasjonalt og per helseregion, for perioden 01-01-2019 til 01-07-2024. HSØ = Helse Sør-Øst. Verdier er median (interkvartil 1, interkvartil 3) og antall (%)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nasjonalt							
Ordinær ventetid	39 (23, 59)	37 (21, 58)	41 (24, 62)	44 (26, 68)	48 (26, 72)	49 (26, 74)	41 (24, 65)
Intern ventetid	13 (7, 22)	12 (7, 21)	12 (7, 22)	13 (7, 23)	14 (7, 23)	14 (7, 25)	14 (7, 26)
Forløp med én kontakt	6,487 (13)	6,399 (12)	7,049 (12)	7,911 (14)	7,790 (14)	7,970 (14)	4,138 (14)
HSØ							
Ordinær ventetid	38 (23, 55)	38 (22, 56)	42 (26, 60)	44 (28, 63)	48 (29, 69)	50 (29, 72)	41 (25, 63)
Intern ventetid (dager)	12 (7, 21)	12 (7, 21)	12 (7, 21)	13 (7, 22)	14 (7, 24)	14 (8, 27)	14 (8, 28)
Forløp med én kontakt	3,798 (13)	3,740 (12)	4,067 (12)	4,702 (14)	4,511 (14)	4,937 (16)	2,428 (15)
Vest							
Ordinær ventetid	35 (20, 57)	32 (16, 54)	35 (19, 56)	40 (20, 66)	42 (21, 70)	36 (18, 64)	36 (19, 57)
Intern ventetid	12 (7, 21)	11 (7, 21)	12 (7, 21)	13 (7, 23)	13 (7, 23)	13 (7, 23)	13 (7, 25)
Forløp med én kontakt	1,178 (13)	1,194 (12)	1,345 (12)	1,494 (13)	1,603 (14)	1,444 (13)	766 (14)
Midt							
Ordinær ventetid	47 (24, 72)	38 (19, 63)	42 (21, 69)	45 (22, 79)	43 (21, 77)	49 (23, 82)	38 (21, 72)
Intern ventetid	14 (7, 24)	13 (7, 24)	13 (7, 23)	14 (7, 27)	14 (7, 27)	14 (7, 27)	14 (8, 26)
Forløp med én kontakt	779 (11)	851 (12)	978 (12)	1,078 (13)	1,163 (14)	1,064 (13)	658 (15)
Nord							
Ordinær ventetid	44 (24, 73)	48 (25, 84)	51 (29, 84)	54 (29, 91)	61 (32, 93)	61 (34, 93)	55 (33, 84)
Intern ventetid	12 (7, 24)	11 (7, 22)	13 (7, 26)	12 (7, 23)	12 (7, 22)	12 (7, 21)	9 (7, 17)
Forløp med én kontakt	730 (16)	613 (13)	654 (12)	631 (12)	505 (9.3)	516 (9.0)	282 (8.9)

Ventetid for særlig prioriterte tilstandsgrupper og ADHD

Tilstander med særlig kort veiledende frist i prioriteringsveileder for PHV er bipolar lidelse type I i ustabil fase (1 uke), alvorlig depresjon (2 uker), psykoselidelser (2-4 uker), anoreksi (4-8 uker) og moderat depresjon (8 uker). For ADHD er veiledende frist 26 uker.

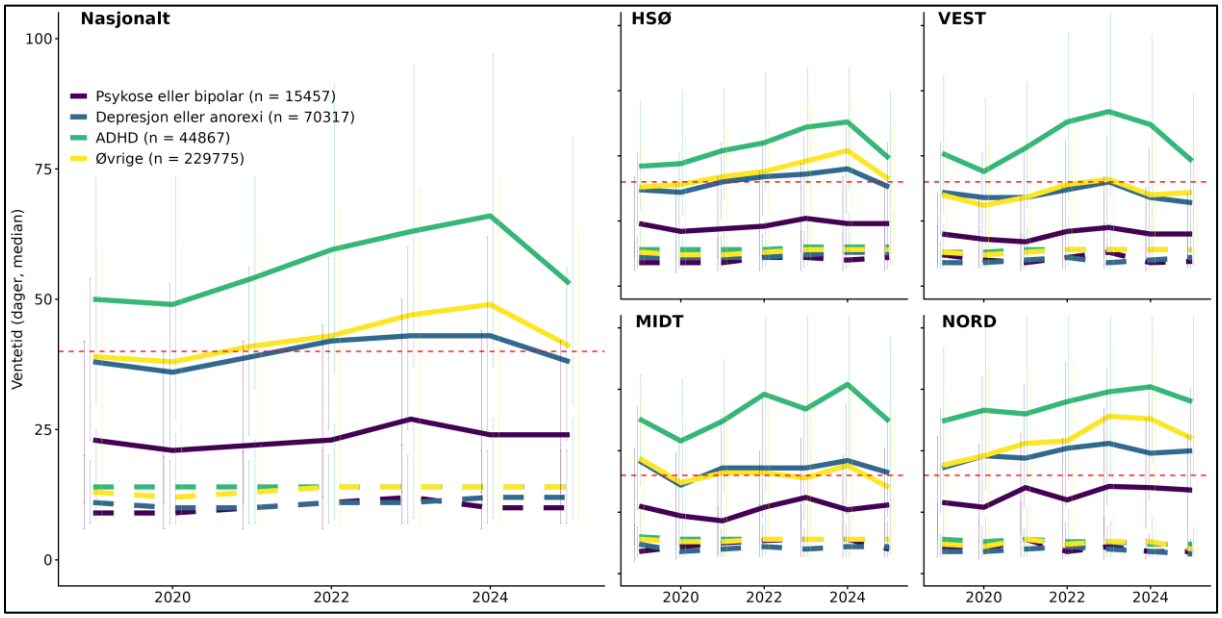
Uti fra disse og basert på registrerte tilstandskoder[38] har vi definert følgende grupper:

- Pasienter med psykoselidelse, alvorlig depresjon eller alvorlig bipolar lidelse[40]
- Pasienter med anoreksi eller moderat depresjon[41]
- Pasienter med ADHD[42]
- Alle øvrige tilstander

[40] Bipolar med alvorlig depresjon m/u psykose [F314;315], bipolar manisk episode uten psykose [F311], bipolar/mani med psykose eller blandet episode[F302;312;316], alvorlig depresjon uten psykose [F322;332], bipolar/mani/depresjon med psykose [323;333] eller schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser [F20-F29]

[41] Øvrige (ikke mild) depresjon [F321;328;329;331;334;338;339], eller anoreksi [F500]

[42] Hyperkinetisk forstyrrelser [F90]



Figur 5.2 Ordinær og intern ventetid (i hhv heltrukket og stiplet linje) for ulike pasientgrupper med normalt avviklede, polikliniske forløp i PHV i perioden 01-01-2019 til 01-07-2025, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje. HSØ = Helse Sør-Øst

Pasienter med psykoselidelse, alvorlig depresjon eller alvorlig bipolarlidelse, som stod for omtrent 4 prosent av alle forløpene i PHV ila perioden, hadde utpreget lavere ventetid sammenlignet med andre pasientgrupper (Figur 5.2). I motsatt ende hadde pasienter med ADHD (12 prosent) den lengste ventetiden. Det er noen tegn til at pasienter med anoreksi eller moderat depresjon (20 prosent) har hatt noe kortere ventetid sammenlignet med de øvrige pasientgruppene, men kun i Sør-Øst og Nord. De er likevel en gruppe med gjennomgående kort og lite variabel intern ventetid, som kan tyde på at de er særlig prioritert for videre oppfølging når de først kommer inn i tjenesten.

Historisk har økningen i ordinær ventetid vært størst blant tilstandsgruppene ADHD og de med øvrige tilstander. Dette må sees i sammenheng med fordelingen av disse ulike tilstandsgruppene, og over tid. Tilstandsgruppene med høyest prioritet har generelt vært stabil eller gått noe ned gjennom perioden, mens det har vært en betydelig økning i antall og andel ADHD-relaterte forløp (hvor veiledende frist for start helsehjelp er 182 dager; Tabell 5.2). Selv om det på nasjonalt nivå kan se ut som at nedgangen i ordinær ventetid fra 2023/2024 til 2025 har truffet alle pasientgrupper, er det her forskjeller mellom de to helseregionene i nord og de to i sør. I region Nord og Midt har nedgangen i ventetid vært størst blant tilstandsgruppene ADHD og de med øvrige tilstander, mens ventetiden for de høyest prioriterte tilstandsgruppene enten har økt, eller ligget vedvarende høy.

*Tabell 5.2 Fordeling av ulike tilstandsgrupper i PHV, nasjonalt og for hele perioden samlet, samt per år. Verdier er antall (prosent). *Obs at 2025 kun inneholder henvisninger for første halvdel av året*

	Hele perioden N = 360,416	**2019** N = 50,688	**2020** N = 51,993	**2021** N = 58,059	**2022** N = 57,851	**2023** N = 56,829	**2024** N = 55,800	**2025*** N = 29,196
Psykoselidelse, alvorlig depresjon eller alvorlig bipolar lidelse	15,457 (4.3)	2,675 (5.3)	2,616 (5.0)	2,550 (4.4)	2,425 (4.2)	2,175 (3.8)	2,058 (3.7)	958 (3.3)
Anoreksi eller moderat depresjon	70,317 (20)	10,818 (21)	10,865 (21)	11,939 (21)	11,188 (19)	10,446 (18)	9,891 (18)	5,170 (18)
ADHD	44,867 (12)	4,061 (8.0)	4,890 (9.4)	6,366 (11)	7,966 (14)	8,495 (15)	8,530 (15)	4,559 (16)
Øvrige tilstander	229,775 (64)	33,134 (65)	33,622 (65)	37,204 (64)	36,272 (63)	35,713 (63)	35,321 (63)	18,509 (63)

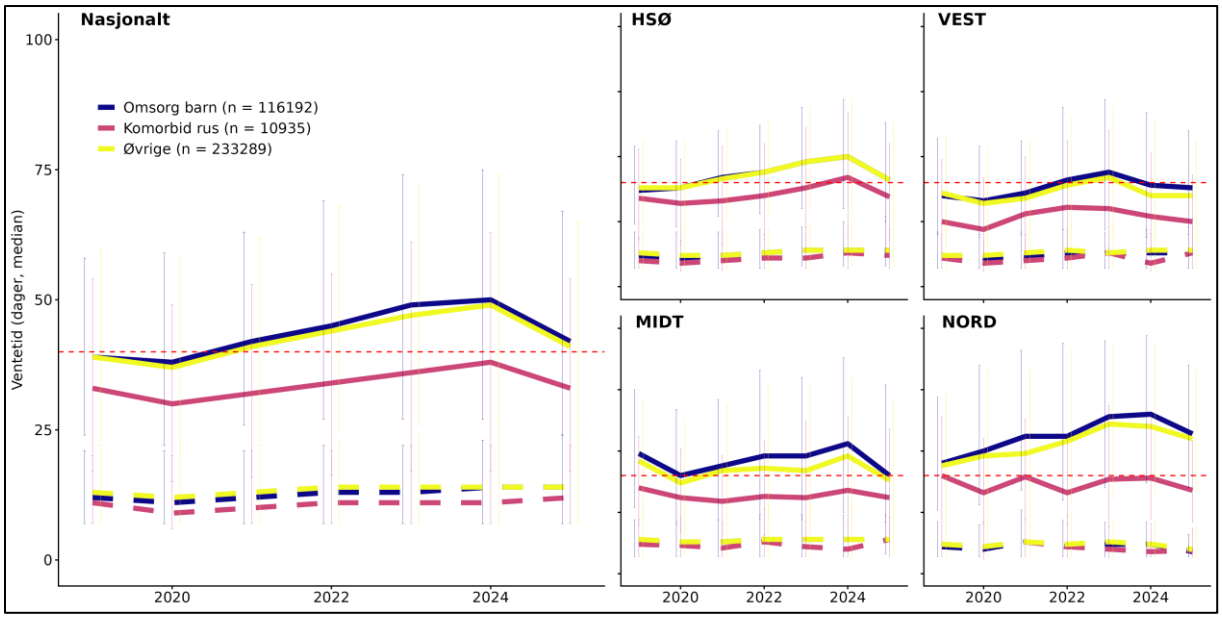
Ventetid for et utvalg av andre særlig sårbare pasientgrupper

Det er flere eksempler på forhold som bør vurderes ved den individuelle rettighets- og fristtildelingen for pasienter som henvises til PHV. Av disse har vi har sett nærmere på to forhold som beskrives som særlig skjerpende for vurdering av alvorlighet eller tilsier kortere frist: pasienter med komorbid ruslidelse og pasienter med omsorg for barn. Basert på det tilgjengelige datagrunnlaget, har vi definert følgende grupper:

- Pasienter som bor i en husholdning med barn under 18 år[43]
- Pasienter med komorbid rusmisbrukslidelse[44]
- Øvrige pasienter

[43] Pasienter som ifølge SSB er registrert med husholdningstype 131, 132, 141, 142, 151, 152, 161 eller 162 i kalenderåret for oppstart av helsehjelp

[44] Minst én registrert rusmisbrukslidelse (F10-F19, unntatt F17 (nikotinavhengighet)) registrert i NPR ila de første seks månedene etter første kontakt knyttet til henvisningen



Figur 5.3 Ordinær og intern ventetid (i hhv heltrukket og stiplet linje) for ulike pasientgrupper med normalt avviklede, polikliniske forløp i PHV i perioden 01-01-2019 til 01-07-2025, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje. HSØ = Helse Sør-Øst

Omtrent hvert tredje polikliniske forløp i PHV er tilknyttet pasienter som bor sammen med barn under 18 år (Figur 5.3). Det er ifølge prioriteringsveiledereden for PHV godt dokumentert at barn av personer med psykisk sykdom utsettes for belastninger som kan få konsekvenser senere, og at omsorg for barn bør gi kortere frist. Det er likevel ingen tegn til at denne gruppen har kortere ventetid.

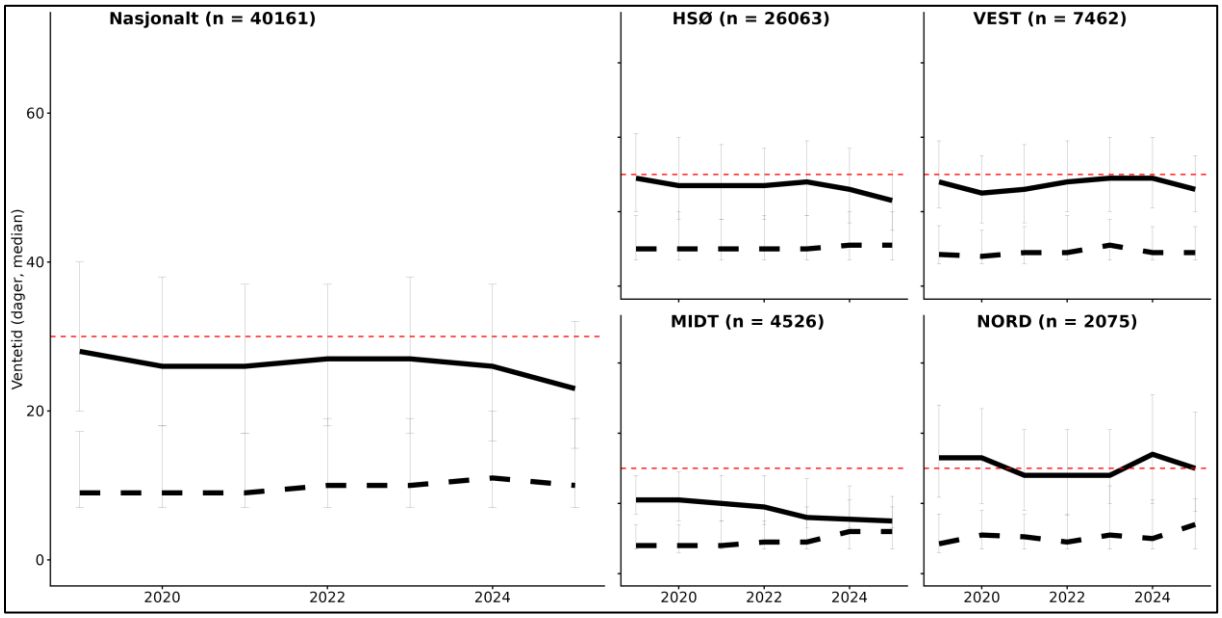
Komorbiditet, som for eksempel rusmisbruk og samtidig psykisk lidelse, bør være skjerpende for vurdering av alvorligheten ved alle tilstandene i prioriteringsveilederen. Våre analyser viser at pasienter med kjent og diagnostisert komorbid rus er en minoritet blant polikliniske forløp i PHV (3 prosent)[45], men også at de har gjennomgående kortere ventetid sammenlignet med øvrige pasientgrupper.

[45] Gitt omfanget av rusbruk i pasientpopulasjonen i PHV er denne andelen av rusmisbrukslidelser påfallende lavt og peker muligens på en systematisk underdiagnostisering

TSB

Ventetid for alle polikliniske forløp

Det var i overkant av 40 000 polikliniske pasientforløp i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i perioden 2019 til medio 2025 (Figur 5.4). Majoriteten (65 %) av disse var for pasienter tilknyttet helseregion Sør-Øst. Nasjonalt og gjennom perioden har median ordinær ventetid ligget stabilt, og under opptrappingsplanenes mål for gjennomsnittlig ventetid, men med noen ulike trender over tid i de ulike helseregionene.



Figur 5.4 Ordinær og intern ventetid (i hhv heltrukket og stiplet linje) for alle henvisninger med normalt avviklede, polikliniske forløp i TSB i perioden 01-01-2019 til 01-07-2025, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje. HSØ = Helse Sør-Øst

Særlig i Midt har det vært tendenser til kortere ordinær ventetid (fra 21 til 16 dager), samt noe økende intern ventetid (fra 8 til 12 dager; Tabell 5.3). I Nord har både ordinær og intern ventetid økt siden 2023.

Det er ellers lite variabilitet i interkvartilbredden rundt de ulike ventetidstallene, både nasjonalt og på regionsnivå. Andel med kun én kontakt synes å ligge relativt stabilt rundt 10 prosent, men baseres på forholdsvis små tall som særlig i de ulike helseregionene vil være følsomme for små endringer fra år til år.

Tabell 5.3 Ordinær og intern ventetid, samt antall forløp med kun én kontakt i TSB, nasjonalt og per helseregion, for perioden 01-01-2019 til 01-07-2024. HSØ = Helse Sør-Øst. Verdier er median (interkvartil 1, interkvartil 3) og antall (%)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nasjonalt							
Ordinær ventetid	28 (20, 40)	26 (18, 38)	26 (17, 37)	27 (18, 37)	27 (17, 38)	26 (16, 37)	23 (15, 32)
Intern ventetid	9 (7, 18)	9 (7, 18)	9 (7, 17)	10 (7, 19)	10 (7, 19)	11 (7, 20)	10 (7, 19)
Forløp med én kontakt	651 (10)	599 (9.7)	583 (9.9)	802 (12)	738 (12)	650 (11)	375 (13)
HSØ							
Ordinær ventetid	29 (20, 41)	27 (18, 40)	27 (18, 38)	27 (18, 37)	28 (19, 39)	26 (17, 37)	23 (15, 31)
Intern ventetid	10 (7, 19)	10 (7, 20)	10 (7, 18)	10 (7, 19)	10 (7, 19)	11 (7, 20)	11 (7, 20)
Forløp med én kontakt	418 (9.9)	413 (10)	434 (12)	584 (14)	479 (12)	418 (11)	214 (12)
Vest							
Ordinær ventetid	28 (21, 39)	25 (17, 35)	26 (17, 38)	28 (20, 39)	29 (20, 40)	29 (21, 40)	26 (20, 35)
Intern ventetid	9 (6, 17)	8 (6, 15)	9 (6, 16)	9 (7, 19)	11 (7, 18)	9 (7, 16)	9 (7, 16)
Forløp med én kontakt	125 (9.9)	104 (8.4)	79 (6.9)	113 (9.9)	109 (10)	84 (8.2)	57 (10)
Midt							
Ordinær ventetid	21 (17, 28)	21 (15, 29)	20 (15, 28)	19 (14, 28)	16 (13, 27)	16 (13, 25)	15 (13, 22)
Intern ventetid	8 (7, 14)	8 (6, 14)	8 (7, 15)	9 (7, 15)	9 (7, 19)	12 (7, 21)	12 (7, 19)
Forløp med én kontakt	67 (11)	39 (6.2)	42 (6.6)	61 (9.4)	103 (12)	118 (15)	68 (17)
Nord							
Ordinær ventetid	33 (22, 48)	33 (20, 47)	28 (18, 41)	28 (17, 41)	28 (20, 41)	34 (20, 51)	30 (18, 46)
Intern ventetid	9 (6, 17)	11 (7, 18)	11 (7, 17)	9 (7, 17)	11 (7, 26)	10 (7, 21)	14 (7, 22)
Forløp med én kontakt	40 (12)	42 (13)	26 (8.4)	43 (13)	45 (15)	29 (9.8)	36 (18)

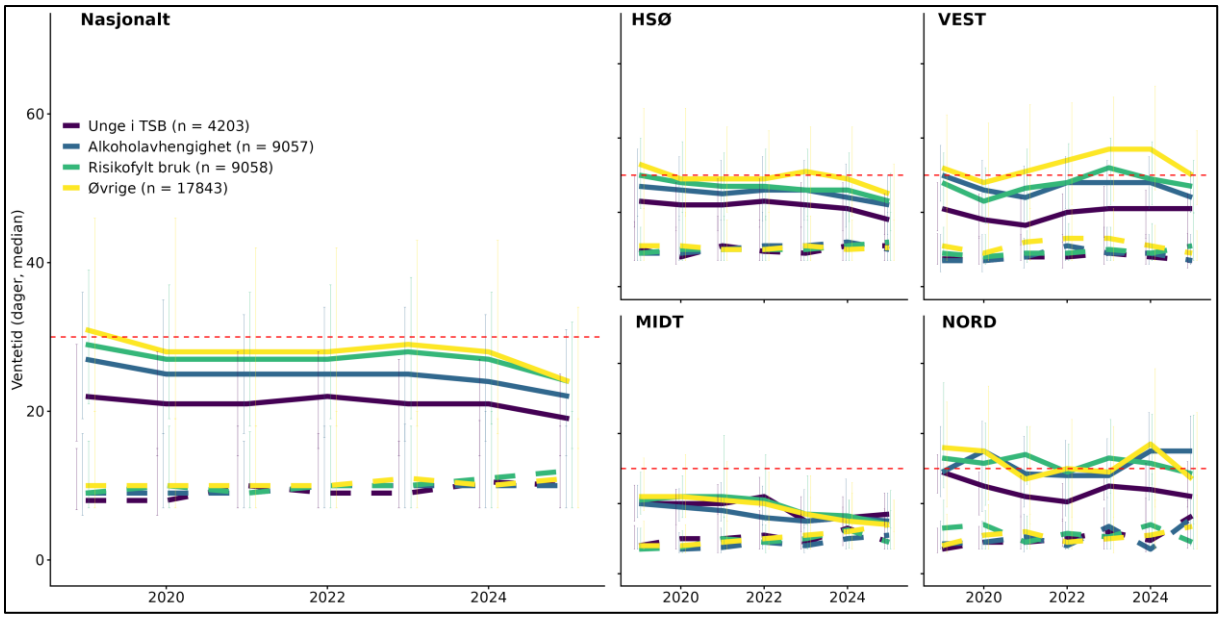
Ventetid for særlig prioriterte tilstandsgrupper

Tilstander med særlig kort veiledende frist i prioriteringsveileder for TSB er risiko for reaktivering av tidligere alvorlig avhengighetstilstand (2 uker), uavklart rusmiddelproblem blant unge under 23 år (2 uker), uavklart rusmiddelproblem blant personer over 23 år (4 uker), avhengighet med alkohol som hovedrusmiddel (6 uker) og risikofylt bruk av rusmidler (6 uker).

Uti fra disse og basert på registrerte tilstandskoder og tilgjengelige data[38] har vi definert følgende grupper:

- Pasienter i TSB under 23 år[46]
- Pasienter med alkoholavhengighet [47]
- Pasienter med risikofylt (skadelig) bruk[48]
- Øvrige pasienter og tilstander

[46] Alle henviste pasienter som var under 23 år i kalenderåret for henvisning til TSB
[47] F10.2 (Alkoholavhengighetssyndrom)
[48] F1x.1 (Skadelig bruk av rusmiddel)



Figur 5.5 Ordinær og intern ventetid (i hhv heltrukket og stiplet linje) for ulike pasientgrupper med normalt avviklede, polikliniske forløp i TSB i perioden 01-01-2019 til 01-07-2024, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje.

Unge under 23 år utgjør 10 prosent av de polikliniske forløpene i TSB (Figur 5.5). De har gjennomgående kortest median ordinær ventetid, med unntak av i helseregion Midt. Også pasienter med alkoholavhengighetslidelse (23 prosent) og risikofylt bruk (23 prosent) har kortere ordinær ventetid sammenlignet med øvrige pasienter, hvert fall i Sør-Øst og i Vest.

Fordelingen av de ulike tilstandsgruppene TSB har generelt vært stabil over tid (Tabell 5.4).

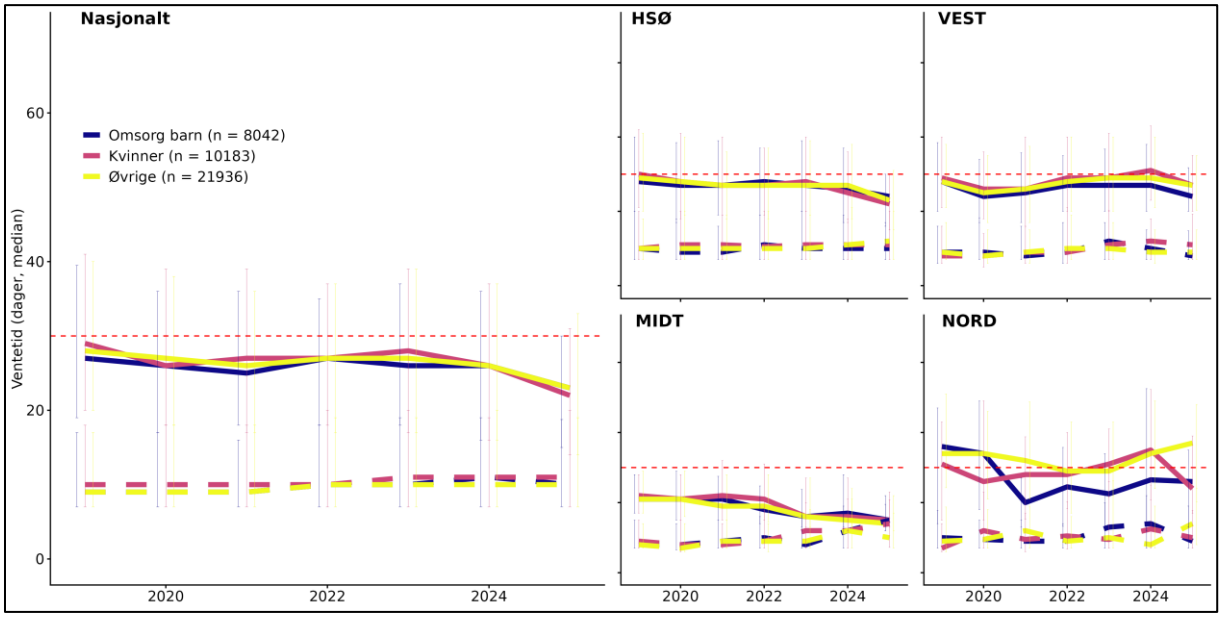
*Tabell 5.4 Fordeling av ulike tilstandsgrupper i TSB, nasjonalt og for hele perioden samlet, samt per år. Verdier er antall (prosent). *Obs at 2025 kun inneholder henvisninger for første halvdel av året*

	Hele perioden N = 40,161	**2019** N = 6,407	**2020** N = 6,165	**2021** N = 5,869	**2022** N = 6,448	**2023** N = 6,292	**2024** N = 6,042	**2025*** N = 2,938
Unge under 23	4,203 (10)	758 (12)	647 (10)	629 (11)	697 (11)	631 (10)	580 (9.6)	261 (8.9)
Alkoholavhengighet	9,057 (23)	1,400 (22)	1,463 (24)	1,318 (22)	1,431 (22)	1,371 (22)	1,403 (23)	671 (23)
Risikofylt bruk	9,058 (23)	1,364 (21)	1,320 (21)	1,324 (23)	1,536 (24)	1,450 (23)	1,382 (23)	682 (23)
Øvrige pasienter og tilstander	17,843 (44)	2,885 (45)	2,735 (44)	2,598 (44)	2,784 (43)	2,840 (45)	2,677 (44)	1,324 (45)

Ventetid for et utvalg av andre særlig sårbare pasientgrupper

Det er flere eksempler på forhold som bør vurderes ved den individuelle rettighets- og fristtildelingen for pasienter som henvises til TSB. Av disse har vi har sett nærmere på to forhold som potensielt tilsier en kortere frist: kvinnelige pasienter og pasienter med omsorg for barn. Basert på det tilgjengelige datagrunnlaget, har vi definert følgende grupper:

- Pasienter som bor i en husholdning med barn under 18 år[49]
- Kvinnelige pasienter
- Øvrige pasienter



Figur 5.6 Ordinær og intern ventetid (i hhv heltrukket og stiplet linje) for ulike pasientgrupper med normalt avviklede, polikliniske forløp i TSB i perioden 01-01-2019 til 01-07-2025, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje.

Omtrent en av fem polikliniske forløp i TSB er tilknyttet pasienter som bor sammen med barn under 18 år (Figur 5.6). Det er ifølge prioriteringsveiledereden for TSB godt dokumentert at barn av personer med rusmiddelproblemer kan få store problemer på en rekke områder i oppveksten og senere i livet og at hensyn til barna kan tilsi en kortere fristfastsettelse. Det er likevel ingen tegn til at denne gruppen har kortere ventetid, med unntak av i Nord.

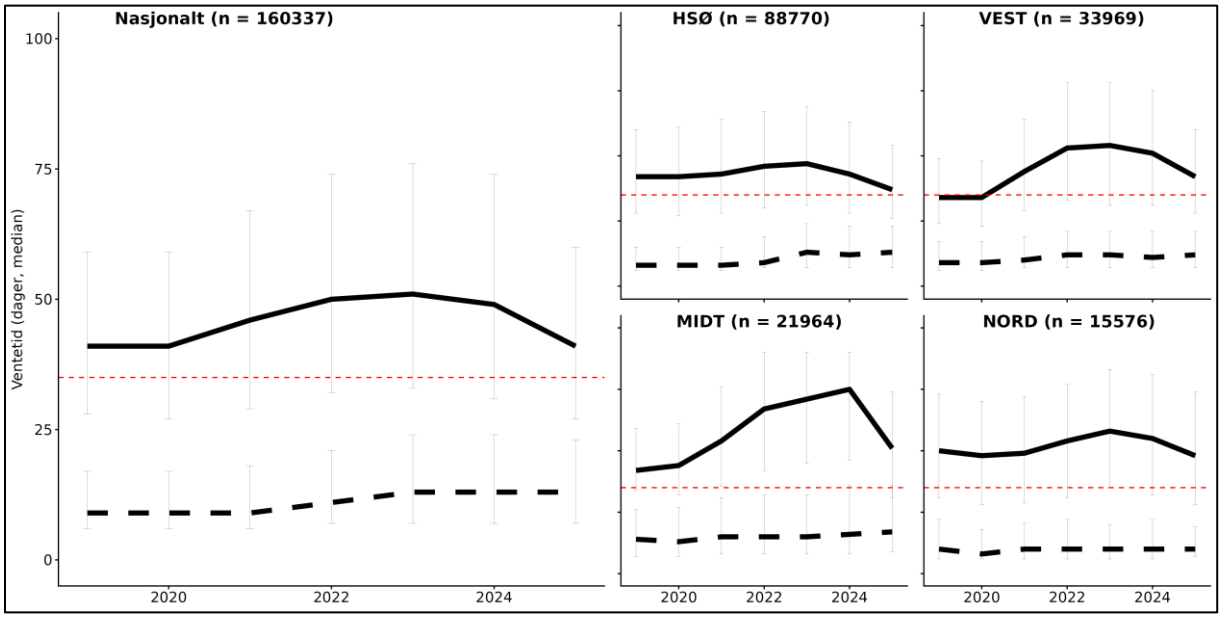
Det er flere menn enn kvinner som misbruker og er avhengige av rusmidler. Kvinner har imidlertid en større sårbarhet enn menn når det gjelder uønskede medisinske og sosiale konsekvenser av rusmiddelbruk, og raskere problemutvikling for kvinner er ifølge prioriteringsveiledereden for TSB viktig å vektlegge i fristfastsettelsen. I denne analysen er kvinner med omsorg for barn under 18 år kategorisert i nivået over, og antallet kvinner i angitt i Figur 5.6 (25 prosent) reflekterer dermed kvinner som ikke bor i samme husholdning med barn under 18 år. Dette betyr ikke at disse kvinnene ikke har barn, og sier heller ingenting om omsorgsansvar for eventuelle barn som bor et annet sted[50]. Det er likevel ingen tegn til at kvinner generelt har kortere ventetid enn menn i TSB.

[49] Pasienter som ifølge SSB er registrert med husholdningstype 131, 132, 141, 142, 151, 152, 161 eler 162
[50] Prioriteringsveilederen for TSB presiserer at barn kan i hensyntas ved fristfastsettelse uavhengig av omsorgsansvar.

Psykisk helsevern – Barn og unge

Ventetid for alle polikliniske forløp

Det var i overkant av 160 000 polikliniske pasientforløp i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i perioden 2019 til medio 2025 (Figur 5.7). Majoriteten (55 %) av disse var for pasienter tilknyttet helseregion Sør-Øst. Både nasjonalt og for samtlige helseregioner økte ordinær ventetid fra 2020/2021 og har gjennom hele observasjonsperioden ligget over opptrappingsplanenes mål for gjennomsnittlig ventetid. Siden 2023 har ventetiden gått ned, med unntak av i helseregion Midt, hvor ventetidene økte frem til 2024



Figur 5.7 Ordinær og intern ventetid (i hhv heltrukket og stiplet linje) for alle henvisninger med normalt avviklede, polikliniske forløp i PHBU i perioden 01-01-2019 til 01-07-2025, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje. HSØ = Helse Sør-Øst

I perioden 2019 til 2023 økte median ordinær ventetid fra hhv 41 til 51 dager. Samtidig økte interkvartilbredden fra 31 til 43 dager, og flyttet seg oppover fra mellom 28 til 59 dager, til mellom 33 til 76 dager – som betyr at nesten 75 prosent av pasientene i 2023 ventet lenger enn målsetningen i opptrappingsplanen på 35 dager (Tabell 5.5). Siden dette har både ordinær ventetid og variasjon i ordinær ventetid gått ned. Øvre interkvartil og interkvartilbredden 2025 var hhv 60 og 33 dager, en nedgang på over 20 prosent for begge parameter sammenlignet med 2023.

Intern ventetid har samtidig økt gjennom perioden (fra 9 til 13 dager), og vært høyest i de årene hvor ordinær ventetid har gått ned. Man ser også en økning i interkvartilbredden for intern ventetid (fra 11 til 16 dager) som indikerer en økt variasjon i hvor lenge pasienter må vente på time nummer to. Andel med kun én kontakt har økt gjennom perioden, men primært i Sør-Øst (fra 4 til 10 prosent). Her må man også se hen til

innføring av vurderingssamtale for barn og unge, samt ha i mente at det for de øvrige helseregionene er snakk om forholdsvis små tall fra år til år.

Tabell 5.5 Ordinær og intern ventetid, samt antall forløp med kun én kontakt i PHBU, nasjonalt og per helseregion, for perioden 01-01-2019 til 01-07-2025. HSØ = Helse Sør-Øst. Verdier er median (interkvartil 1, interkvartil 3) og antall (%)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nasjonalt							
Ordinær ventetid	41 (28, 59)	41 (27, 59)	46 (29, 67)	50 (32, 74)	51 (33, 76)	49 (31, 74)	41 (27, 60)
Intern ventetid	9 (6, 17)	9 (6, 17)	9 (6, 18)	11 (7, 21)	13 (7, 24)	13 (7, 24)	13 (7, 23)
Forløp med én kontakt	840 (4.3)	817 (3.8)	1,144 (4.5)	1,540 (6.1)	2,089 (8.0)	2,073 (7.7)	1,200 (7.7)
HSØ							
Ordinær ventetid	42 (28, 60)	42 (27, 61)	43 (28, 64)	46 (30, 67)	47 (31, 69)	43 (28, 63)	37 (26, 54)
Intern ventetid	8 (6, 15)	8 (6, 15)	8 (6, 15)	9 (7, 19)	13 (7, 24)	12 (7, 23)	13 (7, 23)
Forløp med én kontakt	476 (4.4)	442 (3.8)	703 (5.0)	967 (6.7)	1,439 (9.7)	1,523 (10)	836 (10)
Vest							
Ordinær ventetid	34 (24, 49)	34 (23, 48)	44 (29, 64)	53 (33, 78)	54 (31, 78)	51 (31, 75)	42 (28, 60)
Intern ventetid	9 (6, 17)	9 (6, 17)	10 (7, 19)	12 (7, 21)	12 (7, 21)	11 (7, 21)	12 (7, 21)
Forløp med én kontakt	134 (3.1)	143 (3.1)	178 (3.2)	246 (4.7)	271 (5.0)	245 (4.4)	164 (5.1)
Midt							
Ordinær ventetid	42 (34, 59)	44 (32, 61)	54 (35, 76)	67 (42, 90)	71 (45, 90)	75 (46, 90)	51 (31, 74)
Intern ventetid	14 (7, 26)	13 (7, 27)	15 (8, 31)	15 (8, 32)	15 (8, 32)	16 (8, 36)	17 (9, 36)
Forløp med én kontakt	112 (4.3)	113 (3.9)	138 (4.1)	166 (5.0)	197 (5.6)	169 (4.3)	125 (5.2)
Nord							
Ordinær ventetid	50 (31, 73)	48 (28, 70)	49 (29, 72)	54 (31, 77)	58 (35, 83)	55 (32, 81)	48 (28, 74)
Intern ventetid	10 (6, 22)	8 (6, 18)	10 (6, 21)	10 (6, 22)	10 (6, 20)	10 (6, 22)	10 (7, 19)
Forløp med én kontakt	117 (6.0)	119 (5.5)	124 (5.0)	159 (7.1)	181 (7.5)	136 (5.2)	75 (4.3)

Ventetid for særlig prioriterte tilstandsgrupper og ADHD

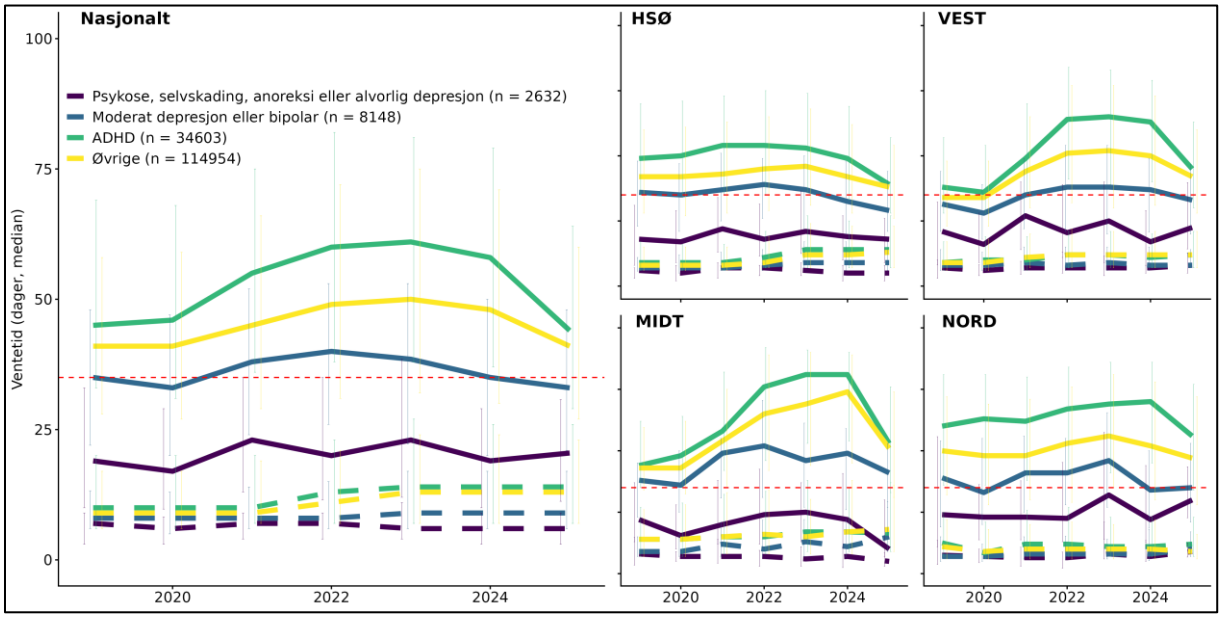
Tilstander med særlig kort veiledende frist i prioriteringsveileder for PHBU er psykose (2 uker), alvorlig depresjon (4 uker), selvskading (4-10 uker), anoreksi (4-8 uker), moderat depresjon og bipolar lidelse (8 uker). For ADHD er veiledende frist 13 uker.

Uti fra disse og basert på registrerte tilstandskoder[38] har vi definert følgende grupper:

- Pasienter med psykose, selvskading, anoreksi eller alvorlig depresjon[51]

[51] Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser [F20-F29], bipolar/mani/depresjon med psykose [F302;312;315;323;333], selvskading [X6n], anoreksi [F500], bipolar med alvorlig depresjon[F314] eller alvorlig depresjon uten psykose [F322;332]

- Pasienter med moderat depresjon eller bipolar lidelse[52]
- Pasienter med ADHD[53]
- Øvrige tilstander



Figur 5.8 Ordinær og intern ventetid (i hhv heltrukket og stiplet linje) for ulike pasientgrupper med normalt avviklede, polikliniske forløp i PHBU i perioden 01-01-2019 til 01-07-2025, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje. HSØ = Helse Sør-Øst

Figur 5.8 viser hvordan ordinær og intern ventetid for de ulike tilstandsgruppene i PHBU i stor grad samsvarer med det man kan forvente basert på prioriteringsveilederen, både nasjonalt og i de ulike helseregionene.

Historisk har økningen i ordinær ventetid vært størst blant tilstandsgruppene ADHD og de med øvrige tilstander. Dette må sees i sammenheng med fordelingen av disse ulike tilstandsgruppene, og over tid. Tilstandsgruppene med høyest prioritet har generelt gått noe ned gjennom perioden, mens det har vært en betydelig økning i antall og andel ADHD-relaterte forløp (hvor veiledende frist for start helsehjelp er 92 dager; Tabell 5.6). Nedgangen i ordinær ventetid fra 2023/2024 til 2025 ser ut til å gjelde alle pasientgrupper i helseregion Midt og Sør-Øst, mens det i Nord og Vest er mindre entydig om pasienter med psykose, selvskading, anoreksi eller alvorlig depresjon hadde lavere ventetid i 2025 sammenlignet med 2023 (Figur 5.8). I Vest er det primært blant tilstandsgruppene ADHD og de med øvrige tilstander at man ser den største reduksjonen i ventetid.

Den interne ventetiden er høyest og har økt mest blant tilstandsgruppene ADHD og de med øvrige tilstander.

[52] Øvrig depressiv eller bipolar lidelse fra kapittel F31-33 og som ikke defineres som psykose eller alvorlig depresjon, over
[53] Hyperkinetisk forstyrrelser [F90]

*Tabell 5.6 Fordeling av ulike tilstandsgrupper i PHBU, nasjonalt og for hele perioden samlet, samt per år. Verdier er antall (prosent). *Obs at 2025 kun inneholder henvisninger for første halvdel av året*

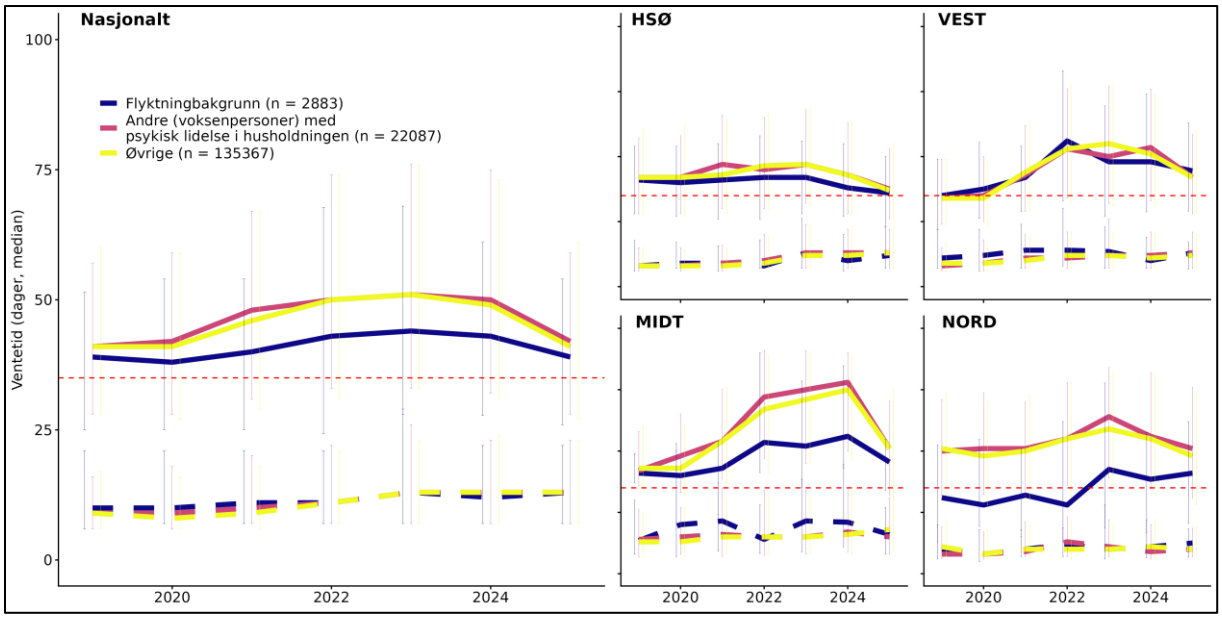
	Perioden samlet N = 160,337	**2019** N = 19,594	**2020** N = 21,299	**2021** N = 25,655	**2022** N = 25,090	**2023** N = 26,216	**2024** N = 26,808	**2025*** N = 15,675
Psykose, selvskading, anoreksi eller alvorlig depresjon	2,632 (1.6)	286 (1.5)	424 (2.0)	547 (2.1)	399 (1.6)	387 (1.5)	371 (1.4)	218 (1.4)
Moderat depresjon eller bipolar lidelse	8,148 (5.1)	1,297 (6.6)	1,435 (6.7)	1,715 (6.7)	1,210 (4.8)	974 (3.7)	943 (3.5)	574 (3.7)
ADHD	34,603 (22)	3,778 (19)	4,066 (19)	4,967 (19)	5,613 (22)	5,707 (22)	6,587 (25)	3,885 (25)
Øvrige tilstander	114,954 (72)	14,233 (73)	15,374 (72)	18,426 (72)	17,868 (71)	19,148 (73)	18,907 (71)	10,998 (70)

Ventetid for et utvalg av andre særlig sårbare pasientgrupper

Det er flere eksempler på forhold som bør vurderes ved den individuelle rettighets- og fristtildelingen for pasienter som henvises til PHBU. Av disse har vi har sett nærmere på to forhold som tilsier særlig risiko for utvikling av alvorlige psykiske tilstander blant barn og unge og som bør kunne medføre kortere ventetid: mindreårige flyktninger og barn av rusmisbrukere og/eller foreldre med psykiske tilstander. Basert på det tilgjengelige datagrunnlaget, har vi definert følgende grupper:

- Pasienter med flyktningbakgrunn[54]
- Pasienter som bor i en husholdning med minst én annen (voksen) person som i løpet av det siste kalenderåret har fått behandling for en psykisk lidelse eller rusbrukslidelse i psykisk helsevern, TSB, somatikk eller hos avtalespesialist
- Øvrige pasienter

[54] Førstegangsinnvandrere med ikke-nordisk statsborgerskap og med 'flukt' (FLU) registrert som innvandringsgrunn hos SSB



Figur 5.9 Ordinær og intern ventetid (i hhv heltrukket og stiplet linje) for ulike pasientgrupper med normalt avviklede, polikliniske forløp i PHBU i perioden 01-01-2019 til 01-07-2025, Nasjonalt og per helseregion. Mål for opptrappingsplanene i rød stiplet linje. HSØ = Helse Sør-Øst

Barn og unge med flyktningbakgrunn står for under 2 prosent av de polikliniske forløpene i PHBU, mens 14 prosent bor sammen med en annen voksenperson med kjent psykisk lidelse (Figur 5.9). Dette er begge grupper som ifølge prioriteringsveilederen er spesielt utsatt for utvikling av alvorlige psykiske tilstander og som bør ha kortere ventetid. For sistnevnte er det lite som peker i retning av at disse prioriteres sammenlignet med øvrige pasienter. At barn og unge med foreldre med rus- og/eller psykisk helseproblemer ikke synes å ha kortere ventetid sammenlignet med andre barn og unge peker på et mulig paradoks i prioriteringsveilederen for PHBU: at man legger til grunn prioriteringskriterier basert på informasjon som henviser enten ikke har eller ikke får lov til å videreformidle. Det kan være at de barn og unge hvor denne typen problemstillinger både er særlig aktuell og relevant også er de barna hvor det er særlig sannsynlig at mor eller far ikke samtykker til at dette formidles mellom nivåene.

For barn og unge med flyktningbakgrunn kan man se noe kortere ventetid nasjonal, men også at det er stor variasjon mellom regionene. Gitt at dette er en såpass liten gruppe, må de regionale årlige estimatene fortolkes med forsiktighet.

Resultatmål 6: Sengeplasser og døgnkapasitet i psykisk helsevern

6.1 Oppsummering

Etter mange år med nedgang i døgnkapasiteten i psykisk helsevern økte antallet døgnplasser svakt fra 2021 til 2023. Fra 2023 til 2024 gikk antallet igjen noe ned, men i 2025 har nedgangen stoppet opp. Kapasiteten økte igjen i tjenestene til barn og unge (+4 plasser), og var tilnærmet uendret i tjenestene til voksne (+1) siste år.

Nedgangen i 2024 var blant annet knyttet til midlertidig reduksjon i kapasitet ved bygging av nye sykehus, ombygging av døgnenheter og omlegging fra døgn til mer poliklinisk aktivitet.

Dekningsraten for døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge har vært stabil de siste årene. For voksne har dekningsraten derimot gått ned de siste fem årene.

Analyser av døgnbehandlingen viser at antallet innleggelser blant voksne var omtrent uendret fra 2023 til 2024. Etter en nedgang under pandemien (2019–2020) lå nivået fortsatt noe lavere i 2024 enn i 2019. Samtidig økte andelen øyeblikkelig hjelp-innleggelser fra 67 til 69 prosent. Varigheten av døgnoppholdene (median 7 dager) og antallet døgnpasienter var ellers stabile.

For barn og unge var antallet innleggelser høyere i 2024 enn i 2019, selv om det var en nedgang siste to år. Øyeblikkelig hjelp utgjorde 65 prosent av innleggelsene i 2024, noe som er 7 prosentpoeng høyere enn før pandemien. Fra 2023 til 2024 gikk andelen noe ned. Varigheten av døgnoppholdene var stabil på 4 dager (median).

Samtidig økte den polikliniske og ambulante aktiviteten både for barn, unge og voksne fra 2023 til 2024. Flere pasienter fikk oppfølging gjennom integrerte tilbud som ACT- og FACT-team og lignende ambulante behandlingsteam. Særlig pasienter med schizofreni fikk slike tjenester etter utskrivning fra døgnopphold.

Regionene rapporterer også om økt bruk av nye behandlingsformer som hjemmesykehus, ambulante team og FACT-team. Disse tilbudene skal bygge bro mellom døgnbehandling og poliklinikk, og gi tett oppfølging uten innleggelse. For noen pasienter kan dette redusere behovet for døgnopphold.

Samtidig peker regionene på behov for å styrke døgnkapasiteten i psykisk helsevern for voksne framover, særlig for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og innen sikkerhetspsykiatri. Flere regioner melder også om behov for å styrke døgntilbudet til barn og unge.

6.2 Bakgrunn

Psykisk helsevern har de siste årene opplevd økt pågang av pasienter. Antallet henvisninger økte mest under pandemien (2020–2021), særlig blant ungdom (13–17 år) og unge voksne (18–29 år). Etter pandemien har antallet nyhenviste pasienter ikke gått ned. Presset på tjenestene er derfor fortsatt høyt.

For å nå målet i opptrappingsplanen om å dekke behovet for døgntilbud til barn og unge og til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, må vi følge utviklingen i tjenestetilbudet til disse gruppene nøye i årene som kommer, både nasjonalt og regionalt.

6.3 Datagrunnlag

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

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

SSBs kartlegging av døgnplasser i psykisk helsevern er en punkttelling mot slutten av året (november), noe som gjør at endringer gjennom året ikke fanges opp. Statistikken over døgnplasser inkluderer ulike kategorier av døgntilbud, som akuttplasser, sikkerhetsplasser, brukerstyrte plasser og hjemmesykehus.

6.4 Resultater

Utvikling i døgnplasskapasitet

Psykiske helsevern for voksne

Det var 3 267 døgnplasser i psykisk helsevern for voksne ved utgangen av 2025. I perioden 2023 til 2025 var det en nedgang i antall døgnplasser (-36 plasser) på nasjonalt nivå, mens det var en svak vekst (+1 plass) fra 2024 til 2025. Nedgangen fra 2023 til 2024 var både knyttet til ombygging av døgnenheter (Helse Bergen HF), og omlegging fra døgn til poliklinisk aktivitet (Sykehuset Østfold HF). I 2025 økte kapasiteten i Region Vest igjen, mens den gikk ytterligere ned i Sør-Øst. I Midt-Norge var det også nedgang i døgnplasskapasiteten siste år, mens det var vekst i Nord og ved private foretak.

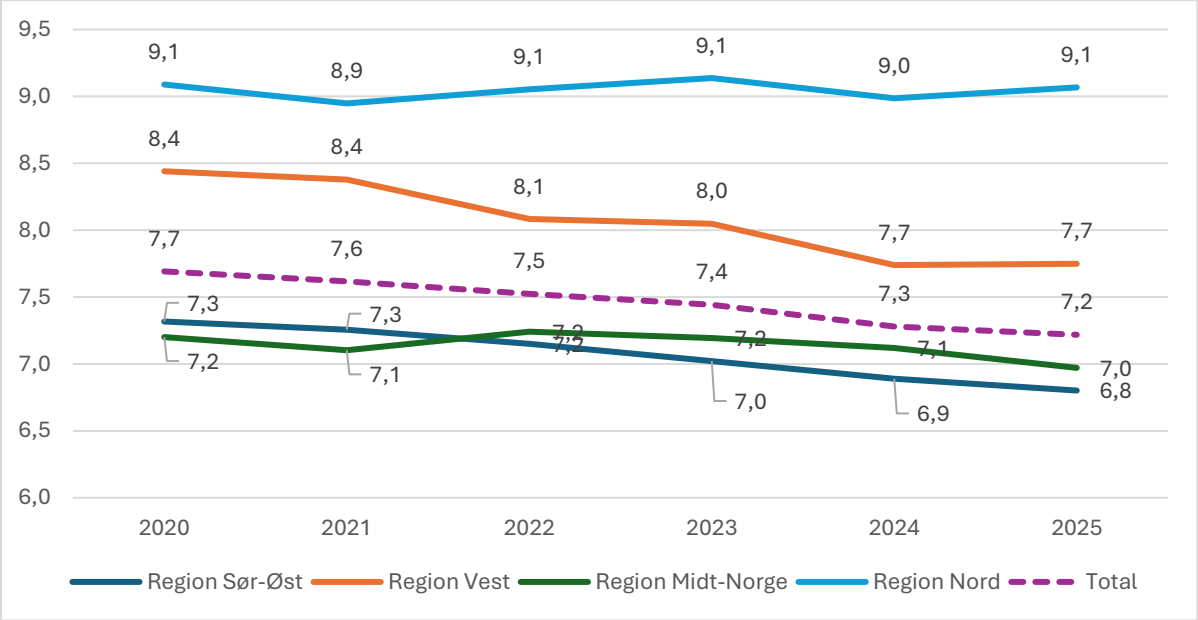
Regional utvikling i døgnplasskapasitet fra 2023 til 2025 er presentert i tabell 6.1.

Tabell 6.1 Antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksn etter tilknytningsregion, 2023-2025.

Region	Antall døgnplasser			Endring i antall døgnplasser	
	2023	2024	2025	2023-2025	2024-2025
Sør-Øst*	1 522	1 506	1 498	-24	-8
Vest**	728	708	716	-12	8
Midt-Norge	434	434	425	-9	-9
Nord	319	319	326	7	7
Private foretak med regionale avtaler	300	299	302	2	3
Totalt	3 303	3 266	3 267	-36	1

** Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus inngår i region sør-øst.*
*** Private avtaleinstitusjoner med områdeansvar inngår i region vest.*

Figur 6.1 viser utviklingen i dekningsraten[55] i psykisk helsevern for voksne i perioden 2020 til 2025.



Figur 6.1 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne i perioden 2020-2025. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.

På nasjonalt nivå var det en avtagende rate i hele perioden (7,7 til 7,2). Dekningsraten økte i Region Nord siste år, men avtok i Sør-Øst og Midt-Norge. I hele femårsperioden var det flere døgnplasser per innbygger i Nord enn de øvrige regionene.

[55] Dekningsraten for den voksne befolkningen er beregnet ved antall døgnplasser per 10 000 voksne innbygger (18 år og eldre).

Statusrapporter over norsk sikkerhetspsykiatri viser at det fra 2019 til 2023 var en vekst i både lokale (fra 178 til 201 plasser) og regionale sikkerhetsplasser (fra 42 til 48 plasser), det vil si en samla økning i antall sikkerhetsplasser fra 220 til 249 i perioden.

Alle regioner rapporterer om planer om vekst i døgnplasser i PHV framover, i henhold til fremskrevet behov. Samtlige regioner vektlegger tilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og flere regioner planlegger vekst i sikkerhetsplasser. Det er tidlig i opptrappingsperioden, og i årene framover kan man si mer om utviklingen i døgnplasskapasitet er i henhold til regionenes planer for kapasitet i døgntjenestene. En revidering av framskrivningsmodellen i 2026 vil også kunne påvirke planene i regionene. I siste del av kapitlet finnes mer informasjon om regionenes planer fram mot 2030.

Psykiske helsevern for barn og unge

Tallet på døgnplasser har over lang tid holdt seg relativt stabilt i psykisk helsevern for barn og unge. Fra 2024 til 2025 var det økning i antall døgnplasser på nasjonalt nivå (fra 329 til 333 plasser). På regionalt nivå var det vekst i Sør-Øst, og noe nedgang i Vest og i private foretak. Fra 2023 til 2024 var det en nedgang i kapasitet som både var knyttet til midlertidig nedtrekk av kapasiteten i forbindelse med nybygg av sykehus (Vestre Viken HF), og reduksjon for å tilpasse kapasitet til behovet for døgntilbud (Sykehuset Telemark HF).

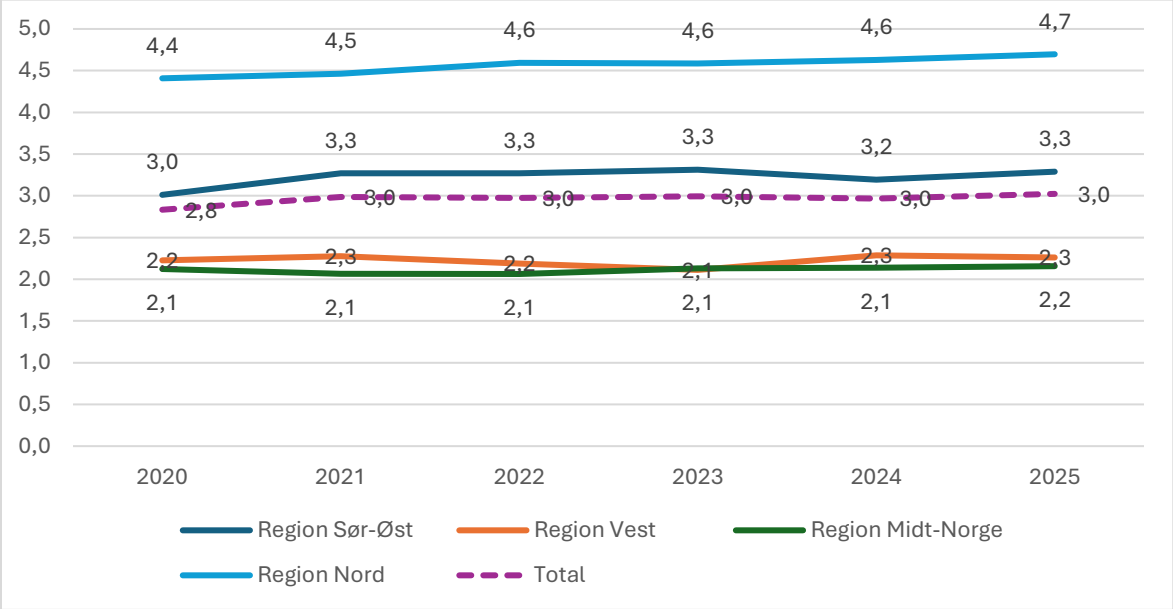
Private foretak med regionale avtaler bidro med 58 døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge i 2025, dette utgjorde 17 prosent av døgnplasskapasiteten i tjenesten for barn og unge.

Døgnplass-statistikken inkluderer ulike kategorier av døgntilbud som både innholds- og ressursmessig er ulike. Et behandlingstilbud som utvider og supplerer det ordinære døgntilbudet er behandling i hjemmesykehus. Dette er en tjeneste der pasienten er innlagt i sykehusavdeling, men bor hjemme i behandlingsperioden. Det var 15 plasser i PHBU og 6 plasser i PHV ved Oslo Universitetssykehus HF i 2025 som var rapportert som hjemmesykehus.

Tabell 6.2. Antall døgnplasser i psykiske helsevern for barn og unge etter tilknytningsregion 2023-2025.

Region	Antall døgnplasser			Endring i antall døgnplasser	
	2023	2024	2025	2023-2025	2024-2025
Sør-Øst	147	139	146	-1	7
Vest	52	56	55	3	-1
Midt-Norge	32	32	32	0	0
Nord	42	42	42	0	0
Private foretak med regionale avtaler	60	60	58	-2	-2
Totalt	333	329	333	0	4

Figur 6.2 viser utvikling i dekningsraten nasjonalt og i regionene i perioden 2020 til 2025.



Figur 6.2. Døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2020-2025. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.

Den nasjonale dekningsraten i psykisk helsevern for barn og unge har vært stabil fra 2021-2025. I femårsperioden sett under ett var det vekst i dekningsratene i regionene. Fra 2024 til 2025 var det økning i døgnplassraten i tre av fire regioner, og uendret rate i Region Vest.

Det var betydelige geografiske forskjeller i døgnplasskapasitet i psykisk helsevern for barn og unge også i 2025. I Region Nord har det i hele perioden vært høyere dekningsrate enn i de øvrige regionene. I figuren inngår tallene for de private foretakene i ratene for regionene de har avtale med.

Døgnaktivitet i regionene

Psykiske helsevern for voksne

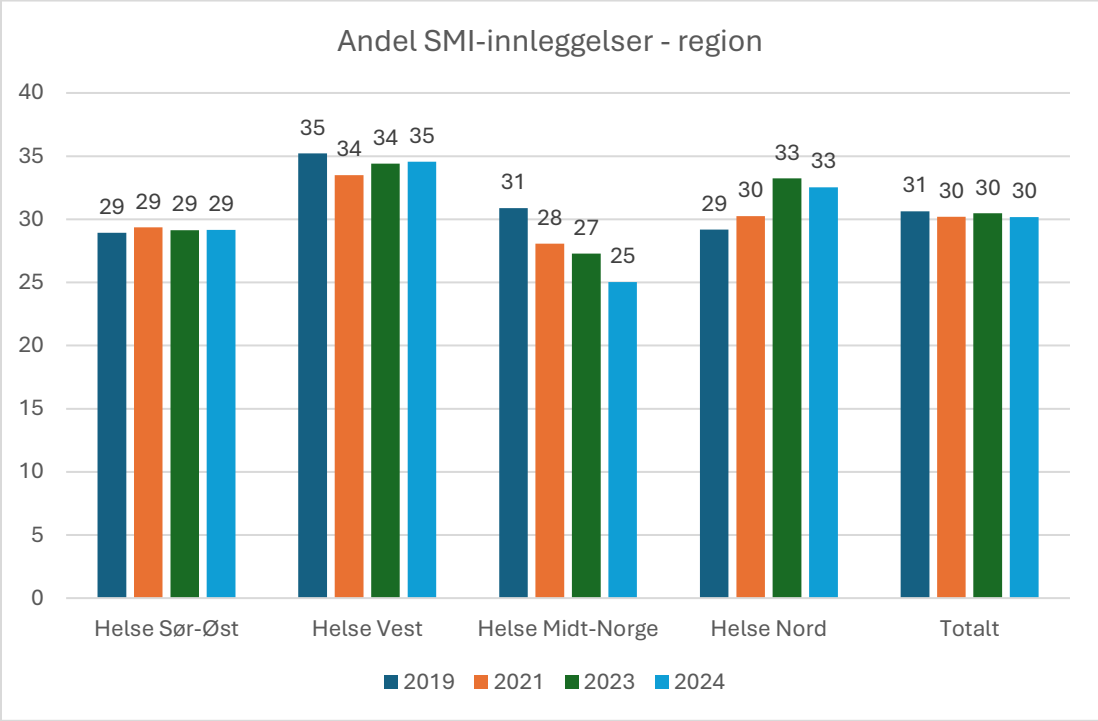
Innleggelser og varighet av døgnopphold

Analyser av døgnvirksomheten viser at antall innleggelser blant voksne var tilnærmet uendret fra 2023 til 2024. Etter en nedgang i pandemiårene (2019-2020), var fortsatt nivået på innleggelser noe lavere i 2024 enn i 2019. Det var imidlertid en økning i øyeblikkelig hjelp-innleggelser (+2%), samtidig som elektive innleggelser ble færre. Blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI[56]-pasienter), var det en svak nedgang i både innleggelser totalt (-1%) og ø-hjelpsinnleggelser (-1%).

[56] Severe Mental Illness

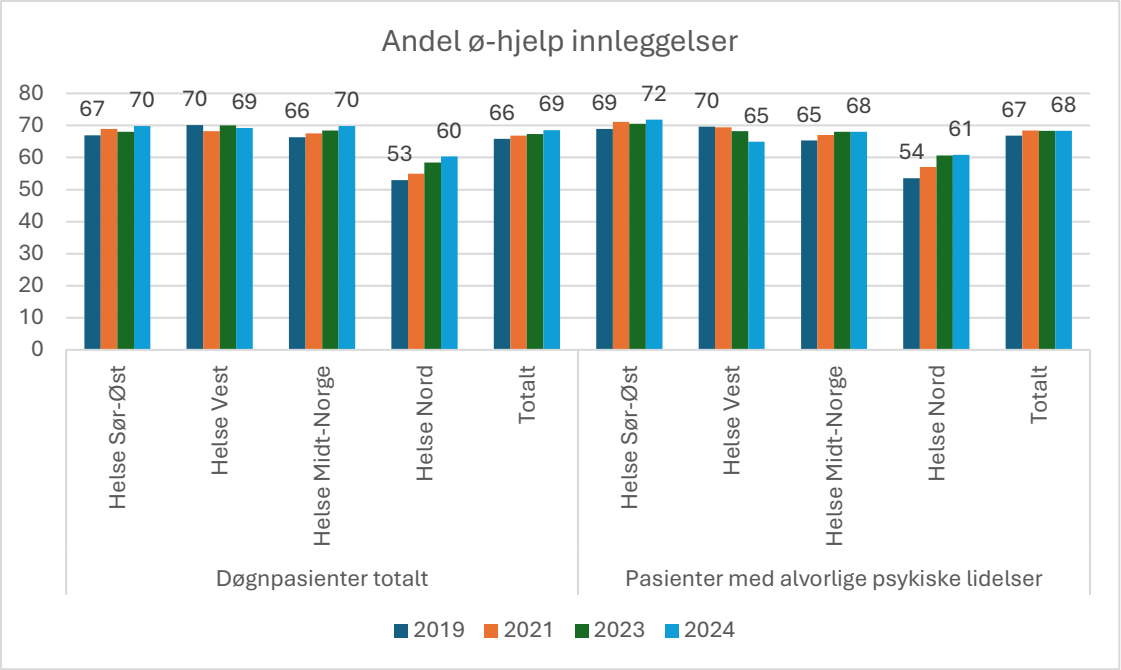
I Region Vest var det vekst i innleggelser fra 2023 til 2024 (+2%), og blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser gjaldt veksten elektive innleggelser (+13%). I Helse Midt-Norge var det en reduksjon i antall innleggelser (-1,5%), spesielt blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser (-10%). Dette gjaldt både ø-hjelp innleggelser (-10%) og elektive innleggelser (-9%).

Figurene under viser utvikling i andel SMI-innleggelser, andel ø-hjelp innleggelser og varighet av døgnopphold i perioden 2019 til 2024.



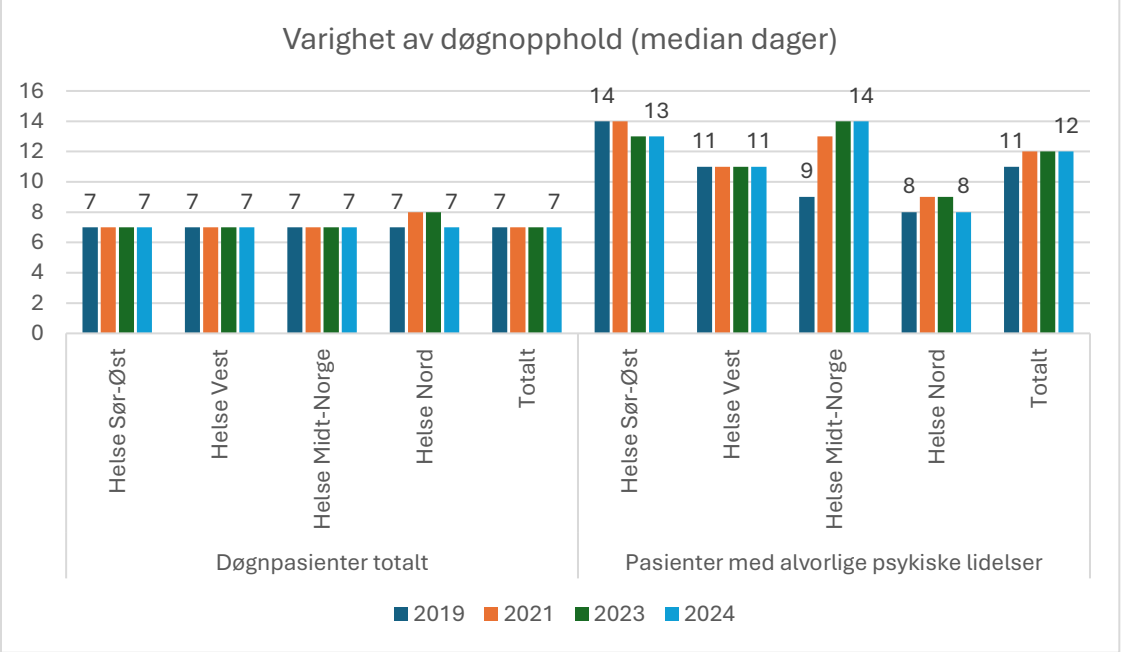
Figur 6.3. Andel innleggelser blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser per region (18 år+), 2019-2024.

I 2024 utgjorde andelen innleggelser som var knyttet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI-innleggelser) 30 prosent. I regionene varierte andelen mellom 25 og 35 prosent, med lavest andel i Midt-Norge og høyest andel i Vest. I Midt-Norge avtok andelen SMI-opphold fra 2019 til 2024 (fra 31 til 25 prosent), mens den økte i Nord (fra 29 til 33 prosent).



Figur 6.4. Andel øyeblikkelig-hjelp innleggelser for pasienter i psykisk helsevern (18 år+), 2019-2024.

Øyeblikkelig hjelp-innleggelser utgjorde nesten 70 prosent av innleggelsene i psykisk helsevern for voksne i 2024 både for pasientene samla (69%) og for pasienter med alvorlige psykiske lidelser (68%). Dette er over nivået før pandemien.



Figur 6.5. Varighet av døgnopphold for pasienter i psykisk helsevern (18 år+), 2019-2024.

I siste femårsperiode var varigheten av døgnopphold i psykisk helsevern for voksne tilnærmet uendret i alle regioner, målt i median antall dager (7 dager). For pasienter med

alvorlig psykiske lidelser var oppholdene av lengre varighet (12 dager), og i 2024 hadde Midt-Norge de lengste døgnoppholdene (14 dager) etter tydelig økning siste femårsperiode (fra 9 til 14 dager). Oppholdene var også relativt lange i Sør-Øst (13 dager), og dette var knyttet til private foretak. Region Nord hadde de korteste oppholdene (8 dager) i hele perioden.

Oppsummert var det følgende regionale variasjoner i døgnbehandling knyttet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI-pasienter) i 2024:

- Region Nord hadde relativt høy andel SMI-opphold (33%), men kortere døgnopphold (8 dager) samt lavere andel ø-hjelp (61%) sammenliknet med de øvrige regionene.
- Region Vest hadde høyeste andel SMI-opphold (35%), men varigheten av døgnopphold var lavere enn for Sør-Øst og Midt-Norge (11 dager). Det samme gjaldt andel ø-hjelp (65%). I motsetning til de andre regionene, var det en økning i innleggelser og spesielt blant SMI-pasienter, og en nedgang i andel ø-hjelpsinnleggelser.
- Midt-Norge hadde lavere andel SMI-opphold og lengre døgnopphold (14 dager) enn de øvrige regionene. Varigheten av døgnopphold økte betydelig siste femårs-periode.
- Sør-Øst hadde høy andel ø-hjelp (72%), og relativt lange døgnopphold (13 dager) i 2024. 29% av innleggelsene var knyttet til SMI-pasienter.

Psykisk helsevern for barn og unge

Innleggelser og varighet av døgnopphold

Tabell 6.3 viser utvikling i innleggelser i tjenestene til barn og unge og andel øyeblikkelig-hjelp innleggelser.

Tabell 6.3. Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser og endring innleggelser i helseforetak og private foretak i 2019-2024, psykisk helsevern for barn og unge.

Tilknytningsregion (helseforetak) og pasientens bostedsregion (private foretak)	Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (prosent)				Innleggelser ved HF/private foretak			
	2019	2021	2023	2024	Antall 2024	Prosent endring 2019-24	Prosent endring 2021-24	Prosent endring 2023-24
Sør-Øst	60	63	65	63	1258	5,4	-19,7	-14,4
Vest	55	71	69	70	975	22,6	-9,1	-1,5
Midt-Norge	62	73	67	70	552	15,5	-14,0	-9,4
Nord	54	60	60	55	514	29,1	-6,4	-4,6
Totalt	58	66	66	65	3299	15,2	-13,9	-5,3

Øyeblikkelig hjelp-innleggelser utgjorde 65 prosent av innleggelsene i psykisk helsevern for barn og unge i 2024, og andelen lå 7 prosentpoeng over nivået før pandemien. Fra 2023-2024 gikk andelen ned med ett prosentpoeng. Antall innleggelser i psykisk helsevern for barn og unge var høyere i 2024 sammenlignet med 2019, til tross for en nedgang siste to år. Det var flere øyeblikkelige hjelp-innleggelser i 2024 sammenlignet med 2019, mens øvrige innleggelser lå på samme omfang som før pandemien.

Tabell 6.4. Varigheten av avslutta døgnbehandling i foretak og private foretak i 2019 og 2024, psykisk helsevern for barn og unge.

Tilknytningsregion (helseforetak) og pasientens bostedsregion (private foretak)	2019			2024		
	Median dager	Trimpunkt (estimert 95 prosentil)	Utskrivinger	Median dager	Trimpunkt (estimert 95 prosentil)	Utskrivinger
Sør-Øst	5,0	87,0	1202	8,0	113,3	1288
Vest	6,0	57,0	782	3,0	28,5	971
Midt-Norge	6,0	42,0	479	3,0	26,0	554
Nord	11,5	88,0	392	8,0	62,0	511
Totalt	6,0	59,5	2855	4,0	53,5	3324

Varigheten av døgnbehandling i psykisk helsevern for barn og unge var 4 dager (median) både i 2023 og 2024. Dette betyr at halvparten av døgnbehandlingene var avsluttet i løpet av 4 dager.

Nedgangen i varighet siden før pandemien (6 dager) må delvis ses i sammenheng med økningen i øyeblikkelig hjelp-innleggelser, som i all hovedsak er av kortere varighet sammenlignet med planlagte døgnopphold. I Nord var median varighet av døgnbehandlingen lengre enn landsgjennomsnittet i og med at en større andel av innleggelsene var planlagte. I Sør-Øst var varigheten av døgnbehandlingen lengre enn landsgjennomsnittet gjennom bidraget fra private avtaleinstitusjoner.

Poliklinisk aktivitet i regionene

Psykisk helsevern for voksne (PHV)

Parallelt med avtagende kapasitet i døgntjenestene, har det over lang tid vært en vekst i poliklinisk virksomhet i tjenestene til voksne. I løpet av de siste årene har det også vært en økning i omfanget av ambulante kontakter, etter en nedgang i pandemiårene. Tabell 5 viser utviklingen i polikliniske kontakter siste femårsperiode i PHV.

Tabell 6.5. Antall polikliniske kontakter i foretak og private foretak 2019-2024, psykisk helsevern for voksne.

Tilknytningsregion	Antall polikliniske kontakter				Prosent endring 2019-24	Prosent endring 2023-24
	2019	2021	2023	2024		
Sør-Øst	1 050 190	1 121 065	1 100 646	1 112 229	6	1
Vest	351 276	362 587	368 656	383 226	9	4
Midt-Norge	269 644	284 629	270 811	274 376	2	1
Nord	149 106	169 234	186 322	194 022	30	4
Totalt	1 820 220	1 937 520	1 926 447	1 963 875	8	2

Fra 2023 til 2024 økte polikliniske kontakter med to prosent i PHV, og størst var økningen i ambulante kontakter og samarbeidsmøter med annen helsetjeneste i samtlige regioner. Det var samtidig fortsatt en nedgang knyttet til telefon/video-kontakter i 2024, men omfanget av denne typen kontakter lå fremdeles noe høyere sammenlignet med 2019.

Region Vest (+4%) og Nord (+4%) hadde den største veksten i polikliniske kontakter siste år. I perioden 2019 til 2024 var det kraftig vekst i region Nord (+30%).

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

Tabell 6.6 viser utviklingen i antall polikliniske kontakter siste femårsperiode.

Tabell 6.6. Antall polikliniske kontakter i foretak og private foretak 2019-2024, psykisk helsevern for barn og unge.

Tilknytningsregion	Antall polikliniske kontakter				Prosent endring 2019-24	Prosent endring 2023-24
	2019	2021	2023	2024		
Sør-Øst	475 168	564 540	573 435	584 208	23	2
Vest	182 694	213 384	214 556	210 244	15	-2
Midt-Norge	93 703	114 431	136 927	137 827	47	1
Nord	82 614	90 005	87 422	91 901	11	5
Totalt	834 179	982 360	1 012 340	1 024 180	23	1

Antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern for barn og unge økte med en prosent fra 2023 til 2024. I siste femårsperioden var veksten på 23 prosent. Det var samtidig en nedgang knyttet til telefon/video-kontakter siste år, men omfanget av denne typen kontakter lå fremdeles høyere sammenlignet med 2019 i alle regioner. Det var vekst i ambulante kontakter, par/familie/gruppekonsultasjoner og møter med annen tjeneste fra 2023 til 2024.

Volumet av polikliniske kontakter kan være påvirket av profilen i det polikliniske tilbudet. Telefon- og videokontakter er i all hovedsak mindre ressurskrevende sammenlignet med ambulant tilbud hvor behandlere drar ut fra institusjonen og oppsøker pasienten eller samarbeidende instanser for å avholde møter og samtaler relevant for behandlingsforløpet.

For ytterlige informasjon om aktivitet i helseforetakene, se *Aktivitet ved behandlingssteder i psykisk helsevern - Helsedirektoratet*.

Integrerte tjenester

Det har vært et økende omfang av integrerte tjenester som ACT-/ FACT team[57] de siste årene. NAPHA's oversikter over ACT-/FACT team i Norge viser at stadig flere helseforetak og kommuner har slike tjenestetilbud[58]. Pasientdata (NPR) viser også et økende antall pasienter som mottar denne typen tjenester, fra 2023 til 2024 økte antallet fra 5310 til 5919[59].

Denne utviklingen er i samsvar med regionenes skisserte planer.

Tabell 6.7. Antall pasienter med tjenester fra ACT-/FACT team eller lignende oppsøkende ambulante behandlingsteam.

	2023	2024	Endring 2023-2024	% endring 2023-2024
Helse Sør-Øst	3 221	3 799	578	18
Helse Vest	1 142	1 037	-105	-9
Helse Midt-Norge	474	578	104	22
Helse Nord	473	505	32	7
Totalt	5 310	5 919	609	11

I 2023 og 2024 var det flest pasienter i Sør-Øst og Vest som mottok tjenester fra ACT-/FACT team eller lignende oppsøkende ambulante behandlingsteam.

Det var økning i antall pasienter i tre av regionene i perioden, med størst vekst i Midt-Norge (22%) og Sør-Øst (18%). I Vest var det en nedgang i antall pasienter med denne tjenesten siste år. Det var en økning både blant barn og unge under 18 år, og voksne fra 2023 til 2024.

I hvilket omfang mottar voksne pasienter tjenester etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern (PHV)?

Analyser av forløp etter utskriving fra døgnopphold i psykisk helsevern i 2023, viste at mange voksne pasienter hadde poliklinisk kontakt med PHV både første måneden

[57] Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Community Treatment (FACT).
[58] ACT- og FACT-team - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
FACT ung - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
[59] Omfatter alle registrerte, unike perioder i særtjenestegruppe TS01 "Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam" som definert i ISF-regelverket og NPK (Norsk pasientklassifisering).

(60%), og i løpet av det første året etter utskrivning (80%). Pasienter med alvorlige psykiske lidelser hadde i størst grad poliklinisk kontakt.

Noen hadde også en ny innleggelse i PHV etter døgnoppholdet, 10% av pasientene hadde en akutt innleggelse den første måneden etter utskrivning, og 32% i løpet av det første året. Det var i størst grad pasienter med schizofreni som hadde en ny akutt innleggelse, både første 30 dager (14%) og i løpet av det første året etter døgnopphold (50%).

Nær halvparten hadde en konsultasjon hos fastlege (48%), og 22 % var i kontakt med legevakt første måned etter utskriving. I disse tjenestene hadde pasienter med schizofreni i mindre grad kontakt med fastlege (30%) og legevakt (18%) enn pasientene samla.

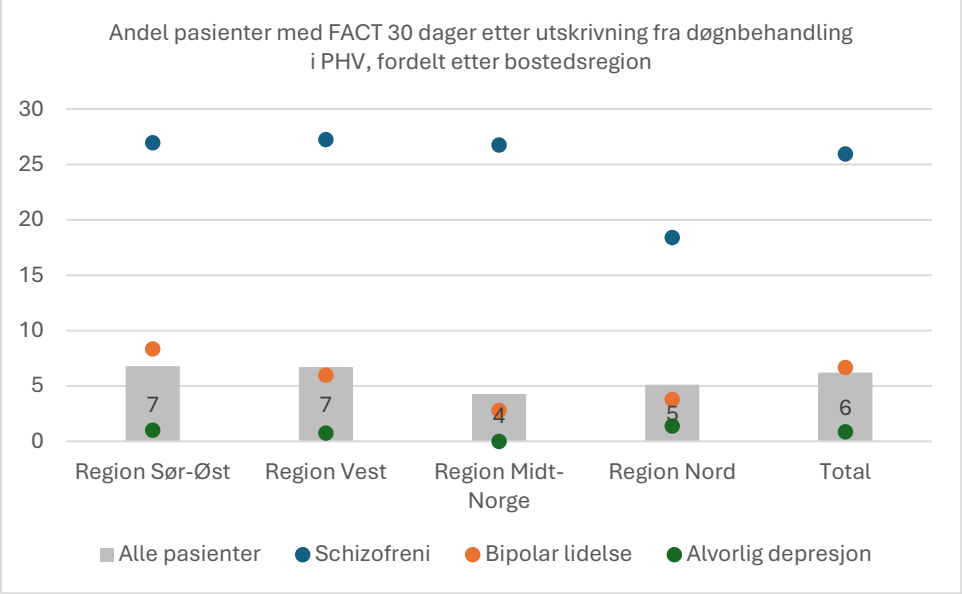
Tjenester fra ACT-/FACT team var mest utbredt i Sør-Øst og Vest, og blant pasienter med schizofreni i samtlige regioner i 2024. Det var en tendens til at pasienter med schizofreni som mottok ACT-/ FACT-tjenester første måned etter utskrivning, i mindre grad hadde en ny akutt innleggelse enn pasienter uten denne tjenesten.

Pasienter i Nord hadde lavere forekomst av poliklinisk kontakt, ambulante tjenester og samarbeidsmøter mellom psykisk helsevern og kommunale/eksterne tjenester sammenliknet med pasienter i andre regioner.

Andelen med kontakt med fastlege og legevakt var derimot i øvre sjikt blant pasienter i Nord i løpet av året etter utskrivning, spesielt blant pasienter med alvorlig psykiske lidelser.

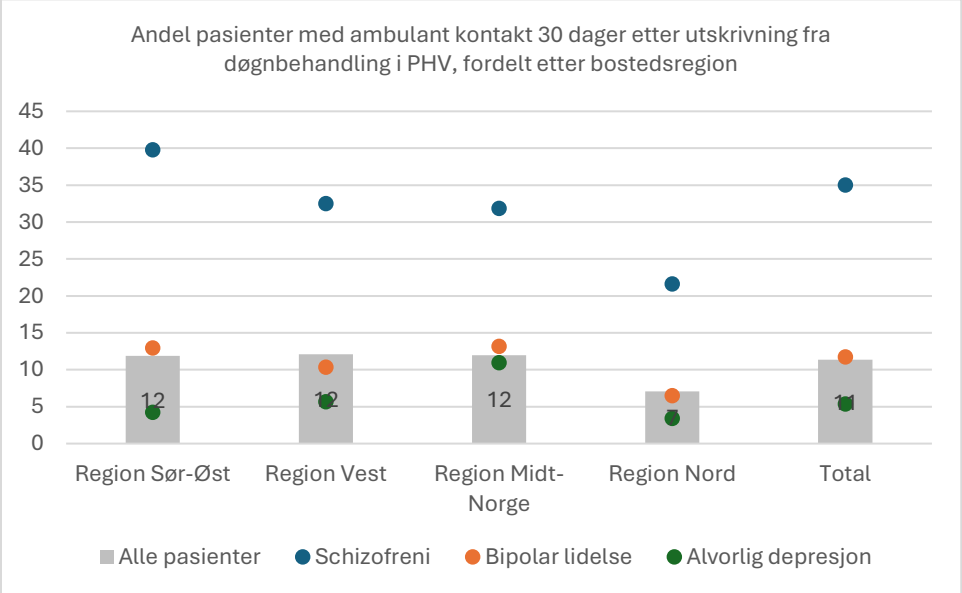
Vi ser det samme mønsteret for pasienter som ble skrevet ut både i 2022 og 2023.

Figurene 6.6 til 6.11 viser andel voksne pasienter med kontakt med ulike tjenester i løpet av den første måneden etter utskrivning fra døgnopphold i psykisk helsevern i 2023. Søylene viser andel med kontakt for alle pasienter utskrevet fra PHV, mens prikkene viser andel med kontakt for pasienter med ulike alvorlige psykiske lidelser.



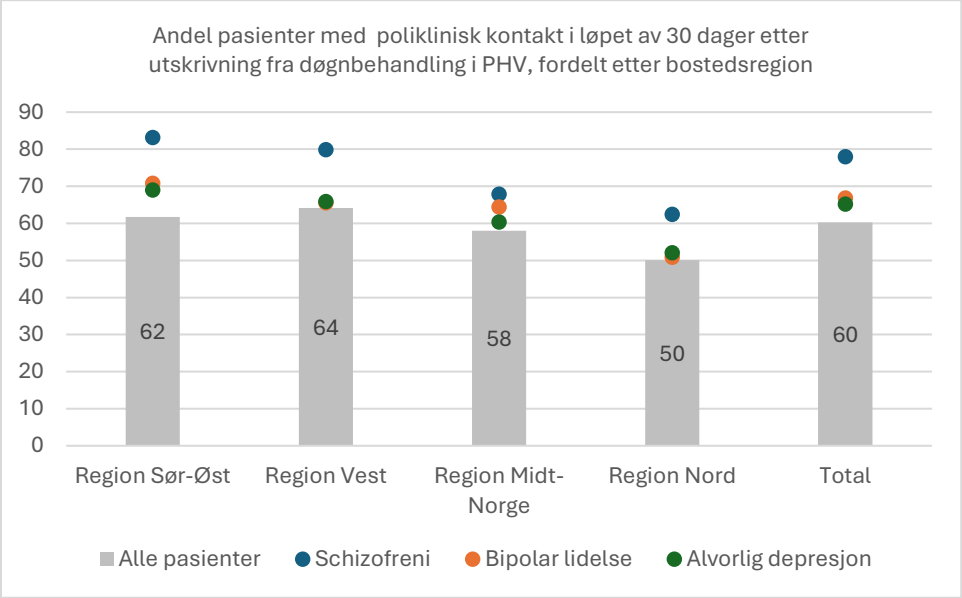
Figur 6.6. Andel voksne pasienter med ACT-/FACT-tjenester eller lignende i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2023.

Andel vokse pasienter som mottok ACT-/FACT-tjenester i løpet av den første måneden etter utskrivning fra psykisk helsevern, var 6% på landsbasis. Det var høyeste andel i Sør-Øst og Vest (7%), og lavest i Midt-Norge (4%). Prikkene viser at det var stor variasjon mellom pasienter med ulike utskrivningsdiagnoser. Over en av fire pasienter med schizofreni (26%) hadde tjenester fra ACT-/FACT team i løpet av de 30 første dagene etter utskrivning, mens kun 1 % av pasienter med alvorlig depresjon hadde denne typen tjeneste.



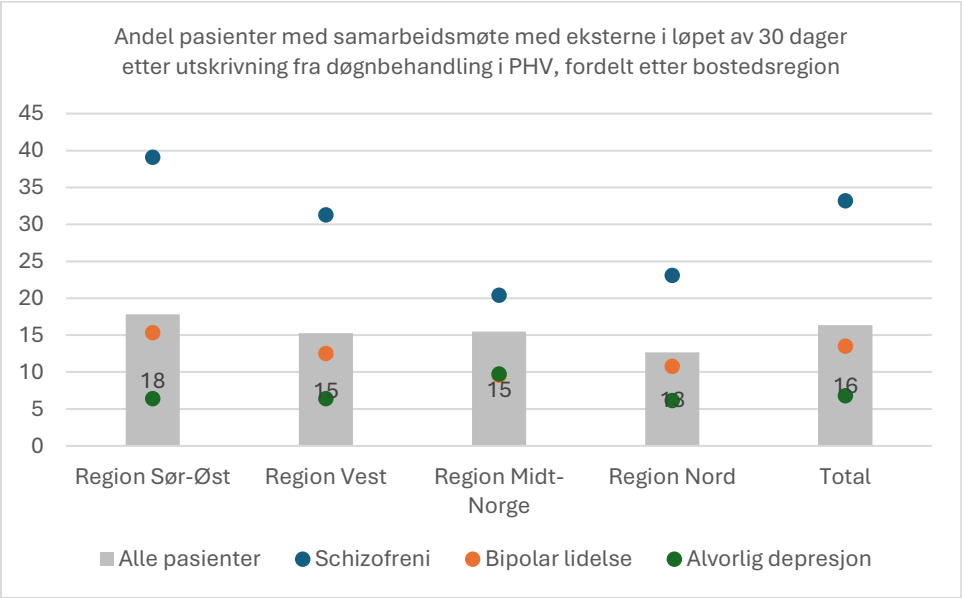
Figur 6.7. Andel voksne pasienter med ambulante tjenester i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2023.

11% av pasientene mottok ambulante tjenester i løpet av den første måneden etter utskrivning i 2023. Region Nord hadde en lavere andel med pasienter ambulante tjenester enn de andre regionene (7%). Prikkene viser at det var stor variasjon i andel med ambulant kontakt mellom pasienter med ulike utskrivningsdiagnoser. Over en av tre pasienter med schizofreni (35%) hadde ambulante tjenester, mens kun 5% av pasienter med alvorlig depresjon hadde denne typen tjeneste. Pasienter med bipolar lidelse hadde omtrent samme andel som pasientene samla (12%).



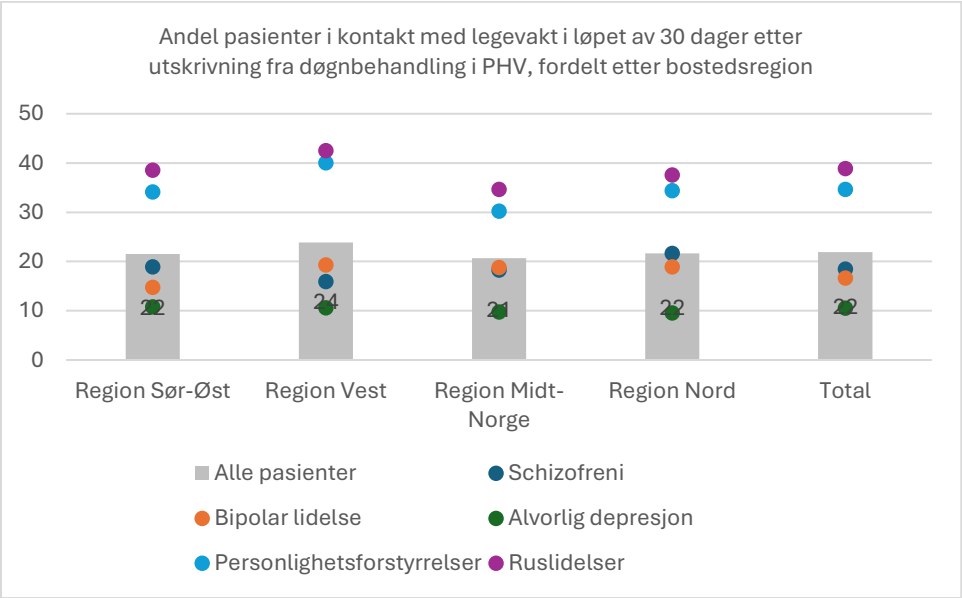
Figur 6.8. Andel voksne pasienter med poliklinisk kontakt med PHV i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2023.

En stor andel av voksne pasienter hadde poliklinisk kontakt med psykisk helsevern den første måneden (60%) etter utskrivning fra døgnopphold. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser hadde i størst grad poliklinisk kontakt. Dette var tilfelle i alle regioner.



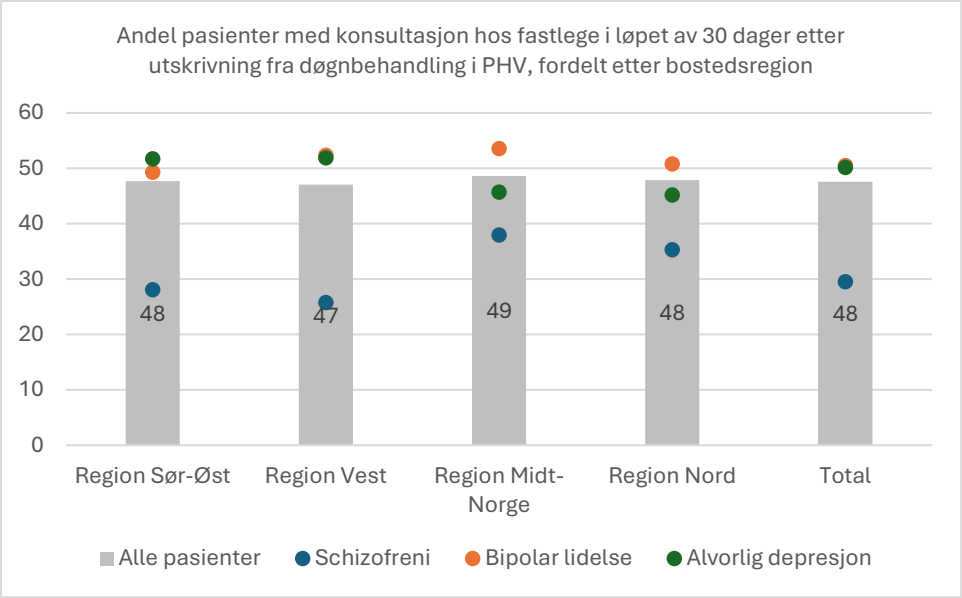
Figur 6.9. Andel voksne pasienter med samarbeidsmøte i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2023.

For 16 prosent av pasientene var det samarbeidsmøte med eksterne tjenester i løpet av den første måneden etter utskrivning fra psykisk helsevern. Prikkene viser at det var stor variasjon mellom pasienter med ulike utskrivningsdiagnoser i hvilken grad det ble avholdt et samarbeidsmøte i den første tiden etter utskrivning. Dette gjaldt for en av tre pasienter med schizofreni (33%), mens det kun var tilfelle for 7% av pasienter med alvorlig depresjon. Blant pasienter med bipolar lidelse var det et samarbeidsmøte for 14% i løpet av de første 30 dagene.



Figur 6.10. Andel voksne pasienter i kontakt med legevakt i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2023.

22 % av pasientene var i kontakt med legevakt første måned etter utskriving. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser var i mindre grad i kontakt med legevakt enn de øvrige pasientene, mens pasienter med personlighetsforstyrrelser og ruslidelser i størst grad var i kontakt med denne tjenesten.



Figur 6.11. Andel pasienter med konsultasjon hos fastlege i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern i 2023.

Nær halvparten av de voksne pasientene hadde en konsultasjon hos fastlege (48%) i løpet av første måned etter utskriving. Pasienter med schizofreni hadde i mindre grad kontakt med fastlegen (30%) enn de øvrige pasientene, noe som var tilfelle i alle regioner.

6.5 Regionenes rapportering av fremskrevet behov for døgnplasser

De regionale helseforetakene skal lage en konkret og tidfestet plan for hvordan døgnkapasiteten i psykisk helsevern i regionen skal økes fram mot 2030, i tråd med gjeldende framskrivningsmodell. Planen skal leveres innen 1. november 2025 og det forventes at den faktiske økningen starter i inneværende år.

I det følgende oppsummeres regionenes rapportering på departementets tilleggsoppdrag nr. 2025-20 om planlagt døgnkapasitet i psykisk helsevern frem mot 2030.

For **Region Midt-Norge** viser framskrivningsmodellen et behov for en samla vekst (liggedøgn) i tjenestene til voksne på 4,3 prosent, med størst vekst ved St. Olavs hospital HF (5,3%) og lavest i Helse Nord-Trøndelag (2,9%). Med uendret beleggsprosent i helseforetakene (totalt 78%) vil det være behov for en vekst på 20 døgnplasser innen 2030. Økes beleggsprosenten med 2% i forhold til dagens situasjon i alle foretak (totalt 80%), vil behovet være en vekst på 8 plasser (7 plasser ved St. Olavs Hospital HF og 1 plass ved HMR HF). Det er vedtatt en økning på 8 plasser, 6 plasser for voksne i Helse Møre og Romsdal HF i 2025 og 2 regionale sikkerhetsplasser ved St. Olavs Hospital HF i 2026. I tillegg utredes økt kapasitet med 50-60 plasser innen PHV, PHBU og TSB (nasjonale/regionale sikkerhetsplasser, overgangsboliger og øvrige plasser). I tjenestene

til barn og unge viser framskrivningen av liggedøgn en reduksjon på 2,8 prosent samlet for PHBU i Helse Midt-Norge for perioden 2026-2030.

For **Region Vest** vil en fremskrevet vekst på 5 prosent (11 098 liggedøgn) i psykisk helsevern for voksne tilsvare 36 flere døgnplasser gitt 85 prosents belegg (2024 som utgangspunkt). Regionens utviklingsplaner er preget av flere større bygge- og investeringsprosjekt, og kapasitetsøkningen er i hovedsak planlagt på sykehus der beleggsprosenten er høy. I tillegg til planer om vekst i sikkerhetsplasser i flere foretak i regionen, vil økt dekning i DPS (fra 80 til 85%) tilsvare 6120 liggedøgn og nærmere 20 døgnplasser. Regionen viser til at denne veksten i kapasitet vil kunne ivaretas gjennom bedre fordeling av pasienter mellom institusjoner, økt evne til å ivareta pasienter med alvorlig problematikk i DPS eller omgjøring av døgnplasser i DPS til sykehusplasser i tråd med lokale behov. Veksten i døgnplasser i inneværende år (2025) skjer i Helse Stavanger med 2 sykehus-plasser. Helse Vest RHF vurderer ut fra dette at planene for døgnkapasitet fram mot 2030 er i tråd med de estimerte behovene i framskrivningsmodellen.

Gjeldende framskrivningsmodell viser at det er behov for en samla vekst på 7 døgnplasser i psykisk helsevern i **Region Nord** fram mot 2030, en økning på 8 plasser i PHV og en reduksjon med en plass i PHBU. Det planlegges med 11 nye døgnplasser i PHV og uendret kapasitet i tjenestene for barn og unge. Det er også en del planer som ikke er tatt med i disse beregningene, som konsekvens av utvikling av Nye Åsgard i perioden 2027-2031. I tillegg er det prosesser i Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset med å utrede etablering av akuttavdelinger godkjent for ø-hjelp og tvang, som igjen kan påvirke kapasitet i de andre helseforetakene i regionen. Men regionen konkluderer med at "eksisterende planer oppfyller krav om vekst i tråd med framskrivningsmodellen frem mot 2030 og kravet om at veksten skal starte allerede i 2025".

I **Region Sør-Øst** er det innen psykisk helsevern for voksne gjennomført/planlagt flere endringer frem mot 2032 som påvirker antall døgnplasser i de ulike helseforetakene/sykehusene. Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF vil få en reduksjon i aktivitet i perioden (liggedøgn), samtidig som Akershus universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus får en økning.

Framskrevet behov for døgnplasser i psykisk helsevern voksne, viser et behov for 1 652 døgnplasser i 2030 med et gjennomsnittlig belegg på 85 prosent. Dagens døgnkapasitet ved helseforetak/sykehus er rapportert å være 1 500 døgnplasser, og det er planlagt for en kapasitet på 1 566 døgnplasser i 2030. Det er dermed behov for en økning på 86 døgnplasser frem mot 2030 utover dagens planer hvis sykehusene skal ha et gjennomsnittlig belegg på 85 prosent. I dag drifter noen av helseforetakene med et høyere belegg enn dette.

I psykisk helsevern for barn og unge, er det betydelig overkapasitet i regionen (+32 plasser) gitt en beleggsprosent på 75%. Med unntak for Akershus universitetssykehus HF (-3 døgnplasser), er det for samtlige helseforetak planlagt flere døgnplasser enn framskrevet behov i 2030. I tillegg kommer hjemmesykhus-plasser ved Oslo universitetssykehus HF (10 plasser) og døgnplasser hos private avtaleinstitusjoner (48 plasser).

Helse Sør-Øst vurderer situasjonen som følger: "Dagens planer for å øke døgnplasser i helseforetakene og sykehusene i regionen er ikke tilstrekkelig for å møte framskrevet aktivitet fram mot 2030, og dette vil kunne føre til et høyere belegg og en mer presset driftssituasjon enn ønskelig. Helse Sør-Øst RHF vil derfor gå i dialog med de ulike helseforetakene/sykehusene og adressere behovet for å styrke antall døgnplasser i tråd med fremskrevet behov. Helse Sør-Øst RHF vil øke kjøpet hos private avtaleparter så snart det er mulig, med ønske om effekt av utvidelsen allerede i 2025."

Framskrivningsmodellen er planlagt oppdatert høsten 2026, og dette vil kunne få konsekvenser for regionenes estimerte behov og planer for døgnkapasiteten i psykisk helsevern. Prioritering av pasienter med alvorlig psykiske lidelser samt faglig utvikling/omstilling av tjenestene er signalisert videreført av flere regioner. Helse Midt-Norge RHF formulerer utviklingen på følgende måte:

"For voksne vil hittil utvikling med størst vekst i liggedøgn blant pasienter med alvorlig psykiske lidelser (større enn forutsatt i framskrivningsmodellen) og mindre vekst blant med moderate lidelser, medføre at prioriteringen av døgntilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser vil fortsette framover. Samtidig vil det være en omstilling til mer polikliniske, ambulante og hjemmebaserte tilbud til pasienter med mer moderate tilstander."

Helse Vest understreker også betydningen av å støtte opp under den faglige utviklingen:

"Vurderingar av den strategiske utviklinga av døgntilbodet i regionen peikar på eit behov for vidare utbygging av sjukehuskapasitet, og ei betre utnytting av kapasitet innan DPS, supplert med ei vidare satsing på ambulante/FACT team tilpassa ulike pasientgrupper, og dessutan poliklinisk verksemd."

Helse Sør-Øst uttrykker planlagt utvikling på denne måten:

"Helseforetakene/sykehusene arbeider for eksempel med å vurdere og utvikle løsninger for overgangsboliger i henhold til “Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri” i dialog med kommunene i helsefellesskapene… . Det vil fortsatt være en satsing på intensive behandlingstilbud som ambulante team, hjemmesykehus m.m. som ikke telles som døgnplasser, selv om det er tilbud som kvalitativt ligner et døgnopphold og reduserer behov for døgnopphold. Det er grunn til å tro at denne faglige utviklingen også vil kunne påvirke framskrevet behov for døgnplasser i den aktuelle tidsperioden."

Resultatmål 7: Levealder blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelproblem

7.1 Sammendrag

Flere studier har vist at mennesker med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddelproblemer lever kortere sammenlignet med den øvrige befolkningen. Sammenligning av estimert levealder mellom mennesker med alvorlig psykisk lidelse og den generelle befolkningen viser en vedvarende betydelig forskjell på omtrent 13 år for menn og omtrent 10 år for kvinner. Sammenligning av estimatene mellom mennesker med rusmiddelproblem og den generelle befolkningen viser en lignende vedvarende forskjell på omtrent 14 år for menn og omtrent 11 år for kvinner. Disse estimatene er i samme størrelsesorden som nordiske og internasjonale estimater. I denne rapporteringen presenterer vi en baselinemåling for levealder utarbeidet av FHI [60]. I tråd med pågående forskning i FHI vil indikatorene nyanseres og videreutvikles i tiden fremover.

Tallfestingen av levealder avhenger av metodevalg, observasjonsperiode og definisjon av alvorlig psykisk lidelse samt rusproblematikk. Eksempelvis når det gjelder pasientpopulasjonen er det ulik alvorlighetsgrad av den psykiske lidelsen for pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern sammenlignet med de som kun er i kontakt med sin fastlege og følgelig ulik risiko for død. I rapporteringen presenteres baselineresultater for menn og kvinner i behandling for alvorlig psykisk lidelse og under oppfølging i primærhelsetjenesten samt utvidelse med hensyn til personer henvist til og under behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (tabell 7.1).

Tabell 7.1 Definisjonen av alvorlige psykiske lidelser inkludert diagnostiske kategorier og tilhørende ICD-10/ICPC-koder.

Diagnostisk kategori	Diagnosekode	Tjenestenivå
Alvorlig psykisk lidelse		
Schizofreni-spektrum lidelse	F20, F25 og P72	Døgnbehandling, poliklinikk og primær helsetjenesten
Bipolar lidelse	F30, F31 og P73	Døgnbehandling, poliklinikk og primær helsetjenesten
Depressiv lidelse	F32 og F33	Døgnbehandling
Rusmiddelproblem		
Samtlige diagnoser	Samtlige diagnosekoder	Døgnbehandling og poliklinikk i TSB sektor

Inklusjonen av pasienter i kontakt med primærhelsetjenesten medfører et mer komplett bilde av pasientpopulasjonen som legges til grunn for beregning av levealder.

[60] Hjell,G.,Reneflot,A. og Tesli,M. (2026). Indikator for Resultatmål 7 i Opptrappingsplanen for psykisk helse 2023-2033. FHI.

Pasientgruppene vi her legger til grunn har hatt stabile prevalenstall frem mot 2023, med unntak av pasienter i rusbehandling hvor økningen i det polikliniske tilbudet har medført flere pasienter i behandling. Beregningsmetoden for levealder er basert på Life-years lost (LYL). Forventet levealder for mennesker med alvorlige psykisk lidelser eller med rusmiddelproblemer for 2023 er presentert i tabell 7.2.

Tabell 7.2 Nasjonale baselineverdier for indikatorer for resultatmål 7, inkludert forventet levealder for kvinner og menn med alvorlig psykisk lidelse, kvinner og menn med rusmiddelproblem og kvinner og menn i den generelle befolkningen.

Indikator	År for baseline/ referanseår	Datagrunnlag	Verdi på indikator baseline år (95% konfidensintervall)
Forventet levealder for menn med alvorlig psykisk lidelse	2023	FHI	68,53 (67,93 – 68,83)
Forventet levealder for kvinner med alvorlig psykisk lidelse	2023	FHI	74,69 (74,41 – 75,19)
Forventet levealder for menn med rusmiddelproblem	2023	FHI	66,98 (66,69 – 68,65)
Forventet levealder for kvinner med rusmiddelproblem	2023	FHI	72,86 (72,09 – 76,70)
Forventet levealder for menn i den generelle befolkning	2023	FHI	81,47 (81,41 – 81,54)
Forventet levealder for kvinner i den generelle befolkning	2023	FHI	84,38 (84,31 – 84,41)

Personer i behandling i sektoren TSB inkluderes i årets rapportering. Denne pasientgruppen har i liten grad samtidig alvorlig psykisk lidelse. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematikk (ROP) belyses ikke som egen gruppe. Bakgrunnen er at forekomsten av rusproblematikk blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse trolig er underestimert i innrapporterte pasientopplysninger til Norsk pasientregister [61].

Iverksetting av tiltak knyttet til bedring av livskvalitet, oppmerksomhet på somatisk helse og gode behandlingsforløp i samarbeid med de kommunale tjenestene overfor de nevnte pasientgruppene, vil på lang sikt være grunnlag for å forvente endringer. Systematiske oppdatering og nyansering av estimater på levealder blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer danner et godt grunnlag for å følge med på målrettede tiltak som kan redusere dødelighetsgapet.

[61] Substance use among patients in specialized mental health services in Norway prevalence and patient characteristics based on a national census.pdf

Resultatmål 8: Helsepersonells tid til pasienter, brukere og fagutvikling

8.1 Sammendrag

Det er heller ikke i år funnet tilstrekkelig gode og dekkende datakilder for indikatorer for dette resultatmålet. Det er gjennomført videre undersøkelser av mulige datakilder uten å lykkes på en god måte. Helsedirektoratet peker på nytt at det mest egnede løsningen vil være å gjennomføre 2 spørreundersøkelser til utvalgte ansatte i både kommunene og spesialisthelsetjenesten, gjerne i 2027/2028. Status ved utgangen av august 2026 er at det er gitt klarsignal fra direktoratet og bevilget midler til å gjennomføre en slik undersøkelse.

8.2 Status for datagrunnlag og mulige kilder

Det er gjennomførte undersøkelser og aktiviteter for å forsøke å fremskaffe et godt datagrunnlag for å måle utvikling og status for dette resultatmålet, men det har ikke ført frem til en hensiktsmessig dekkende løsning. Det ble gjort en tilsvarende vurdering i november/desember 2024, og dette er oppsummert i notatet "Hvorfor gjennomføre en ny undersøkelse" (lenke). Notatet fra 2024 konkluderer med at den beste løsningen er at det gjennomføres målrettede spørreundersøkelser for resultatmålet da det ikke finnes gode og tilstrekkelig dekkende undersøkelser i andre kilder. Det ble likevel besluttet av HOD i starten av 2025 at det ikke skulle igangsettes slike målrettede undersøkelser, men at vi skulle søke etter andre alternativer. Det er derfor søkt videre etter ytterligere andre løsninger for dette resultatmålet. Det som har blitt undersøker er følgende:

- **Benytte tilrettelagte data fra RHF-enes ForBedring-undersøkelse.**
  Denne medarbeiderundersøkelsen har noen spørsmål om ansattes opplevelse av arbeidssituasjonen. RHF-ene ble forespurt om det var mulig å få tilrettelagte data for de som jobber i psykisk helsevern/TSB. Dette førte ikke frem da det var en bekymring for at en slik annen bruk på sikt kunne påvirke ansattes svar i undersøkelsen.

- **Benytte data om sykefravær og turnover**
  Det har vært dialog med SSB om tilrettelegging av data om sykefravær og evt turnover for årsverk i pasientrettet arbeid i psykisk helsevern og TSB. Denne statistikken inkluderer både offentlige helseforetak og private institusjoner med avtale med RHF-ene som yter en betydelig del av behandingstilbudet i TSB. Ønskede data om sykefravær er mottatt fra SSB, mens det var mer utfordringer med turnover, som det evt må jobbes med på et senere tidspunkt. Både data om sykefravær og turnover vurderes uansett av oss i Helsedirektoratet å være veldig indirekte mål til resultatmålet. Hvorvidt personene jobbet i turnus var også

forespurt SSB, men denne differensieringen av årsverk hadde lav pålitelighet. Det er også en bekymring for at evt endring eller variasjon over tid eller på tvers områder kan handle om helt andre ting enn helsepersonells opplevelse av tid, og at sykefravær/turnover derfor kun vil være meningsfull å benytte i en rapportering som et supplement til en mer presis og valid hovedindikator.

- **Benytte kartleggingen for psykiske helse- og rusarbeid i kommuner (IS-24/8)** Både ForBedring og sykefraværsdata dekker kun spesialisthelsetjenesten, men resultatmålet dekker også helsepersonell i kommuner. Det er derfor vurdert å inkludere spørsmål i kartleggingen IS-24/8 for å få kommunes vurdering av utvikling og status for helsepersonells vurdering av tid til pasienter, brukere og faglig utvikling. Men det er tilnærmet umulig for kommuner å svare godt på dette for alle sine personellgrupper og ansatte. Dette er derfor også et veldig indirekte datagrunnlag for det som resultatmålet favner.

Det har i tillegg vært dialog med Helse Vest våren 2026 om muligheten for å utvikle noen indikatorer basert på mulige datakilder, men dette arbeidet er ikke endelig konkretisert og avklart.

Vi har gjennomført flere kartlegginger og undersøkelser for å finne et godt og dekkende datagrunnlag for resultatmål 8, uten å lykkes. Vi går derfor tilbake til vårt opprinnelige forslag om å gjennomføre en målrettet spørreundersøkelse to til tre ganger i planperioden.

Erfaringene fra Helseplattformen viser at lokale registreringssystemer har stor betydning for trivsel på arbeidsplassen. De viser også hvor viktig det er å spørre ansatte direkte om hvilke utfordringer de opplever i arbeidet sitt.

En individbasert undersøkelse kan gi svar på hvordan den enkelte opplever tid til pasienter og brukere, og mulighet for faglig utvikling. Den kan også vise hvilke forhold som gir mer eller mindre tid, og om det er variasjoner mellom sektorer, tjenestenivåer og yrkesgrupper. Planperioden er nå godt i gang. Derfor er det mest hensiktsmessig å gjennomføre én undersøkelse midtveis (for eksempel i 2027) og én ved slutten av perioden (for eksempel i siste halvår av 2033). Undersøkelsen bør omfatte både spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene, og inkludere et bredt utvalg av helsepersonellgrupper.

Status ved utgangen av august 2026 er at det er gitt klarsignal til direktoratet for å gjennomføre en slik undersøkelse.