

Vedlegg 1: En sterk og likeverdig kommunehelsetjeneste for psykisk helse

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

Kommunens styrker

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

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

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

Kommunens utfordringer

Store variasjoner i kommunenes psykiske helsetilbud

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

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

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

Vi mangler grunnleggende styringsdata om psykisk helse i kommunen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kommunepsykologrollene – en del av løsningen

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

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

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

Utdypning av ulike roller for psykologer i kommunen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Psykolog på fastlegekontor

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

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

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

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

⁶ Jfr forskning fra Silje Reme m.fl.

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

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

Det bør innføres psykolog på fastlegekontor i distriktskommuner

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

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

Stabil og forutsigbar finansiering av psykiske helsetjenester i kommunen

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

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

⁷ Evalueringsrapport fra Oxford research ventes våren 2026.

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

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

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

Psykologforeningen mener

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