

## Vedlegg 3: Om psykisk helsevern

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

Tradisjonell døgnbehandling er kostnadsdrivende og gir begrenset tilgjengelighet for befolkningen. Alternative tilnærminger til intensivering av behandlingsforløp er etablert flere steder med større tilgjengelighet for flere brukere. Systematiske evalueringer av tilbud som ACT/FACT team, akuttambulante team, strukturerte dagtilbud og sterke kommunale tjenester har vist at slike kan bidra til å forkorte liggetid og forebygge tvang og bør bygges videre ut<sup>23</sup>. Samtidig forsvinner ikke behovet for robuste døgntilbud både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten med utviklingen av oppsøkende tjenester.

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

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

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

---

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

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

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

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

### Om finansieringsmodeller i psykisk helsevern

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

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

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

Sykehusutvalget foreslo i 2023 å innføre rammefinansiering som hovedmodell for både somatikk, psykisk helsevern og TSB. Psykologforeningen støttet dette forslaget i sitt hørings svar<sup>4</sup>, og mener det fortsatt er relevant for Helsereformutvalgets arbeid.

Rammefinansiering vil kunne redusere usikkerheten i budsjetteringene i helseforetakene og gi et bedre grunnlag for å prioritere langsiktig kompetansebygging, fagutvikling og samhandling. Aktiviteter som er avgjørende for kvaliteten i psykisk helsevern blir i liten grad belønnet av dagens ISF-system. Psykologforeningen pekte også på at ISF har vist seg å hemme faglig innovasjon, for eksempel ved at nye og godt evaluerte behandlingsformater som intensivbehandling over kortere tid ga økonomisk tap for sykehusene fordi de ikke passer inn i finansieringssystemets logikk. Det er en trend internasjonalt om at stadig flere land beveger seg bort fra ISF-inspirerte finansieringsmodeller, altså basert på diagnoserelaterte grupper<sup>5</sup>.

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

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

## Om sykehusbygg og store investeringer i psykisk helsevern

Psykisk helsevern har behov for investeringer i sykehusbygg. Den arkitektoniske utformingen av bygg har betydning for behandlingskvaliteten. Det er økende kunnskap om hvordan lys, lyd, romløsninger og tilgang til rekreasjonsområder påvirker behandlingen av psykiske lidelser<sup>6</sup> – og som kan påvirke forutsetningene for å redusere bruk av tvang. Eksempelvis kan romløsninger være et viktig virkemiddel for å redusere tvang. Erfaringsmessig er størrelse på rom og ganger sentralt, fordi hvis en har stor nok plass, reduserer dette behovet for å være for tett innpå pasienter som opplever situasjoner som truende. Psykologforeningen erfarer at slike faglige perspektiver i varierende grad ivaretas ved planlegging av nye sykehusbygg. Vi mener det bør stilles tydeligere krav til innhenting og involvering av

---

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

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

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

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

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

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

## Styring, styrer og ansvarsforhold

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

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

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

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

## Tverrgående prinsipp: åpenhet og medvirkning i helsetjenesten

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

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

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

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

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

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

## Oppsummering og anbefalinger

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

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