



SINTEF



Rapport

Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033) Statusrapport 2026

Forfatter(e):

Jorid Kalseth, Silje L. Kaspersen, Solveig Osborg Ose, Marian Ådnanes, Kirsti Sarheim Anthun

Rapportnummer:

2026-00154 - Åpen

Oppdragsgiver:

Helsedirektoratet

Rapport

Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)

Statusrapport 2026

EMNEORD

Opptrappingsplan
Psykisk helse
Evaluering
Implementering

VERSJON

Versjon

DATO

2026-03-24

FORFATTER(E)

Jorid Kalseth, Silje L. Kaspersen, Solveig Osborg Ose, Marian Ådnanes, Kirsti Sarheim Anthun

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Mikael Julius Sømhovd

PROSJEKTNUMMER

102032480

ANTALL SIDER

58

SAMMENDRAG

Sammendrag

Dette er første statusrapport i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023-2033), og oppsummerer arbeidet i prosjektets oppstartsfasen. Hovedvekten det første året har ligget på å rigge evalueringen, etablere datagrunnlag og skaffe oversikt over planen, planprosessene og den nasjonale implementeringen. Rapporten er strukturert i fire hovedkapitler: evalueringstilnærming, status for evalueringsarbeidet, resultater i form av analyser av plan, nasjonal iverksetting, resultatmål, utviklingstrekk i kommuner og spesialisthelsetjenesten, innspill fra tjenestene, implementeringsprosess og kommunikasjon, samt en særskilt drøfting av tiltak for barn og unge. Kapittel 5 oppsummerer de overordnede vurderingene og anbefalingene.

UTARBEIDET AV

Jorid Kalseth

SIGNATUR


Jorid Kalseth (May 18, 2026 11:23:08 GMT+2)

KONTROLLERT AV

Merete Rørvik

SIGNATUR


Merete Rørvik (May 18, 2026 11:37:44 GMT+2)

GODKJENT AV

Øystein Risa

SIGNATUR


Øystein Risa (May 18, 2026 11:48:51 GMT+2)

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
V1	2026-02-13	Første versjon til gjennomlesning hos oppdragsgiver
V2	2026-03-24	Oppdatert versjon

Innholdsfortegnelse

Oppsummering	5
1 Innledning	11
2 Evalueringstilnærming	13
2.1 Tilnærming til å vurdere om, og hvordan, tiltakene i planen bidrar til å oppnå målene	14
3 Status for arbeidet i evalueringsprosjektet	16
3.1 Data- og kunnskapsgrunnlag for statusrapporten	17
4 Resultater	18
4.1 Analyse av planen og planarbeidet	18
4.2 Nasjonal iverksetting og gjennomføring	21
4.2.1 Penger – opptrapping	21
4.2.2 Status på iverksetting og gjennomføring av tiltak	24
4.3 Resultatmålene	27
4.3.1 Barn og unges selvrappporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent	28
4.3.2 Andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert	30
4.3.3 Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus	30
4.3.4 Barn og unge som henvises til psykisk helsevern barn og unge (PHBU) får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten	33
4.3.5 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)	34
4.3.6 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	34
4.3.7 Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert	37
4.3.8 Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling	38
4.4 OPSY i kommunene	38
4.4.1 Fra IS-24/8	38
4.4.2 Fra årsrapportene fra statsforvalterne for 2024	39
4.4.3 Fra spørreskjema til kommunedirektører	40
4.5 OPSY i spesialisthelsetjenesten	42

4.6	Innspill fra tjenestene på hva som bør iverksettes eller styrkes	42
4.7	Implementeringsprosess.....	44
4.7.1	Roller og organisering.....	44
4.7.2	Tverrsektorielt samarbeid	46
4.7.3	Nasjonal gjennomføringsprosess.....	47
4.7.4	Gjennomføring på tjenestenivå.....	48
4.8	Kommunikasjon	49
4.9	Barn og unge	49
5	Vurderinger og anbefalinger for nasjonal gjennomføring.....	52
5.1	Utarbeide en mer tydelig nasjonal faseinndelt gjennomføringsplan	52
5.2	Samordning med andre planer og strategier.....	52
5.3	Mer tydelig kommunikasjon om OPSY.....	53
5.4	Etablere/forsterke nasjonale implementeringsstrukturer og nasjonale/lokale implementeringsnettverk	53
5.5	Samordnet kapasitetsstyring mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste	54
5.6	Utvikle tiltak som passer små kommuner.....	54
5.7	Avklare lavterskeltilbud mht resultatmål 3.....	55
5.8	Tydelig forankring i menneskerettigheter og recovery-orientering	55
5.9	Oppsummering	56
6	Referanser	57

BILAG/VEDLEGG

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Oppsummering

Dette er den første statusrapporteringen i evalueringsprosjektet.

Evalueringsstilnærming

Evalueringen av Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033) (OPSY) er lagt opp som en fleksibel, forskningsbasert følgeevaluering som skal følge både gjennomføring og resultater fram til 2033. Siden OPSY er en omfattende og langvarig plan, bygger evalueringen på tilnærminger som brukes for å forstå komplekse programmer. For å vurdere om OPSY bidrar til måloppnåelse vil evalueringen bruke bidragsanalyse, basert på programteori som beskriver hvordan tiltak antas å virke, hvilke forutsetninger som må være til stede, og hvilke eksterne faktorer som kan påvirke resultatene. Evalueringen skal undersøke både nasjonal gjennomføring av tiltak og lokal implementering i kommuner og helseforetak, ved hjelp av dokumentgjennomgang, intervjuer, spørreundersøkelser og registerdata og statistikk. Resultatvurderingen vil bygge på en kombinasjon av tidligere forskning, forskning igangsatt gjennom andre prosjekter i OPSY og evalueringens egne analyser. Hovedformålet med følgeevalueringen er ikke å måle effekten av hvert enkelt tiltak isolert, men å forstå hvordan gjennomføring på de ulike innsatsområdene samlet bidrar til systemendring i psykisk helsefeltet.

Status for arbeidet i evalueringsprosjektet

Evalueringsprosjektet startet i 2025. Mye tid har gått med til å rigge prosjektet, få oversikt over tiltak og framdrift, utvikle evalueringsopplegg, kunnskapsinnhenting (dokument- og litteraturgjennomgang) og sikring av registerdatatilgang. Et viktig arbeid i 2025 har vært å gjennomføre intervjuer med sentrale aktører om utvikling av og innhold i planen, og organisering av nasjonal gjennomføring. En vitenskapelig artikkel på dette arbeidet nærmer seg innsending til et internasjonalt tidsskrift. Flere spørreundersøkelser er igangsatt, blant annet til kommunedirektører, økonomiansvarlige i kommunene og kompetansesentra, men svarprosenten er lav i kommunene. Vi viser til hovedresultater fra disse i rapporten. En større spørreskjemaundersøkelse i kommunene og helseforetakene er planlagt gjennomført i 2026.

Om utvikling og innhold i planen

Analysene viser at Opptappingsplanen (OPSY) har en sterk politisk forankring. Ambisjonene i planen er store, og innretningen speiler internasjonale anbefalinger med vekt på forebygging, tilgjengelige lokale tjenester, innsats for personer med komplekse og langvarige behov (herunder ROP-pasienter og sikkerhetspsykiatri), samt personell og kompetanse, ledelse, kvalitet, tverrsektorielt samarbeid og kunnskapsbaserte tjenester. Den tiårige planhorisonten gir rom for langsiktighet og justeringer underveis, og tiltakene er ofte generelle og løst formulerte. Analysene viser bred støtte til planens retning og verdimeslige grunnlag, men også uro over utilstrekkelig finansiering og svak gjennomslagskraft fordi tiltak og gjennomføring ikke er tilstrekkelig konkretisert og tidfestet. Det er betydelig usikkerhet om måloppnåelse, særlig på grunn av svak samordning, økonomiske rammer, demografi, presset kommuneøkonomi og mangelfull samhandling.

Nasjonal iverksetting

Opptappingsplanen for psykisk helse innebærer en varig økning i bevilgningene på tre milliarder kroner over ti år. De første tre årene har de største satsningene når det gjelder opptapping av midler vært styrking av kommunale lavterskeltilbud, økt døgnkapasitet og styrking av sikkerhetspsykiatrien. Samtidig er det vanskelig å følge pengestrømmene og vurdere om opptappingen faktisk når tjenestene, ettersom midler blant annet legges inn i rammetilskudd (kommuner) og basisbevilgning (RHF). Kommunenes håndtering av økte rammetilskudd varierer, og mange oppgir lav oppmerksomhet om dette i administrasjonen og blant politikerne, usikkerhet om bruken, eller at midlene brukes til å saldere

budsjetter. Besvarelsene tyder på at midlene ikke nødvendigvis gir økte bevilgninger til psykisk helsearbeid i alle kommuner. Samlet gir materialet inntrykk av at OPSY i mange kommuner ikke har gitt opptrapping, men bidratt til å skjerme psykisk helsearbeid fra å bygges ned. Det påpekes også at midlene er beskjedne og ikke nok til å bidra til vesentlige endringer.

En stor del av de 93 OPSY-tiltakene er enten utredninger eller generelt formulerte tiltak, noe som gjør statusvurderingene krevende. Mange tiltak er satt i gang og mange er ferdigstilt, særlig de som handler om kunnskapsgrunnlag, utvalgsarbeid og meldinger. Likevel har en betydelig andel av tiltakene trolig ennå ikke nådd tjenestene eller målgruppene, ofte fordi de er utredninger som skal gi grunnlag for senere tiltak. Det er vanskelig å vurdere om de faktisk er implementert eller har bidratt til endring siden mange av tiltakene er videreføring av eksisterende satsninger. Samtidig finnes det tiltak som har nådd tjenestene, som blant annet styrking av lavterskeltilbud og døgncapasitet, vurderingssamtaler, fjerning av egenandelen for pasienter til og med 25 år for behandling i psykisk helsevern, og videreutvikling av oppsøkende tjenester.

Vurderinger knyttet til resultatmålene

Helsedirektoratet (Hdir) har ansvar for å operasjonalisere og rapportere på resultatmålene. Arbeidet har vist seg langt mer utfordrende enn forventet, særlig når det gjelder å finne gode datakilder og entydige operasjonaliseringer. Det gjelder ikke minst resultatmål 8 *Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling*, som oss bekjent p.t. heller ikke er landet ennå. Vi har gjort oss noen refleksjoner om resultatmålene. Mange av indikatorene baserer seg på diagnoser, noe som gjør målingene sårbare for endringer i diagnosepraksis. Det anbefales derfor å supplere diagnosebaserte mål med utvikling i relevante totaltall.

For resultatmålet om psykiske plager blant barn og unge er det uklart rundt hvilket referanseår som skal brukes. Det bør avklares om det skal være 2014 (som nå) eller starten av planperioden fra 2023. Det er også et misforhold mellom målformuleringen (psykiske helseplager blant barn og unge) og tilleggsindikatorer basert på diagnostiserte lidelser, og at dagens indikatorer dekker kun ungdom, ikke barn. Når det gjelder målet om reduksjon i unge uføre foreslår vi at indikatoravgrensningen vurderes på nytt, fordi målet ikke omfatter unge med alvorlige psykiske lidelser, en gruppe som tiltak i planen også retter seg mot.

Målet om kunnskapsbaserte lavterskeltilbud utfordres av uklare definisjoner og stor variasjon i tilbud. Vi foreslår at det tas en ny avklaring både av målgruppe og hva som regnes som kunnskapsbaserte tjenester. Å bruke Rask psykisk helsehjelp (RPH) som målindikator er lite hensiktsmessig, spesielt for små kommuner. RPH er heller ikke rettet mot barn og unge under 16 år. For vurderingssamtaler i BUP mangler det data som kan måle måloppnåelse på individnivå, og det finnes ulike modeller i bruk. Arbeid med anbefalinger og registrering pågår. Tallene for resultatmål om ventetider viser at supplerende indikatorer gir et mer presist bilde av ventetider enn hovedindikatoren alene, særlig fordi diagnosegrupper har ulike frister etter prioriteringsveilederen. Når det gjelder døgncapasitet gir ulike definisjoner og praksis i telling av døgnplasser i helseforetakene usikre tall. Liggedøgn kan være et supplement, men må tolkes i lys av endret oppholdstid. Utviklingen bør uansett vurderes sammen med utvikling i alternative tjenester til døgnopphold. Vi støtter derfor bruken av supplerende indikatorer. For målet om økt levealder er det uklart hvorfor rusmiddelproblemer, som inngår i målformuleringen, ikke er med i indikatorene. Det anbefales også å vurdere å harmonisere med eksisterende nasjonale kvalitetsindikatorer eller supplere med tapte leveår.

Noen sentrale utviklingstrekk

Når det gjelder barn og unges psykiske helse, viser data fra Ungdata at den langvarige økningen i selvrapporterte psykiske plager blant tenåringer ser ut til å ha stoppet opp, med tegn til svak nedgang spesielt blant jenter, men at angstplager fortsetter å øke. Samtidig viser nyere tall at nivåene av skolepress, stress og kroppslig ubehag fremdeles er høye for en betydelig minoritet av ungdommene. Tall fra Ungdata Junior viser at for barn i barneskolealder er det også utfordringer knyttet til søvn, kosthold og kjedsomhet i skolen. Forekomst av mobbing er høy for både barn og unge. Den store og økende andelen barn og unge med nevroutviklingsdiagnoser (ADHD og autisme) er et tydelig utviklingstrekk. Analyser fra Folkehelseinstituttet (FHI) viser et sammensatt bilde når det gjelder hva som ligger bak den langvarige økningen i selvrapporterte psykiske plager blant unge. Ensomhet, skolepress og søvnproblemer peker seg ut som sannsynlige forklaringsfaktorer. Det er også sosiale forskjeller i risiko for psykiske plager.

Mange kommuner omstiller sine tjenester i tråd med OPSYs prioriteringer, og planlegger eller har allerede iverksatt nye tiltak for både voksne og barn og unge, med særlig vekt på å styrke lavterskeltilbud, tidlig innsats og forebygging. Andelen kommuner som rapporterer at de har lavterskeltilbud øker, men rask psykisk helsehjelp for voksne er fortsatt lite utbredt i små kommuner. Lovendringen vedrørende barnekoordinator (2021), oppvekstreformen (2022), samfunnsoppdraget for inkludering av barn og unge (2022) og veilederen for barn og unge (2023) har hatt stor betydning som rammeverk for tjenesteutvikling i kommunene. Dette har bidratt til det vi vurderer som et større momentum for endring på barn- og ungefeltet, enn voksenfeltet i psykisk helsearbeid.

I spesialisthelsetjenesten sees en parallell utvikling, med klar dreining mot ambulante og fleksible behandlingstilbud, og det rapporteres om økt samarbeid med barnevern og kommuner. Ventetiden har gått ned i flere år og var i siste del av 2025 under måltallet for alle sektorer. Det rapporteres om høyt press på døgncapaciteten i psykisk helsevern for voksne mange steder, og særlig innen akutt- og sikkerhetspsykiatrien. For barn og unge går derimot liggedøgn ned i de fleste regionene, noe som i stor grad kan knyttes til økt bruk av ambulante og fleksible behandlingstilbud. Tendensen er altså at nye tjenestemodeller avlaster døgntilbud, men samtidig er kapasiteten for de mest alvorlige pasientene under press blant annet som følge av nedbygging av døgncapacitet over tid og økning i antall dømte til tvunget psykisk helsevern. Dette gir en risiko for at alvorlig syke voksne ikke får tilstrekkelig tilbud, og kommunenes beskrivelser bekrefter at stadig flere pasienter med komplekse behov henvises tilbake uten at tjenestenivå, verktøy og ressurser står i forhold til behovet.

Viktige utfordringer for kommuner og helseforetak

Analysene viser at presset kommuneøkonomi er en gjennomgående utfordring, og tjenester som ikke anses som lovpålagte er særlig utsatt. Flere kommuner beskriver at møteplasser og lavterskeltilbud legges ned, og at man blir sterkt avhengige av prosjektmidler.

En av de mest grunnleggende utfordringene er mangel på personell med riktig kompetanse. Rekrutteringsutfordringene rammer lavterskeltilbud, oppsøkende tjenester og tverrfaglig samarbeid. Mange kommuner står med vakante stillinger, høyt arbeidspress og begrensede ressurser til kompetanseheving. Bemanningsutfordringer er også fremtredende i spesialisthelsetjenesten og påvirker muligheten til å levere ambulante tjenester i hele nedslagsfeltet. Geografiske avstander gjør det særlig krevende i distriktene. Kommunene beskriver at manglende tilgang til psykologer og psykiatere i helseforetakene hindrer etablering, og bidrar også til avvikling av FACT- og FACT ung-team, og skaper vansker med å sikre gode tjenesteforløp.

Nedbygging av døgntilbud over tid, omlegging av tilbud og press i spesialisthelsetjenesten gjør at kommunene opplever at de får et stadig større ansvar for innbyggere med langvarige og sammensatte

behov, uten tilstrekkelige verktøy eller rammer. Boligsituasjonen trekkes frem som en betydelig flaskehals i kommunene. Kommunene beskriver stor knapphet på tilrettelagte boliger med nødvendig oppfølging, noe som skaper store utfordringer i arbeidet særlig med personer med alvorlige psykiske lidelser, ROP-problemer og personer med volds- og sikkerhetsproblematikk. Oppbyggingen av døgnkapasitet i akutt- og sikkerhetspsykiatrien er langsiktig og kostnadskreven, og krever tett samarbeid med kommunene for å lykkes. Spesialisthelsetjenesten beskriver en situasjon der tilgjengelighet og kvalitet i stor grad påvirkes av variasjoner i kommunale tjenester. Der kommunene mangler lavterskeltilbud eller har begrenset kapasitet, blir trykket på spesialisthelsetjenesten større, og henvisningene dårligere forberedt. Dette skaper ulikheter i tilgang.

Hva tjenestene fremhever som viktig å styrke

Svarene fra spørreskjema rettet mot kommunedirektører og økonomiansvarlige i kommunene, viser at det etterlyses tydeligere nasjonale grep for å sikre gjennomføringen av OPSY. De ønsker tydeligere føringer for samhandling og rollefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, når det gjelder ansvar, ressursfordeling og forpliktende samarbeid. Kommunene mener at ressurser må følge oppgaver og demografi, og peker på behov for langsiktig finansiering som sikrer stabil drift og utvikling av psykiske helsetjenester. Mange mener at dette krever øremerking. Flere peker også på behov for mer samordnet bruk av tilskudd og lengre prosjektperioder.

Kommunene etterlyser dessuten økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten, i form av døgnplasser innen akutt- og sikkerhetspsykiatrien, herunder utvikling av halvannenlinje-tiltak og behandlingsplasser for unge under 18 år. Kommunene ønsker sterkere nasjonale satsinger på bolig og botiltak, særlig for personer med volds- og sikkerhetsproblematikk, som omtales som en av de største utfordringene. Det etterlyses bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten om pasienter som skal følges opp på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Forebygging, tidlig innsats og tiltak mot utenforskap og skolefravær trekkes frem som sentrale prioriteringer, i tillegg til lovpålagte og vedtaksfrie lavterskeltilbud med mindre byråkrati. Kompetansemangel og rekrutteringsutfordringer nevnes også. Flere ber om tiltak for å styrke kompetanse, veiledning og faglig kapasitet.

Mens kommunene vektlegger styrking av tilbud til de med de største og mest komplekse behovene også i spesialisthelsetjenesten, vektlegger RHF-ene i sine tilbakemeldinger behovene til de med milde og moderate plager når de fremhever behovet for at kommunene etablerer gode lavterskeltilbud som kan fange opp og hjelpe personer med psykiske plager tidlig. Viktigheten av å konsolidere de ulike tiltakene/modellene for vurderingssamtale i samarbeid med kommunene løftes også fram. Videre vektlegger de styrking av helsefremmende og forebyggende arbeid, både innen psykisk helse og i familiers levekår og livssituasjon.

Implementeringsprosessen

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for gjennomføring av planen, og for samordning mot andre departementer. Hdir har gjennomførings- og koordineringsansvar på direktoratsnivå, og for å koordinere samarbeid med andre aktører. Men Hdir har ikke direkte styringslinjer til RHF, kompetansesentra eller kommuner, som er viktige aktører i gjennomføringen. Dette, sammen med at tiltakene i OPSY er mange og ofte vagt formulerte, har bidratt til fragmentert oppfølging og uklar ansvarfordeling.

Ressursknapphet, prosjektorganisering og manglende avklarte roller har gjort det krevende for Hdir å etablere effektive prosesser, og arbeidet med å finne en hensiktsmessig organisasjonsform har tatt tid. Overgangen til porteføljeorganisering er et grep for å håndtere overlappende planer og å styrke helhetlig prioritering.

Utfordringer i tverrsektorielt samarbeid går igjen i intervjuene med sentrale aktører. Selv om OPSY er tverrsektoriell, er helsefeltet dominerende, og andre sektorer har mindre eierskap og færre virkemidler på psykisk helsefeltet og til planen. Dette svekker samordning og gjør gjennomføringen av tiltak som krever samarbeid på tvers utfordrende. Det etterlyses sterkere felles styringssignaler mellom departementer og mer koordinerte oppdrag til direktoratene. Arbeidet kompliseres ytterligere av at etablerte modeller for tverrsektorielt samarbeid er krevende å få til å fungere godt i praksis.

Den nasjonale gjennomføringsprosessen preges av manglende konkretisering og tydelige prioriteringer i planen, og av fravær av en samlet, operativ tidsplan. Uten en tydelig faseinndelt og realistisk gjennomføringsplan blir oppfølgingen fragmentert med fokus på enkelttiltak. Informanter etterlyser tydeligere nasjonal prioritering, sterkere politisk eierskap, konkrete virkemidler og støtte i implementeringen.

På tjenestenivå oppleves OPSY som for overordnet og lite styrende. Tjenestene gjenkjenner utfordringsbildet og støtter intensjonene, men etterlyser mer praktiske, gjennomførbare føringer. Det gis tilbakemeldinger på at planen ikke gir tilstrekkelige operative virkemidler eller økonomiske rammer. Det oppstår et betydelig «oversettingsarbeid» for å gjøre planen anvendbar i praksis.

Både statsforvaltere og kompetansesentra spiller viktige roller i kunnskapsspredning, veiledning og støtte til kommunene, men spesielt statsforvalterne er presset på kapasitet. Kommunene trenger mer støtte til å forstå planer og veiledere i sammenheng. Kompetansesentrene fremhever behov for tydeligere ansvarslinjer og bedre koordinering mellom involverte aktører.

Kommunikasjon

Inntrykket fra intervju med ulike aktører er at kjennskapen til OPSY er lav ute i tjenestene, særlig på lavere nivå. Planen er bedre kjent på ledernivå, men brukes likevel lite som styringsverktøy. Det beskrives at tiltak de allerede jobber med i liten grad kobles til OPSY, og at manglende konkretisering og fravær av nye finansieringsmekanismer gjør at planen ikke fungerer som styringsverktøy. Vårt inntrykk er også at planen i liten grad brukes som referanseramme i nasjonale myndigheters kommunikasjon i lansering av nye tiltak eller i den offentlige formidlingen av psykisk helsepolitikk. Da svekkes oppmerksomheten om planen og den mister kraft som styringsverktøy.

Barn og unge

Barn og unge har en sentral plass i OPSY, og en betydelig del av midlene og tiltakene er rettet mot denne målgruppen. Mange av tiltakene som faktisk har nådd tjenestene, som vurderingssamtaler, styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten, ungdomsgaranti, ung.no og FACT ung, handler om dem. Kommunene bygger aktivt opp lavterskeltilbud for barn og unge, særlig i lys av den nye veilederen fra 2023.

Det helsefremmende og forebyggende innsatsområdet handler i stor grad om barn og unge, men mange tiltak består foreløpig av analyser, utredninger og utvalgsarbeid, og det er uklart i hvilken grad tiltakene på området faktisk har nådd målgruppen. Tverrsektorielt samarbeid, som innsatsområde 1 er avhengig av, er krevende, og vårt inntrykk er at det er arbeid innen «helsesøylen» som har vært prioritert så langt. Det arbeides med OPSY innen etablerte samarbeidsstrukturer som KUBU og etatssamarbeidet, men særlig etatssamarbeidet sliter med manglende felles målforståelse og uavklart rollefordeling og svak samordning.

Det pågår samtidig omfattende nasjonale satsinger utenfor OPSY med mål som er overlappende med planen, blant annet gjennom samfunnsoppdraget «Ingen barn og unge utanfor!». Dette betyr at effekten

av OPSY må vurderes i sammenheng med et bredt nasjonalt arbeid for barn og unges psykiske helse, og at måloppnåelse ikke kan forstås isolert fra andre satsinger.

Vurderinger og anbefalinger

Analysen viser at gjennomføringen av OPSY risikerer å bli fragmentert og ulikt implementert uten sterkere nasjonal styring. Vi gir flere anbefalinger for å øke sannsynligheten for måloppnåelse i OPSY.

Det anbefales å utvikle en tydelig, faseinndelt gjennomføringsplan som prioriterer tiltak/satsningsområder, synliggjør ansvar og skaper forutsigbarhet på tvers av nivåer. OPSY bør også samordnes bedre med andre nasjonale planer og strategier. Kommunikasjonen om OPSY må styrkes for å øke eierskap og motivasjon i tjenestene, og implementeringsstrukturer bør forsterkes for å øke måloppnåelse og redusere uønsket variasjon.

Bedre samordnet kapasitetsstyring mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste anbefales, inkludert felles analyser og styrking av helsefelleskapene, for å håndtere uavklarte grenseoppganger, utilsiktet oppgaveglidning og sikre gode pasientforløp. Det er også behov for å utvikle tiltak som er bedre tilpasset små kommuner, og innhold i lavterskeltilbud i resultatmål 3 bør avklares både når det gjelder målgrupper og definisjon av «kunnskapsbasert», slik at målet blir realistisk og relevant for både små og store kommuner.

Til slutt anbefales, i tråd med flere høringsinnspill og med at Norge nylig har tatt inn FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i den norske menneskerettsloven, en tydeligere forankring i menneskerettigheter og recovery-orientert praksis som en del av planens kvalitetsarbeid.

1 Innledning

Det overordnede formålet med evalueringen ble formulert slik i utlysningen av evalueringsprosjektet: «Kunnskap fra evalueringen skal gå utover, utfylle og tangere de åtte resultatmålene i OPSY og skal bidra til informerte retningsvalg og justering av plangjennomføringen underveis i planperioden. Konkret skal det:

- inngå en forskningsbasert følgeevaluering som vurderer organisering og gjennomføring av opptappingsplanen
- bidra til at resultater fra evalueringen tas i bruk underveis og legges til rette for implementeringsforskning der det er relevant
- sikre før-data og nullpunktsanalyser
- vurderes effekt av enkelttiltak, eller sett av tiltak
- avdekke behov for nye data
- i dialog med Helsedirektoratet bidra til å vurdere behov for å avstemme oppdrag og gjennomføringen av opptappingsplanen ved å gi data som informerer justeringer av gjennomføringen
- vurdere hvordan tiltakene i planen bidrar til å oppnå mål for opptappingsplanens innsatsområder
- gi utfyllende data utover den løpende vurderingen av opptappingsplanens resultatmål»

Dette er den første statusrapporten fra følgeevalueringen av Meld. St. 23 (2022 – 2023) [Opptappingsplanen for psykisk helse \(2023-2033\)](#) (OPSY) som SINTEF leder.

I henhold til avtale skal de årlige rapportene redegjøre for status og eventuelt foreløpige funn dersom relevant. Årlig rapport kan også foreslå endringer i videre gjennomføring av opptappingsplanen dersom relevante funn tilsier det.

Årets rapport bærer preg av at den rapporterer fra arbeidet fra første året i evalueringsprosjektet, hvor hovedvekten av arbeidet har dreid seg om å komme i gang og rigge prosjektet, og få kunnskap om planen og planarbeidet, og om organisering av implementeringsprosess på nasjonalt hold. Vi har også gjort analyser av utviklingstrekk basert på data fra en rekke kilder. Fordi rapporten er åpen tilgjengelig, tar vi med beskrivelser av planen og organisering som er kjent for sentrale aktører, men som er relevant i analysene og er i allmennhetens interesse.

Rapporten er inndelt i fire hovedkapittel. Kapittel 2 gir en overordnet beskrivelse av evalueringstilnærmingen i prosjektet, kapittel 3 beskriver status for arbeidet i prosjektet, kapittel 4 presenterer resultatene, og er delt inn i ni underkapitler. Disse presenterer resultater fra analysene av planen og planarbeidet, statusgjennomgang av nasjonal iverksetting når det gjelder penger og tiltak, vurdering av og utviklingstrekk for resultatmålene, relevante utviklingstrekk for OPSY i henholdsvis kommunene og spesialisthelsetjenesten, innspill fra tjenestene om hva som bør styrkes i arbeidet med planen, implementeringsprosessen, kommunikasjon og til slutt et eget avsnitt som drøfter situasjonen for tiltak rettet mot barn og unge spesielt. I kapittel 5 presenteres våre overordnede vurderinger og anbefalinger.

Forkortelser som brukes i rapporten

AVdir - Arbeids- og velferdsdirektoratet

Bufdir - Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

BFD - Barne- og familiedepartementet

CRPD - Convention on the Rights of Persons with Disabilities

DFØ - Direktoratet for forvaltning og økonomistyring

Etatssamarbeidet - tverrsektorielt samarbeid om utsatte barn og unge på direktoratsnivå

FBR - Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet

FHI - Folkehelseinstituttet (FHI)

Hdir - Helsedirektoratet

HDS - Helsedataservice

HOD - Helse- og omsorgsdepartementet

IPS- Individual placement and support (individuell jobbstøtte)

KD - Kunnskapsdepartementet

KPR KUHR – Kommunalt pasient- og brukerregister og Kontroll og utbetaling av helserefusjoner

KUBU - Kjernegruppe for utsatte barn og unge

NHSAP - Nasjonal helse og samhandlingsplan (2024-2027)

NPR – Norsk pasientregister

OPSY - Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)

OPvold - Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028)

PHBU – Psykisk helsevern for barn og unge

PHV – Psykisk helsevern for voksne

RHF - Regionalt helseforetak

ROP - Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

RPH - Rask psykisk helsehjelp

TSB – Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

TUD - Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

2 Evalueringstilnærming

SINTEF har knyttet til seg Regforsk-gruppen ved NTNU og med AHUS, to sterke forskningsmiljø på metode og på psykisk helse- og rusfeltet, som formelle samarbeidspartnere i evalueringsprosjektet. Vi samarbeider også sporadisk med andre eksperter på feltet, både norske og internasjonale.

Evalueringen av OPSY er en forskningsbasert følgeevaluering. Det vil si at vi følger iverksetting og gjennomføring, i tillegg til effekter og resultater. Kunnskap tilbakeføres forløpende slik at det informerer videre iverksetting. OPSY er en langvarig og omfattende plan som: i) fases inn over mange år, ii) implementeres i omgivelser som er i stadig endring, og iii) hvor effekter, og hvordan de påvirkes av ulike kontekstfaktorer, endres over tid. Selv om de overordnede målene ligger fast, vil veien til å nå disse kunne endres over tid, basert på endrede forutsetninger, muligheter og betingelser. Følgeevalueringen må derfor planlegges med tilstrekkelig fleksibilitet fra starten av. Forskningsprioriteringer besluttet i lys av innfasing og behov for kunnskap, i dialog med oppdragsgiver.

Evaluering av OPSY kan sammenlignes med evaluering av komplekse programmer (Craig et al., 2008; Rogers, 2008). Kompleksitet er knyttet både til selve planen, med mange aktører, innsatsområder, tjeneste- og forvaltningsnivåer, tema, tiltak, målgrupper og resultatmål, men også til mulig «feed-back» mellom virkningsmekanismer og resultater. I tillegg kommer usikkerheter knyttet til effekter av tiltak, samt samspill mellom OPSY og kontekstuelle forhold som påvirker både forekomst av psykiske plager og lidelser og tjenesteutvikling (Greenhalgh and Papoutsis, 2018; Rogers, 2008; Skivington et al., 2021).

Systemkompleksitet har også et dynamisk aspekt: egenskaper ved systemet og konteksten endres kontinuerlig (Greenhalgh and Papoutsis, 2018). I litteraturen kobles slik kompleksitet ofte til såkalte gjensidige problemer (wicked problems) (Rogers, 2008). Dette er komplekse samfunnsutfordringer som er vanskelige å definere, uten entydige løsninger, preget av uforutsigbarhet, mange årsaksfaktorer og overlappende ansvarsområder. Kompleksiteten er innebygget i systemet og kan bare håndteres gjennom koordinert innsats på tvers av aktører (Brookes and Grint, 2010). Dette er kjennetegn ved både folkehelseutfordringer og oppfølging av brukere og pasienter på tvers av profesjoner, sektorgrenser og tjenestenivåer.

Systemkompleksitet innebærer at sammenhenger mellom tiltak og resultater ikke kan forstås som enkle, lineære årsak-virkning-sammenhenger. Hvordan og hvorfor tiltak virker, eller ikke virker, og hvilke resultater som er relevante å måle, kan være usikkert og endres over tid. I stedet for å spørre om tiltak eller programmer virker, bør evalueringen derfor undersøke om og hvordan de bidrar til å *endre systemet i ønsket retning* (Rutter et al., 2017). Dette er også et av hovedbudskapene i rammeverket til *Medical Research Council* (MRC) i Storbritannia (Skivington et al., 2021).

En underliggende tilnærming i evalueringen er derfor OPSYs bidrag til systemendring, som må forstås som et samspill mellom: i) implementering/gjennomføring, ii) setting (de konkrete omgivelsene eller stedet der tiltakene virker) og iii) kontekst (eksterne faktorer og forhold) (Pfadenhauer et al., 2017). Dette samspillet skjer på flere nivåer: på overordnet systemnivå, på gruppe- og organisasjonsnivå og på individnivå. Kontekstfaktorer inkluderer blant annet geografi, epidemiologi, sosiokulturelle og sosioøkonomiske forhold, samt etiske, juridiske og politiske rammer. Evalueringen tar utgangspunkt i disse tilnærmingene og legger til grunn at observerte utviklingstrekk må forstås som et komplekst og kontinuerlig samspill av ulike faktorer.

2.1 Tilnærming til å vurdere om, og hvordan, tiltakene i planen bidrar til å oppnå målene

Evaluerings av om (tiltak i) OPSY bidrar til å oppnå målene involverer flere ulike typer vurderinger:

- Har de ønskede endringene/forbedringene skjedd - er målene nådd?
- Er det sannsynlig at tiltakene i OPSY har bidratt til endringene? Og hvordan?
- I hvilken grad har tiltakene (enkeltvis og sammen) bidratt til endringene?

Endringene innen psykisk helsefeltet påvirkes av mange ulike, samvirkende faktorer, som varierer med kontekst og omstendigheter. Det vil derfor i praksis være svært vanskelig å fastslå hvor stor del av observerte endringer som kan tilskrives tiltak(ene) i OPSY.

Vi vil benytte bidragsanalyse («contribution analysis») som tilnærming i evalueringen av hvordan OPSY har bidratt til observerte utviklingstrekk. Dette er en tilnærming som i økende grad er brukt i evalueringer av komplekse programmer (Leeuw, 2023; Mayne, 2019), og som vi vil bruke for å vurdere *om, hvordan og hvorfor* OPSY kan ha bidratt til endringer som observeres i planperioden (Palenberg, 2023).

Utgangspunktet for bidragsanalysene er programteori, som utvikles i evalueringen.

Programteori (ofte omtalt som *Theory of Change*, TOC) beskriver antakelser og forutsetninger om hvordan og hvorfor planlagte virkemidler forventes å lede til ønskede resultater. De viktigste komponentene i programteori er:

- Problemforståelse/utfordringsbilde: Hvilke problemer søkes løst?
- Resultater og mål
- Ressurser/innsatsfaktorer
- Intervensjoner, aktiviteter og tiltak
- Forutsetninger: Hvilke antagelser ligger til grunn for at tiltakene skal virke, hvordan antas endring å skje?
- Resultatkjede/virkningsmekanismer: Hvordan tiltakene forventes å lede til kortsiktige, mellomlange og langsiktige effekter.
- Kontekst/eksterne faktorer: Hvilke ytre forhold kan påvirke implementering, effekt og måloppnåelse?

Dersom årsakskjeden, det vil si den forventede sammenhengen mellom tiltak og resultater, kan underbygges med data, og andre relevante eksterne faktorer er tilstrekkelig hensyntatt, kan det trekkes troverdige konklusjoner om tiltakets bidrag til resultatet (Lawless et al., 2018). Samtidig er det ikke mulig å identifisere eller studere alle relevante tiltak og kontekstfaktorer i OPSY-sammenheng. En pragmatisk, men systematisk, tilnærming er derfor å undersøke graden av overenstemmelse mellom empiri og programteori, foreta en kritisk gjennomgang av resultatene, og forsøke å forklare avvik og identifisere alternative forklaringer (ibid.). På grunn av den betydelige kompleksiteten i OPSY og den høye usikkerheten knyttet til årsakssammenhenger og forutsetninger, er det ikke mulig å gjennomføre en strengt definert bidragsanalyse i evalueringen.

En første forutsetning for at OPSY har hatt betydning for observerte resultater, er at tiltakene er iverksatt. Tiltakene varierer i form og innhold. Noen tiltak består av utredninger og kunnskapsgrunnlag som i hovedsak først kan forventes å ha effekt når de resulterer i beslutninger om konkrete tiltak, med etterfølgende implementering. Andre tiltak er formulert relativt generelt, eller innebærer videreføring og eventuelt styrking av allerede eksisterende tilbud. Å evaluere gjennomføring på nasjonalt nivå er del av prosessevalueringen. Datagrunnlaget som danner grunnlag for prosessevalueringen omfatter informasjon

fra offentlige dokumenter, tildelingsbrev, kvalitative intervjuer med sentrale aktører samt status på tiltaksgjennomføring fra Hdir.

At tiltakene er vedtatt og lansert på nasjonalt hold er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig, betingelse for at de skal ha bidratt til observerte utviklingstrekk. Tiltakene må også iverksettes lokalt, i tjenestene eller i befolkningen/målgruppen. For å vurdere lokal implementering benyttes en kombinasjon av eksisterende informasjonskilder, inkludert IS-24/8 (som årlig kartlegger psykisk helse- og rusarbeid i kommunene) (Ose and Kaspersen, 2025), årsrapporter fra statsforvalter og kompetansesentra, årlig melding og tiltaksrapportering fra de regionale helseforetakene (RHFene), eksisterende statistikk og surveydata, nasjonale registerdata samt egeninnsamlede data gjennom spørreundersøkelser og kvalitative kartlegginger (case-studier).

Når effekter av tiltak skal vurderes, vil dette baseres på en kombinasjon av:

- 1) Tidligere og pågående forskning som gjøres på psykisk helsefeltet uavhengig av OPSY
- 2) Forskning/evaluering igangsatt i regi av OPSY, men ikke som del av denne evalueringen
- 3) Egne forsknings- og evalueringsaktiviteter i regi av evalueringsprosjektet

Evalueringen skal følge med på overordnet utvikling både når det gjelder tiltaksimplementering og på indikatorer for sentrale utviklingstrekk som *går utover, utfyller og tangerer de åtte resultatmålene*. Vi skal ikke foreta egne effektevalueringer av hvert enkelt tiltak, men anvende annen forskning som kan belyse forventede effekter. Det foregår allerede betydelig forskningsaktivitet på psykisk helsefeltet, som er relevant for problemstillingene i evalueringen. I tillegg settes det i gang evalueringer av spesifikke tiltak i OPSY-regi som ikke inngår i dette evalueringsprosjektet. Dersom det avdekkes viktige temaer hvor det verken foreligger eksisterende forskning eller kjent planlagt forskning, vil dette vurderes som potensielle forskningsspørsmål som kan belyses i evalueringen, i dialog med oppdragsgiver. Evalueringens hovedbidrag er å ta en overordnet og systemorientert tilnærming, der utvikling i ulike systemindikatorer ses i sammenheng. Slik kan vi undersøke sentrale forutsetninger og forventede endringsmekanismer som følger av programteorien.

3 Status for arbeidet i evalueringsprosjektet

Evalueringsprosjektet startet i 2025. Prosjektgruppen i SINTEF har brukt det første året på å rigge prosjektet og bygge et solid evalueringsgrunnlag: utvikle forskningsprotokoll og programteori, hente inn kunnskap og dokumentasjon, og planlegge og søke om tilgang til viktige datakilder.

En erkjennelse etter første året i evalueringsprosjektet er at planen er så omfattende at arbeidet med de ulike aktivitetene, herunder få oversikt over status for tiltak og aktiviteter i implementeringen og arbeidet med å få tilgang til nødvendige registerdata, har vært mye mer komplisert og tidkrevende enn forventet.

Når det gjelder registerdata er nå alle nødvendige tillatelser (REK, Sikt/DPIA, Helsedataservice, Statistisk sentralbyrå (SSB)) på plass. Det er likevel usikkert når arbeidet med tilrettelegging og analyse av registerdata kan starte, siden det kan være lang saksbehandlingstid før utlevering fra registreiere. Det er søkt om registerdata med kobling på individnivå og med mulighet til kobling mot data på aggregert nivå (kommune/bydel (bosted) og behandlingssted). Vi har søkt om datasett som går tilbake til 2010 for å ha lang tidsserie i analyser av trender, og i analyser med før-etter design. Vi vil fylle på med nye data utover i planperioden ved behov, for å kunne få et godt grunnlag for å følge utviklingen tett og fange opp endringer i tjenestesystemet. Datasettet dekker hele befolkningen, og omfatter følgende datakilder:

- Norsk pasientregister (NPR) - inkluderer data både fra psykisk helsevern voksne og barn og unge (inkludert avtalespesialister), tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk. Dataene vil være mindre detaljerte for somatikk.
- Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) - inkluderer data både fra fastleger og legevakt, kommunale helse- og omsorgstjenester og data fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten som er nye data i KPR fra 2025. KPR har data tilbake til 2017, for tidligere år dekkes fastlege og legevakt av data fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR).
- Dødsårsaksregisteret (DÅR).
- Legemiddelregisteret (LMR).
- Statistisk sentralbyrå (SSB) trekker populasjonene og leverer data om befolkning, sosio-økonomiske forhold og andre tjenester.

Et viktig arbeid i 2025 har vært å gjennomføre intervjuer med sentrale aktører om utvikling av og innhold i planen, og organisering av nasjonal gjennomføring¹. Det er også gjennomført spørreundersøkelser blant kompetansesentra om OPSY og deres rolle i implementering², samt til kommunedirektører og økonomiansvarlige i kommunene³ som kartla ulike sider ved implementering av OPSY i kommunene. Større spørreundersøkelser til kommuner og helseforetak er planlagt gjennomført i 2026 som grunnlag for å

¹ 27 informanter fra HOD, andre dept, Hdir og RHF fordelt på 16 intervju i 2025.

² Surveyen ble sendt ut til 48 sentra i desember 2025 og 21 svarte (etter en purrerunde).

³ Skjema ble sendt ut 11. desember 2025, og etter to purrerunder fikk vi svar fra 59 kommuner/bydeler svart på kommunedirektør-skjema (svarprosent 16) og 73 svar på økonomidirektør-skjema (svarprosent 20). Svarprosenten er høyest blant store kommunene. For kommunedirektørskjema svarte halvparten av bydelene i Oslo, mens svarprosenten er lav blant små kommuner. Kommunedirektørene har i stor grad delegert utfylling av skjema til andre (3 av 4 kommuner/bydeler), mens økonomiansvarlig i stor grad har svart selv (3 av 4 kommuner/bydeler). Vi bruker resultater fra disse undersøkelsene i rapporten. I skjema til kommunedirektør inkluderte vi forespørsel om kommunen kan bistå oss i utsendelse av den større spørreundersøkelsen blant ledere og andre ansatte, og eventuelt å oppgi kontaktperson. De fleste stilte seg positiv til dette. Gitt lav svarprosent spesielt blant små kommuner, vil dette også ha betydning for utvalg i den større undersøkelsen.

vurdere status og implementering lokalt. Det planlegges også for kvalitative undersøkelser i kommuner og helseforetak. Omfang og opplegg vurderes ut fra ressurskrav.

Det er satt i gang arbeid med vitenskapelige artikler for publisering i internasjonale tidsskrift, både om tilblivelsen av OPSY (plan og prosess) og komparative analyser av nordiske landene når det gjelder planer og strategier på psykisk helsefeltet. Prosjektet har hatt omfattende kontakt og samarbeid med relevante aktører, deltatt på samlinger og konferanser og samarbeider tett med andre forskningsprosjekter for å sikre best mulig kunnskapsgrunnlag.

3.1 Data- og kunnskapsgrunnlag for statusrapporten

Evalueringsresultater og vurderinger i denne første statusrapporten bygger på et bredt data- og kunnskapsgrunnlag. Vi har brukt en kombinasjon av dokumentanalyser, kvalitative analyser av intervjudata, analyser av data fra spørreundersøkelsene og analyser av tilgjengelig statistikk.

Sentrale kunnskapsgrunnlag omfatter i tillegg til intervju- og surveydata:

- Oversikt over tiltak, meldinger, planer, strategier, NOU-er, tilskudd mm.
- Leveranser i OPSY (tilsendt fra Hdir, eller tilgjengelig på nett).
- Relevante tildelingsbrev til sentrale implementeringsaktører.
- Gjennomgang av Statsbudsjettet for å spore bevilgninger i OPSY og andre bevilgninger på feltet.
- Høringssvar og behandling av OPSY i Stortinget.
- Informasjon fra [IS-24/8](#)
- Årlig melding RHF, årsrapport Statsforvalter.
- Statistikk fra SSB, FHI og Hdir.
- Forskningsartikler, rapporter/dokumenter.

Microsoft 365 Copilot er brukt som støtteverktøy i analysearbeidet (dokumenter, intervjuer og spørreskjemaer). Databeskyttelsen i M365 Copilot sikrer at virksomhetens data behandles trygt og ansvarlig, gjennom strenge sikkerhetsmekanismer, tilgangskontroller og personvernstandarder som beskytter sensitiv informasjon.

4 Resultater

Datainnhenting og analyse har i all hovedsak dreid seg om prosess, herunder utvikling av OPSY, nasjonal implementeringsprosess og status på tiltak og resultatmål. Vi tar forbehold om at det kan ha skjedd endringer i tiltak og gjennomføring etter at Hdir utarbeidet oversikten over status på tiltakene i slutten av mai 2025 (vi har supplert med noen egne oppdateringer basert på nyere informasjon), og etter at vi intervjuet sentrale aktører i perioden april til oktober. Vi gjør også en vurdering av resultatmålene og beskriver sentrale utviklingstrekk.

4.1 Analyse av planen og planarbeidet

Analysen av planen er basert på dokumentanalyse av Meld. St. 23 (2022 –2023), Hurdalsplattformen, innspill sendt inn til Stortingshøringen og andre dokumenter fra Stortingsbehandlingen, intervju med sentrale aktører i utvikling av planen i perioden april-oktober 2025, samt en survey blant kompetansesentra som er relevant for OPSY (jfr. kapittel 3).

Utfordringsbildet og innsatsområder

Planen har tre innsatsområder: 1) helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, 2) gode og tilgjengelige tjenester der folk bor, og 3) tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov. Til hvert innsatsområde er det flere tematiske områder med tilførende tiltak («Regjeringen vil»-punkter), i alt 93 tiltak. Det er også egne tiltak innen området «Tilstrekkelig personell og kompetanse».

Planen spenner altså bredt, fra helsefremmende arbeid og forebygging til sikkerhetspsykiatri. Dette reflekterer for det første en erkjennelse av at psykiske helseproblemer utgjør en voksende del av sykdomsbyrden. Videre at utviklingen, særlig blant barn og unge, har utløst et sterkt behov for en langt mer systematisk satsing på helsefremming, forebygging og tidlig innsats, som krever tverrsektoriell innsats og oppbygging av lavterskel tilbud i kommunene.

Planen svarer også på vedvarende utfordringer knyttet til tilgjengelighet og kapasitet. Tilgangen til psykisk helsetjenester varierer betydelig geografisk, og tersklene for hjelp både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene er ofte høye. Dette gjelder både de med milde og moderate plager, og de med mer alvorlige lidelser.

Det er en uttalt oppfatning at nedbyggingen av døgnkapasiteten de siste tiårene har gått for langt, og har svekket spesialisthelsetjenestetilbudet til de med alvorlige psykiske lidelser, og langvarige og sammensatte behov. Dette er forsterket av endring i tvangslovgivning, og i lovgivning knyttet til strafferettslige særreaksjoner, som har medført at behovet for døgnplasser for pasienter innlagt med tvang og for pasienter dømt til behandling eller omsorg, har økt. Høy terskel for behandling i psykisk helsevern, og tidlig utskriving, har skapt ytterligere press på kommunale tjenester. Kommunene må håndtere stadig mer komplekse behov for tilpassede tjenester og botilbud, ikke minst for de med samtidig ruslidelse og/eller voldsrisiko.

Det vises til at psykisk helsetjenester fremstår fragmenterte, og at tverrsektoriell samhandling fortsatt er utilstrekkelig, både når det gjelder oppfølging av somatisk helse, arbeid, skole/utdanning, barnevern og justissektoren. Dette gjelder både for voksne og barn og unge, og i alle deler av systemet, fra helsefremming og forebygging til oppfølging av komplekse behov.

Et viktig premiss for arbeidet med OPSY var at bemannings- og kompetanseutfordringer er en gjennomgående og begrensende faktor i utviklingen av psykisk helsefeltet, som for helse- og

omsorgstjenestene for øvrig. Det ble derfor ikke ansett som realistisk med en vesentlig kapasitetsoppbygging basert på å øke personellinnsatsen. Premisset var at tjenestene er presset allerede i dag, og at mangel på nøkkelpersonell gjør det krevende å realisere ambisjonene om mer tilgjengelige tjenester, uten endring i organisering, arbeidsformer, oppgavedeling og mer effektiv bruk av tilgjengelige ressurser og kompetanse.

Sterk politisk forankring, tverrdepartemental involvering og omfattende kunnskapsinnhenting

Planprosessen var bredt anlagt med tverrdepartemental involvering, omfattende kunnskapsinnhenting og bred nasjonal og regional innspillsprosess, men bar også preg av klare politiske føringer og kort tidsfrist. I intervjuene ble den ofte betegnet som en 'politisk plan'; den politiske forankringen av planen var sterk. Arbeidet ble initiert av Hurdalsplattformen, som uttrykte et tydelig politisk mål om å lage en opptrappingsplan for psykisk helse, med tilhørende finansiering. Informantene fremhever at den sterke politiske involveringen og høye politiske prioriteringen var avgjørende for resultatet. Planen reflekterer politisk styring på hovedretning, uttrykt i valg av innsatsområder og ikke minst valg av resultatmål⁴, og høy prioritering vises i tre milliarder kroner i finansiering i en periode med innstramminger. Selv om det var en omfattende kunnskapsinnhenting og innspillsprosesser, var utviklingen av planen et departementalt arbeid ledet av HOD, med involvering fra andre departementer gjennom en tverrdepartemental arbeidsgruppe, men vel så mye i bilaterale prosesser.

Brede ambisjoner og mange, generelle tiltak

Analysen viser at OPSY kombinerer brede ambisjoner på psykisk helsefeltet med mange, generelle eller utredningsorienterte, tiltak. Dette begrunnes av informantene med behovet for bred innretning og fleksibilitet, svakt kunnskapsgrunnlag på noen områder, kombinert med et press om å levere tiltak raskt. Formulering av tiltak kan også reflektere behov for politiske kompromisser og å ikke binde seg for mye. Selv om det var en tverrdepartemental involvering i planprosessen, var det HOD som i hovedsak utførte arbeidet. Tiltakene som kom fra andre departementer var i hovedsak «gryteklare» i den forstand at det var videreføring av, eller forsterking av, allerede planlagte eller pågående tiltak. Dette gjaldt også mange av tiltakene rettet mot helse- og omsorgstjenestene.

Tiårsplan

Valget av en tiårig planhorisont var strategisk begrunnet, og bygger også på erfaringer fra forrige plan og inspirasjon fra lignende planer i andre nordiske land. Informantene understreket at langsiktig tidsperspektiv gir rom for å utvikle kunnskapsgrunnlag, teste og iverksette nye tiltak, og gjennomføre strukturelle endringer som i seg selv krever stabil politisk forankring over flere stortingsperioder. En langsiktig plan med flerårig finansieringsløfte åpner for løpende justeringer og for videre konkretisering gjennom årlige budsjettprosesser.

Overordnet innretning i tråd med internasjonale trender

Strategisk sett er planen i tråd med internasjonale rammeverk som WHO's Comprehensive Mental Health Action Plan og OECDs anbefalinger for utforming av moderne psykisk helsetjenester. Den vektlegger forebygging, tilgjengelige lokale tjenester, innsats for personer med komplekse og langvarige behov, samt personell og kompetanse, ledelse, kvalitet, tverrsektorielt samarbeid og kunnskapsbaserte tjenester. Vektleggingen av tverrsektorielt samarbeid er i tråd med prinsippene for folkehelsearbeid og «Health in All Policies».

⁴ De åtte resultatmålene er omtalt i avsnitt 4.3.

Oppslutning, kritikk og spenninger

Hovedinntrykket fra det samlede datamaterialet er en bred støtte til overordnet retning og innhold i planen, til utfordringsbildet, visjoner og verdimeessig innretning. Stortingsbehandlingen viste også at planen hadde en solid politisk forankring og oppslutning. Høringsinnspillene viste et stort engasjement og bred støtte til planens ambisjoner. At planen er bredt anlagt, helhetlig og tjenesteovergripende, at den dekker viktige utfordringer i feltet, at den fremmer tema som ikke har vært i fokus tidligere, at den er langsiktig, at det er en dynamisk plan som kommer med nye viktige tiltak og satsingsområder i årene framover, ble fremhevet som styrker ved planen i survey blant kompetansesentrene.

I hørings svarene ble det likevel også uttrykt betydelig uro over manglende konkretisering, uklare implementeringsmekanismer og usikker, eller for dårlig, finansiering. Dette gjenspeiler hovedkritikken mot planen også blant sentrale aktører, inkludert kompetansesentrene, som dreier seg særlig om mangelen på konkrete tiltak, eller tydelig retning, at enkelte tiltak eller innretninger er preget av politisk kompromiss snarere enn faglig forankring, at planen kunne vært mer innovativ og pekt på nye løsninger, at det er litt mye "mer av det samme". Det pekes også på at planens bredde og fravær av operasjonelle implementeringsplaner gjør den lite styrende. Flere informanter påpekte behov for bedre samordning mellom innsatsområder, og svak sammenheng mellom tiltak og mål, noe som kan redusere planens styringseffekt. Det etterlyses altså sterkere styring, og tydelige og forpliktende tiltak og virkemidler.

Analysen av datamaterialet avdekker flere sentrale spenninger i utvikling og vurdering av planen, blant annet når det gjelder innholdet i lavterskeltilbud, balansen mellom lavterskeltilbud i kommunene og spesialisttjenester, forholdet mellom døgnkapasitet og ambulante/integrerte tjenester og finansiering. Det er også uttrykt at «midtsjiktet», de med moderate, sammensatte eller langvarige problemer, faller mellom alle stoler og at dette har fått for lite fokus i planen. Flere av høringsinnspillene etterlyste en sterkere vektlegging av menneskerettigheter og sterkere forpliktelse til FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og WHO's QualityRights rammeverk. Også i svar på survey blant kompetansesentra etterlyses at planen må forankres i reelle, ikke symbolske, former for brukermedvirkning og recovery som grunnleggende tilnærming. Det er også pekt på for lav oppmerksomhet mot sosial ulikhet, utsatte grupper og de som ikke oppsøker tjenester.

Det var også spenninger knyttet til valg og utforming av resultatmål. Politisk ønsket man resultatmål som kunne gi klar retning, som forpliktet og ga målbar informasjon om status. Samtidig har det vært utfordringer knyttet til blant annet operasjonalisering, målemetoder og datatilgang. I spørreundersøkelsen til kompetansesentrene spurte vi om deres vurdering av resultatmålene. Flertallet av sentrene som svarte (16 av 21) mente at resultatmålene var relevante for deres kompetansefelt, at de dekker noe, men ikke alt, og tre sentre svarte at de er svært relevante og dekkende.

Realisme i gjennomføring - og faktorer som har betydning for måloppnåelse

Analysen av det samlede datamaterialet avdekker også betydelig usikkerhet rundt realismen i mål og måloppnåelse. Økonomiske rammer, demografiske endringer, global uro og kommunenes økonomiske situasjon fremheves som kritiske faktorer som kan undergrave gjennomføringen. Økonomisk press gjør at spesielt forebyggingsarbeidet nedprioriteres i kommunene. Noen hevder at det er behov for øremerkede midler både i kommuner og helseforetak for å få til ønsket opptapping på psykisk helsefeltet. Dette oppgis også av flertallet av respondentene i spørreskjema til kommunedirektører, men reflekterer vurderinger gitt av personer som fylte ut skjema på vegne av kommunedirektøren. De av kommunaldirektørene som svarte selv var i mindre grad enige i dette. Flere kompetansesentre peker på strukturelle barrierer som i dag står i veien for måloppnåelse, som at små kommuner mangler kapasitet og at det er behov for interkommunale samarbeid, samt manglende samhandling og «siloe» mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det pekes på et behov for tydeligere politisk og administrativ forankring av ansvar

og roller, og at det kreves et systematisk arbeid med å tydeliggjøre ansvarslinjer for implementering og sikre god koordinering av innsatsen der flere instanser er inne. I spørreskjema til kompetansesentrene angis, i valg mellom ti alternativer, «Tydelig politisk og administrativ forankring», «Tilgang til tilstrekkelige ressurser» og «Kompetanseheving og opplæring i tjenestene» som de viktigste faktorene for å lykkes med å nå målene i planen, mens også «Uklare roller og ansvarfordeling mellom aktører» kom høy opp blant hindre. Hele 16 av 21 kompetansesentre/miljø hadde «Begrensede økonomiske ressurser» blant de tre viktigste hindrene.

Oppsummering

Planprosessen involverte et stort antall aktører på tvers av sektorer, som bidro til en omfattende og ambisiøs plan der (de mange) tiltakene i stor grad er løst koblet og bredt formulert. Samtidig skapte korte tidsfrister og institusjonelle rammer friksjon i utformingen av virkemidler og resultatmål. Politisk konsensus om behovet for styrking av psykisk helsefeltet sikret bred støtte i Stortinget og enighet om planens overordnede mål og problemforståelse.

Samlet viser altså analysen at opptrappingsplanen har et solid politisk mandat og bred legitimitet, men at dens praktiske styringskraft svekkes av løst formulerte, og løst koblede tiltak og begrenset operasjonalisering i en tydelig formidlet implementeringsplan. Risikoen med hensyn til implementering og måloppnåelse ligger altså mindre i planens strategiske retning og mer i manglende klarhet, kapasitet og finansiering. Fremtidig måloppnåelse avhenger i stor grad av tydeligere prioriteringer, tydeligere politisk og administrativ forankring, styrket implementeringsstøtte og nødvendig finansiering over tid.

4.2 Nasjonal iverksetting og gjennomføring

4.2.1 Penger – opptrapping

I OPSY foreslås en økning i bevilgningene til psykisk helse med 3 milliarder kroner i perioden 2023–2033. Dette tilsvarer 300 millioner hvert år. Dette skal være en opptrapping, altså en varig økning. OPSY inneholder ikke en plan for årlig fordeling av opptrappingen. Dette besluttes i de årlige budsjettprosessene.

Tabell 1 Årlige bevilgninger til OPSY 2023-2026, hentet fra statsbudsjett for 2023-2026.

År	Årlig bevilgning	Av dette tiltak på rusfeltet	Kumulativ opptrapping	Opptrapping med jevn fordeling	Kumulativt avvik fra jevn fordeling
2023	300	22.5	300	300	0
2024	360	12.5	660	600	60
2025	400	7	1060	900	160
2026	140	0	1200	1200	0

I de tre første årene ble bevilgningene trappet opp med 160 millioner mer enn det en jevn økning skulle tilsi, se tabell 1. I forslag til statsbudsjett for 2026 (Prop. 1 S (2025 – 2026)) ble det lagt inn 140 millioner i opptrapping, og opptrappingen er derfor i rute hvis man legger nominelle størrelser til grunn. I disse tallene ligger 42 millioner som kan knyttes til tiltak på rusfeltet som regnes med under OPSY-opptrappingen, se tabell 2. Tabell 2 Årlige økning (opptrapping) i bevilgninger til OPSY 2023-2026 fordelt på formål, hentet fra statsbudsjettet (Prop. 1 S) for 2023-2026..

De største økonomiske satsningene er økning i rammeskuddet til kommunene i 2024 og 2025, som i hovedsak er knyttet til satsning på lavterskeltilbud, og midler til RHFene for å øke døgnkapasiteten,

spesielt til barn og unge, og styrke sikkerhetspsykiatrien. I budsjettforliket mellom AP, SP, SV, R og MDG for 2026 ble det bevilget 100 millioner ekstra til døgnplasser innen psykisk helse, rus og vold⁵.

Tabell 2 Årlige økning (opptrapping) i bevilgninger til OPSY 2023-2026 fordelt på formål, hentet fra statsbudsjettet (Prop. 1 S) for 2023-2026.

Formål	2023	2024	2025	2026	SUM
Helsestasjon og skolehelsetjeneste 45 mill 2023 (styrking øremerket tilskudd) + 40 mill 2024 (økt ramme)	45	40			85
Oppsøkende psykisk helse- og rustjenester for barn og unge	20				20
Forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling spiseforstyrrelser	15				15
Økt bevilgning til tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgave	10				10
Ny tilskuddsordning: Utvikling, etablering og tilpasning av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet (totalt tilskudd i 2026: 250 mill, hvorav 190 er fra andre ordninger som avvikles)				60	
Vekst i rammetilskudd til kommunene begrunnet med OPSY (lavterskeltilbud)		150	150		300
Øke døgnkapasitet psykisk helsevern for barn og unge	150				150
Styrke døgnbehandling psykisk helsevern, særlig barn og unge & alvorlige lidelser		110			110
Styrke sikkerhetspsykiatrien [100 mill 2024 (RNB)]			100		100
Ambulante sikkerhetsteam psykisk helsevern			36		36
Ulike former for vurderingssamtale i tidlig avklaring for henviste til psykisk helsevern			45		45
Egenandelsfritak for pasienter til og med 25 år			37		37
Helseteam tilknyttet alle barnevernsinstitusjoner				40	40
ABC for psykisk helse	2		25		27
DigiUng, ung.no	5	5			10
Digitale selvhjelpsverktøy	3			10	13
Nye samarbeidsmodeller NAV og helse		5			5
Rådgivnings, støtte og veiledningstjenester innen PH, rus og vold		25			25
Nasjonal satsning på utvikling og implementering oppsøkende metodikk		12.5			12.5
Modeller samhandling ROP	10				10
Utprøving og forskning traumebehandling i kommunene	9				9
Rammeavtale om psykososial beredskap	5				5
Ungdata Junior	3.5				3.5
Frivillige organisasjoner som driver lavterskeltilbud				30	
Fortsetter neste side					

⁵ [file:///C:/Users/joridk/Downloads/forlik-3-des%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/joridk/Downloads/forlik-3-des%20(1).pdf)

Formål	2023	2024	2025	2026	SUM
Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet (FBR)					
Styrket arbeid mot overdoser	6				6
Medikamentell behandling av avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende rusmiddel	14				14
Nasjonalt rusforebyggende arbeid	2.5	10			12.5
Substitusjonsbehandling (forsøk ved avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende rusmidler)		2.5			
Gratis langtidsvirkende prevensjon TSB			7		7
Sum	300	360	400	140	1200

Det er en utfordring å følge bruken av pengene og dokumentere om man får en tilsvarende opptrapping i tjenestene. Det er spesielt utfordrende å følge det som legges inn i rammen/basisbevilgningen. Men det er også tilskuddsordninger som kommer inn og tas ut. Videreføres da tiltakene? Er det en varig opptrapping lik den som gis over statsbudsjettet? Det er relativt komplisert å følge hvordan tilskudd kommer inn og tas ut eller flyttes. Det hadde vært hensiktsmessig med en systematisk oversikt over dette. Det er heller ikke lett å forstå hvorfor noen satsninger og tilskudd på psykisk helsefeltet defineres inn i OPSY-opptrappingen, mens andre ikke blir det. For å vurdere utvikling på psykisk helsefeltet er disse også relevante. Når satsninger og tilskuddsordninger på psykisk helsefeltet, som ikke er en del av OPSY-opptrappingen, avviklers og legges inn i rammetilskudd, opprettholdes da aktiviteten? Det kan tenkes at midlene som gis som del av OPSY brukes til psykisk helse, samtidig som budsjetttrammer til psykisk helse reduseres. Er det da en opptrapping?

Hva sier kommunene om opptrappingen?

Vi har spurt om håndtering av økningen i rammetilskuddet begrunnet i opptrappingsplanen både i spørreskjema som gikk til kommunedirektører og økonomiansvarlig. Vi tar forbehold om lav svarprosent (se fotnote 3 i kapittel 3).

I kommunedirektørskjemaet (som i stor grad ble delegert og besvart av andre i stab/kommunalsjef) svarte halvparten at det hadde vært liten eller ingen oppmerksomhet om økningen i rammetilskuddet i administrasjonen eller blant politikerne. Hver fjerde respondent svarte at de ikke vet hvordan økningen i rammetilskuddet har blitt håndtert. Ser vi bort fra disse, svarer 70 prosent at det er integrert i den generelle psykisk helsebevilgningen, og i overkant av 40 prosent svarer at det er gått til spesifikke psykisk helsetiltak⁶. Av spesifikke tiltak nevnes RPH og FACT/FACT ung, og etablering av psykisk helsetjeneste for barn og unge. Blant de som har svart på skjemaet som gikk til økonomiansvarlig, oppga 1/3 at de ikke vet hvor mye som gikk til OPSY formål. Holder vi disse utenfor, svarte 1/4 at alt har gått til OPSY-formål, 1/4 at noe har gått til OPSY-formål og halvparten at ingenting har gått til OPSY-formål. Vi ba dem også om å oppgi beløp som har gått til OPSY-formål. Som veid gjennomsnitt tilsvarer dette 20 kroner per innbygger i 2024 og 22 kroner per innbygger i 2025 brukt på psykisk helseformål (inkludert kommuner som svarer 0). Dette kan sammenholdes med rundt 27 kroner per innbygger, som ble gitt i økning i rammetilskuddet hvert av årene. Beløpene er trolig for høye; når vi ser nærmere på beregnet beløp per innbygger, ser det ut til at beløpene er alt for høye for noen kommuner.

Økonomiansvarlige ble også bedt om å gi kommentarer til svarene, og 26 gjorde det. Analyse av svarene ga noen hovedinntrykk. Det skrives om økonomisk press, omprioriteringer og nedtrekk på kommunalt nivå, at

⁶ Flere svar var mulig, slik at summen av prosenten kan overstige 100.

rammetilskudd framstår som frie midler som i praksis ikke spores til psykisk helse, og/eller økningen er for liten til å ha effekt. Noen nevner at psykisk helse er skjermet til en viss grad, mens andre omtaler opptrappingsplanen som reell nedtrapping. Det er også flere som viser til at opptrapping er planlagt senere, mens perioden 2024–2025 preges av balansering av budsjett og effektivisering. Og så nevner noen konkrete tiltak som midlerne har gått til som f.eks. Familiens Hus, lavterskeltilbud, IPS ung/FACT ung. Flere informanter uttrykker usikkerhet om hva pengene er gått til, eller manglende tallfesting.

Økonomiansvarlig fikk også spørsmål om hvordan kommunens samlede bevilgning til psykisk helse- og rusfeltet endret seg de siste to årene (2024 og 2025). 15 prosent svarte vet ikke. Holdes disse utenfor, svarte halvparten at bevilgningene stort sett er uendret. Det er få som svarer at bevilgningene er redusert. I underkant av 40 prosent oppgir at bevilgningene har økt. Hvis dette er representativt, er det ikke en opptrapping av penger brukt på psykisk helsefeltet i alle kommunene. Midlene brukes til å saldere budsjettene mange steder. Samlet gir materialet inntrykk av at OPSY i mange kommuner ikke har gitt opptrapping, men bidratt til å skjerme psykisk helse fra å bygges ned.

Vi spurte også i hvilken grad kommunens psykiske helse- og rusarbeid er finansiert av tilskuddsmidler. Svarene tyder på at tilskuddsmidler er viktig, i alle fall til en viss grad. Det er få kommuner som svarer at de ikke har tilskuddsmidler i det hele tatt. Vi spurte også om de hadde vurdert hvorvidt, og eventuelt hvordan, endringene i tilskuddsordningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og tilskuddsordningen for kommunalt psykisk rusarbeid påvirker bevilgningene. Det var mange som ikke hadde formening om hvordan omleggingen til programfinansiering på barn og unge-feltet ville slå ut. Når det gjaldt avviklingen av tilskuddet til rusarbeid, og at dette legges i rammetilskuddet, var det flere som uttrykte bekymring for mulighetene til å opprettholde tilbud. Noen viste eksempler på at de hadde store tilskudd som finansierte mange årsverk, og at beløpet var mye større enn det som kom som økning i rammetilskuddet. Dette illustrerer utfordringer med tilskuddsfinansiering. Hvis tilskuddsmidler finansierer oppbygging av nye tilbud, blir disse vanskelige å opprettholde når tilskuddene tas vekk, siden dette i de fleste tilfellene betyr at det må tas midler fra andre steder for å opprettholde aktivitet.

4.2.2 Status på iverksetting og gjennomføring av tiltak

Gjennomgangen er i hovedsak basert på Hdir sin rapportering av tiltak til HOD fra 28.05.2025, med oppdateringer basert på annen tilgjengelig informasjon vi har innhentet i evalueringen.

Det er i alt 93 tiltak i OPSY, hvorav 25 er knyttet til innsatsområdet «Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid», 47 til innsatsområdet «Gode tjenester der folk bor», 18 til innsatsområdet «Tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov» og tre til «Personell og kompetanse». Det ble også gjort sju anmodningsvedtak i Stortinget. Anslagsvis halvparten av tiltakene er i form av utredninger, meldinger eller at det skal gjøres vurderinger av tiltak på gitte områder, og rundt 1/3 er formulert i generelle vendinger som «å støtte opp om», «legge til rett for», «videreføre», «følge opp», «videreutvikle» osv. Slike generelle formuleringer gjør at det i noen tilfeller kan være krevende å gjøre en vurdering av status.

For mer enn ¼ av tiltakene hadde ikke Hdir gitt noen vurdering av status, enten fordi tiltaket ikke skal rapporteres på i OPSY-sammenheng eller at det ikke ennå var gitt oppdrag på tiltaket. Det vises også til vurdering av andre, beslektede tiltak. For noen av disse har vi foretatt vår egen vurdering basert på ny informasjon.

Basert på Hdir sin rapportering av tiltak til HOD i 2025, er det satt i gang aktivitet på flertallet av tiltakene. De fleste av de som er vurdert er «ferdige» eller i rute. Minst en fjerdedel av tiltakene er «ferdige» i den

forstand at varslede handlingsplaner, stortingsmeldinger, NOU-er, utredninger ol. er levert. Dette gjelder så langt vi kjenner til følgende tiltak:

- Utrede en offentlig spesialistgodkjenningsordning for utvalgte grupper av kliniske psykologer (Rapport <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Aktuelt/Rapport-utredning-av-offentlig-psykologspesialisering.pdf>)
- Gjennomgå eksisterende nasjonale tiltak og vurdere hvilke kompetansebehov skolene har for å bygge inkluderende, trygge og gode skolemiljø (Utredning)
- Opprette et utvalg som skal se på barn og unges skjermbruk (Skjærmsbruksutvalget, NOU levert <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2024-20/id3073644/>)
- Legge frem en stortingsmelding om trygg digital oppvekst (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-32-20242025/id3108037/>)
- Gjennomføre analyser basert på tilgjengelig datamateriale (inkl. SHoT) for å avdekke mulige årsaker til psykiske plager, ensomhet og selvmordstanker blant studenter (Notat)
- Kartlegge den psykiske helsen og livskvaliteten blant eldre (Publikasjon <https://www.fhi.no/publ/2025/en-kartlegging-av-psykisk-helse-og-livskvalitet-blant-eldre-i-norge/>)
- Legge fram en stortingsmelding om en helhetlig boligpolitikk (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20232024/id3029550/>)
- Vurdere ensomhet inn i folkehelseloven når den revideres (tatt inn <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> §7)
- Utarbeide en veileder mot ensomhet (denne oppgaven ble omformulert i dialog med HOD, I stedet lanserte direktoratet en nettsideressurs for kommunalt arbeid med ensomhet i oktober 2024 <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/livskvalitet-trivsel-og-folkehelsearbeid/ensomhet>)
- Vurdere en handlingsplan mot ensomhet (I dialog med HOD ble det avklart at Hdir leverer faglige anbefalinger til arbeidet mot ensomhet i istedenfor en handlingsplan. Disse er levert)
- Vurdere hvordan kommunene best kan utnytte samfunnspsykologisk kunnskap for å fremme helse og livskvalitet i hele befolkningen gjennom lokale samfunnsbaserte tiltak og tiltak på systemnivå. Dette skal vurderes når folkehelseloven revideres. (Ble ikke et lovfestet krav i folkehelseloven)
- Utrede fordeler og ulemper med ulike alternativer for å bidra til likeverdige kommunale lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus for alle aldre. (Utredning)
- Vurdere innretning på mulig henvisningsrett for helsesykepleiere (Vedtatt å sette i gang en nasjonal pilot)
- Vurdere å fjerne egenandelen for pasienter til og med 25 år for behandling i psykisk helsevern (<https://www.helfo.no/nyheter/endringer-i-regelverket-for-poliklinikk-området>)
- Utarbeide felles nasjonale faglige anbefalinger for tjenesteutøvere innen fagområdet arbeid og helse (<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/individuell-jobbstotte-ips-og-helsearbeid>)
- Legge frem en opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-36-s-20232024/id3018905/>)
- Utarbeide pårørendeavtale (<https://www.helsedirektoratet.no/lov-og-forskrift/parende/parendeavtale--et-verktoy-for-godt-samarbeidhttps://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-lanserer-parendeavtaler/id3054309/>)
- Utrede en mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten (Utredet, jfr kap. 765, post 74 Prop. 1 S (2025–2026) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20252026/id3123533/>).
- Utarbeide en nasjonal faglig veileder for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>)

- Utarbeide en helhetlig plan for å heve levealderen hos mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer
(https://www.regjeringen.no/contentassets/4213c57dbd884119b78e438d5dc5630e/no/pdfs/bedre_ehelsehjelp.pdf)
- Opprette et utvalg som skal utrede hvordan innsatte med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming best kan ivaretas under varetekt, straffegjennomføring og tilbakeføring til samfunnet, samt evaluere reaksjonene forvaring, dom til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg (Straffereaksjonsutvalget, NOU levert <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2025-2/id3092109/?ch=1>)
- Utrede hindringer og muligheter for tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltakelse før, under og etter straffegjennomføring for aldersgruppen 18–24 år
(<https://www.kriminalomsorgen.no/felles-loeft-for-unge-voksne-i-fengsel-seks-direktorater-foreslaar-nye-tiltak.6728790-516313.html>)
- Legge fram en stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester
(<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/>)

Det har også vært leveranser på blant annet disse tiltakene:

- Vurdere forebyggende tiltak i tråd med resultatene fra analysene om utviklingen i Ungdata og SHoT (Notat)
- Nasjonal folkehelsekampanje basert på ABC for god psykisk helse.
<https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsearbeid-i-kommunen/abc-for-god-psykisk-helse>
- Vurdere hvordan statlige tilskudd kan utnyttes bedre enn i dag for å nå målet om bedre, mer helhetlige og koordinerte tjenester til barn og unge (Programfinansiering innføres i 2026)
- Utrede og pilotere integrert ungdomstjeneste på ett nivå for unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og som inkluderer samarbeid med barnevern og Arbeids- og velferdsetaten (Utredning levert)
- Videreutvikle og implementere digitale selvhjelpsverktøy og veiledet internettbehandling (Utredning levert)
- Videreføre og videreutvikle oppsøkende tjenester, som ACT/FACT og FACT ung (Utredning om hvordan midlene til ACT, FACT og FACT ung kan innlemmes i rekrutterings- og samhandlingstilskuddet med formål om å sikre varig finansiering av disse tiltakene)
- Vurderingssamtale/tidlig avklaring. Anbefalinger om to hovedmodeller.

Siden en stor del av tiltakene som er ferdig og iverksatt er utredninger (som skal lede fram til tiltak på et senere tidspunkt), betyr det at en stor andel av tiltakene ikke har nådd tjenestene, pasienter/brukere eller befolkningen. Det er også for en stor del av tiltakene usikkert om tiltaket har nådd, eller hatt betydning for, målgruppene. Dette kan dreie seg om tiltak hvor det er snakk om videreføring av eksisterende tiltak, at tiltakene er lite spesifikke, eller at det er usikkerhet om foreslåtte tiltak er fanget opp i tjenestene. Det er betydelig forsinkelse i statusvurderingene som presenteres her, både fordi tiltaksrapporteringen til Hdir i mange tilfeller gjaldt for 2024 og fordi Hdir sin gjennomgang allerede er mer enn et halvår gammel.

Flere tiltak har nådd tjenestene. Nedenfor nevner vi noen av disse:

- Videreutvikle DigiUng og ung.no. Det ble gitt midler gjennom OPSY i 2024 og 2025.
- Legge til rette for å styrke lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene. Det ble gitt 150 millioner kroner i styrking av rammetilskuddet til kommunene både i 2024 og 2025 for å styrke lavterskeltilbud i kommunene. I 2026 innføres en ny tilskuddsordning «*Utvikling, etablering og tilpasning av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet*» med en samlet pott på 250 millioner kroner, som delvis er videreføring av tilskuddsmidler fra to andre

ordninger som er avviklet (se beskrivelse av ACT, FACT og FACT ung nedenfor), og som innebærer en styrking på 60 millioner kroner gjennom OPSY i 2026.

- Styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, både faglig og økonomisk. Dette er del av opptrappingen i bevilgningene gjennom OPSY (45 millioner kroner i økt øremerket tilskudd i 2023 og 40 millioner kroner i rammetilskuddet til kommunene i 2024). Tilskuddsordningen til helsestasjons og skolehelsetjenesten avvikles og går inn som del av programfinansieringen som administreres av Bufdir.
- Innføre en ungdomsgaranti for at unge under 30 år som trenger hjelp fra NAV for å komme i arbeid skal få en fast kontaktperson, og tidlig, tett og individuelt tilpasset oppfølging så lenge som nødvendig. Denne ble innført 1. juli 2023.
- Videreføre og bygge ut tilbudet om Individuell jobbstøtte (IPS)
- Innføre vurderingssamtale til barn og unge. Dette er også ett av resultatmålene i OPSY.
- Fjerning av egenandel for barn og unge til og med 25 år.
- Videreføre og videreutvikle oppsøkende tjenester, som ACT/FACT og FACT ung. I 2026 innføres en ny tilskuddsordning «*Etablering av ACT-, FACT- og FACT ung-team*» med en samlet pott på 179.8 millioner kroner. Dette er ikke friske midler, men omdisponering av to andre ordninger som er avviklet (Oppfølging av barn og unge med psykiske helseutfordringer og rusmiddelrelaterte problemer og Oppfølging av voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester).
- Sikre tilstrekkelig døgnkapasitet og sengeplasser i psykisk helsevern for barn og unge. Det ble gitt 150 millioner i 2023 og 110 millioner kroner i 2024 til RHFene for å styrke døgnkapasiteten, med særlig vekt på barn og unge og de med alvorlige lidelser.
- Vurdere tilbudene for dømte til tvungent psykisk helsevern basert på utredning og overordnet plan fra RHFene om sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern. RHFene har, på oppdrag fra regjeringen, utarbeidet en «*Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*» som ble levert i 2023. Det ble gitt 100 millioner kroner til RHFene i revidert nasjonalbudsjett i 2024 for å styrke sikkerhetspsykiatriske avdelinger i sykehusene. Dette ble tatt inn som del av opptrappingen i OPSY i 2025.

4.3 Resultatmålene

Hdir koordinerer utvikling og rapportering på resultatmålene. Den første resultatrapporteringen, som kom i 2025, er publisert på Hdir sine nettsider:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-utvikling-og-status-for-resultatmalene-ved-starten-av-opptrappingsplanen>

I dette avsnittet gjør vi noen refleksjoner om operasjonalisering av resultatmålene, og vi omtaler noen sentrale utviklingstrekk i tilknytning til resultatmålene basert på datakilder omtalt i kapittel 3. Når vi skriver "kommuner" om resultater fra IS-24/8 i 2025, omfatter dette også bydeler i Oslo.

Som vist til i avsnitt 4.1 kom det fram ulike syn på resultatmålene i intervjuene blant sentrale aktører i implementeringen av OPSY. Det er vårt inntrykk at det har vært krevende for Hdir og samarbeidspartnere (FHI, RHFene, AVdir) å finne gode datakilder og operasjonalisering av resultatmålene. Arbeidet har vært mye mer utfordrende enn forventet. Hvordan målet om at *Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling* skal operasjonaliseres er oss bekjent p.t. heller ikke landet ennå. Evalueringsteamet ved SINTEF har hatt flere møter med Hdir for å drøfte mulige datakilder. Det er fortsatt usikkerhet når det gjelder egnetheten og grunnlagsdata til andre resultatmål også, noe vi reflekterer over nedenfor.

Selv om resultatmålene kan være vanskelig å måle, og kan innebære en risiko for å fokusere for smalt eller på feil ting, har utviklingsarbeidet vært en anledning til å diskutere og inkludere, tilgrensende problemstillinger og tilleggssindikatorer som det er viktig å følge med på. Utvikling i resultatmålene kan ikke vurderes isolert, men må ses i sammenheng med andre utviklingstrekk, som gjøres for de fleste målene.

Overordnet innspill til resultatmålene

I operasjonaliseringen av flere av målene, eller i tilhørende analyser, avgrenses pasientpopulasjon på bakgrunn av diagnose. Dette gjelder bl.a. de supplerende analysene til resultatmål 1 (om reduksjon i selvrapporterte psykiske plager for barn og unge), resultatmål 2 (om reduksjon i andel unge uføre) og resultatmål 7 (om økt levealder for personer med alvorlige psykiske lidelser). Det er også brukt diagnoseopplysninger for å vurdere forskjeller i utvikling i undergrupper for resultatmål 5 (om reduksjon i ventetider til spesialisthelsetjenester), som supplement og nyansering av utvikling for totalpopulasjonen. Underlagsmaterialet for analysene av utviklingstrekk for dette resultatmålet illustrerer et viktig poeng. Det kan være store bevegelser mellom ulike diagnosegrupper. Tallene for henvisninger i pasientpopulasjonen i psykisk helsevern for barn og unge viser en sterk økning i henvisninger for mistanke om ADHD fra 2019 til 2024 (1846), samtidig som det er en betydelig nedgang både i henvisninger for mistanke om depresjon (-1233) og angst (-912). Samlet var det en økning på 810 henvisninger, som betyr at det har også vært økning i henvisninger for andre diagnoser. Når det er såpass store endringer i diagnosegrupper, kan en stille seg spørsmål om dette er «reelt», eller om utviklingen, i alle fall delvis, skyldes endringer i praktisering av diagnosesetting f.eks. på grunn av økt oppmerksomhet rundt ulike diagnoser. Dersom det skjer endringer i praksis når det gjelder diagnosesetting vil dette ha betydning for vurdering av indikatorer som avgrenses etter diagnoser. En anbefaling er derfor å vise utvikling også i (relevante) totaltall for indikatorer som avgrenset etter diagnosegrupper.

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

Hovedindikatorene for dette resultatmålet er skår for selvrapporterte psykiske plager og angst basert på Ungdata, analysert av FHI. Dette suppleres med tall fra NPR om ungdommer (13-18 år) med registrerte diagnoser for depresjon, angst og ADHD.

Noen refleksjoner

Den første refleksjonen dreier seg om hvilket år som er referanse for å vurdere måloppnåelse. 2014 oppgis som referanseår, det vil si at målet på 25 prosent reduksjon vurderes opp mot nivået i 2014. Indikatorene viser at det har vært et økende nivå på selvrapporterte psykiske plager og angst siden 2014 fram til 2023. Hdir skriver at dette *«tilsier at reduksjonen i selvrapporterte psykiske plager og angst må være sterkere enn måltallet på 25 prosent»*. I Meld. St. 23 (2022-2023) heter det at *«Regjeringen ønsker at forekomsten av psykiske plager skal reduseres med omkring 25 prosent i løpet av planperioden»* (vår utheving). Basert på denne formuleringen er 2023 et naturlig referanseår, som utviklingen i de påfølgende årene vurderes opp mot.

Den andre refleksjonen dreier seg om data og avgrensinger som gjøres i tilleggssanalysene. Der er det valgt å bruke tall for ungdommer registrert med diagnoser for depresjon, angst og ADHD i NPR, altså som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten for disse diagnosene. Meld. St.23 (2022-2023) følger vanlige definisjoner som skiller psykiske plager fra psykiske lidelser (boks 1.1 side 8) (vår utheving): *«**Psykiske plager** beskriver plager som kan være belastende, men som kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv. Plagene kan gi ulik grad av symptombelastning, fra lette til sterkere plager, uten at det nødvendigvis karakteriseres som en lidelse.» «**Psykiske lidelser** brukes når symptombelastningen er stor, varer over tid og er av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt.»* Resultatmålet i OPSY er knyttet til psykiske plager og ikke lidelser. Å følge forekomst av diagnoser i spesialisthelsetjenesten (psykiske lidelser) kan derfor ikke ses som en validering av utviklingstrekk i hovedindikatorene (psykiske

plager). En bedre validering kunne kanskje vært å bruke ungdommer som oppsøker fastlege for psykiske plager, med muligheter for ulike avgrensinger. Men det er interessant å følge utviklingen i antall som behandles for psykisk helsediagnoser i spesialisthelsetjenesten.

Den tredje refleksjonen dreier seg om avgrensning av aldersgruppe. Ungdata inkluderer ungdommer i ungdomsskolen og videregående skole. Resultatmålet gjelder både barn og unge. I 2017 ble første Ungdata Junior gjennomført blant elever på mellomtrinnet (5. - 7. trinn) i barneskolen. Ungdata Junior inkluderer spørsmål om fysiske (hodepine, vondt i magen eller kvalme) og emosjonelle plager (nedstemthet, som følelsen av å ofte være trist, nedfor eller på gråten, sinne) som kan være indikatorer på psykisk ubehag og vansker hos barn. Hvis man legger til grunn at referanseåret for måloppnåelse er 2023, er det mulig å følge utvikling i avledede indikatorer også for denne aldersgruppen. Det kan også vurderes å følge utvikling blant barnepopulasjonen også gjennom registerdata, fastlegedata (KPR KUHR) og spesialisthelsetjenester (NPR). Det kan hende at det er gode grunner til at barnepopulasjonen ikke er inkludert, men dette er ikke spesifikt omtalt, så langt vi kan se.

Utviklingstrekk

Analysene av hovedindikatorene, som inkluderer tall fra 2014 til 2024, viser at trenden med stigende selvrapporterte psykiske plager har stoppet opp, og at det har vært en tendens til nedgang eller utflating etter 2021. Analysene viser at selvrapporterte angst-plager har fortsatt å øke. Tallene for ungdommer med registrerte diagnoser i spesialisthelsetjenesten viser en relativt stabil (gutter), eller nedadgående trend (jenter) i diagnostisert depresjon fram til pandemiårene. For angst var det en sterk vekst blant jenter og svak vekst blant gutter fram til pandemien. Tallene både for depresjon og angst gjør et byks opp under pandemien, spesielt for jenter. Etter pandemien var det en kraftig nedgang blant jenter og en svakere blant gutter. For ADHD har det vært en sterk vekst for både gutter og jenter i hele perioden, spesielt etter 2016 og 2020. Veksten har vært særlig sterk for jenter, som har bidratt til å viske ut kjønnsforskjellene som var tidligere. Som nevnt innledningsvis i kapittel 4.3 vet vi ikke i hvilken grad dette reflekterer et reelt skifte i forekomsten, eller økt fokus på ADHD som har gjort at depresjon blir mindre brukt som diagnose.

De siste tallene fra Ungdata-undersøkelsen 2025 (Bakken, 2025) viser at andelen jenter som oppgir psykiske plager har gått noe tilbake, og det samme gjelder rapportert ensomhet, særlig blant jenter. Blant gutter har nivået av selvrapporterte plager vært relativt stabilt over tid. Selv om hovedbildet er at de aller fleste ungdommene har det bra, gjelder ikke dette alle. En betydelig andel beskriver fortsatt utfordringer i hverdagen, som fysiske helseplager, stress og press, lav trivsel på skolen eller misnøye med egen helse. Nivået av mobbing ligger på et høyt nivå og tilsvarende, sammen med fjorårets tall, de høyeste siden Ungdata startet målingene for over ti år siden. Ungdata junior 2025 (Enstad and Bakken, 2025) viser også at barn i Norge gjennomgående har det bra, og at høy livskvalitet er det vanligste. Bildet er stabilt, over en femårsperiode har rapporteringen av trivsel og livskvalitet endret seg lite. Det finnes likevel enkelte endringer. Skjermtid har gått noe ned de siste årene, mens deltakelsen i organiserte fritidsaktiviteter har økt siden pandemien, særlig blant barn fra familier med lav sosioøkonomisk status. De fleste oppgir fortsatt god helse, men mange følger ikke anbefalingene for søvn og kosthold. Mobbing ligger fortsatt på et høyt nivå, og selv om de fleste trives på skolen, oppgir mange at de ofte kjeder seg i timene, og en betydelig andel gruer seg til skoledagen. Sammenlignet med 2021 har flere skoleindikatorer utviklet seg svakt negativt, men de siste to måleperiodene viser et mer stabilt mønster.

FHI sin temautgave av Folkehelse rapporten 2025 om barn og unges psykiske helse viser et sammensatt bilde når det gjelder hva som ligger bak den langvarige økningen i selvrapporterte psykiske plager blant unge, særlig blant tenåringsjenter og unge kvinner (Folkehelseinstituttet, 2025). Ensomhet, skolepress og søvnproblemer peker seg ut som sannsynlige forklaringsfaktorer. Det er sosiale forskjeller i risiko for psykiske plager. Barn av foreldre med lav inntekt eller utdanning er mer utsatt. Rapporten løfter også fram

to andre tydelige tendenser: stadig flere barn og unge får autisme- og ADHD-diagnoser. Det er forskjeller i diagnosetallene etter innvandrerbakgrunn. Økningen i autismediagnoser er størst blant barn med foreldre fra Asia og Afrika, mens forekomsten av ADHD er klart lavere i de samme gruppene.

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

Hovedindikator som er valgt for dette resultatmålet er andel unge (18–29 år) med uføretrygd og primærdiagnose moderat/mild psykisk lidelse, totalt og etter kjønn. Med 2023 som referanseår. Antall i undergruppen av unge (18-29 år) med uføretrygd og primærdiagnose utviklingsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser eller adferdsforstyrrelser er supplerende informasjon.

Noen refleksjoner

Hdir sine analyser av resultatmålene viser at det er store endringer, ikke bare i antall uføretrygdde med psykisk helsediagnose, men også i diagnosesammensetningen. Moderat/mild psykisk lidelse, definert ved diagnosene F00-F19, F32-F69, F80-F98, F99, øker mye mer enn alvorlig psykisk lidelse (F20-F29, F30-F31) og psykisk utviklingshemming (F70-F79). Dette kan relateres til sterk økning i undergruppen av utviklingsforstyrrelser, hyperkinetisk- eller adferdsforstyrrelser (F80-F89), som er inkludert som supplerende indikator. I overgangen til ICD-11⁷, planlagt innføring er i 2028–2029, vil det skje endringer i diagnosekategorier. Blant annet vil kapitlene F7 (som ikke er inkludert i resultatindikatoren), F8 og F9 (de to siste er inkludert i indikatoren) samles i en ny hovedgruppe av nevroutviklingsforstyrrelser. I ICD-11 forstås tilstandene som beslektede og delvis overlappende, med felles underliggende mekanismer. Det kan derfor også være interessant å følge fremover om dette har betydning for diagnosepraksis i tjenestene og med hensyn til uførediagnoser.

En annen relatert refleksjon: unge uføre med alvorlig psykisk lidelse er holdt utenfor. Diagnose er ikke nødvendigvis ensbetydende med funksjonsnivå og potensial for å være i arbeidslivet. Å videreføre og bygge ut tilbudet om Individuell jobbstøtte (IPS) er et tiltak i OPSY, og nasjonale råd om IPS er at det bør prioriteres til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer⁸. Det er derfor relevant å følge utviklingen også for de med alvorlige lidelser.

Utviklingstrekk

Tallene til Hdir viser at veksten i andelen unge uføre fra 2016 til 2023 var knyttet til første del av perioden, mens utviklingen etter 2019/2020 flatet ut frem mot 2023. Nav har analysert utviklingen i diagnoser for unge uføre (18-29 år) i perioden 2000-2024 (Ellingsen, 2025). Tallene viser at de aller fleste nye uføretrygdde, i løpet av et kalenderår, har en diagnose innenfor psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Andelen har ligget rundt 70 prosent siden midten av 2010-tallet, og var 69,5 prosent i 2024. Andelen av nye uføretrygdde med psykisk helse diagnose i 2024 var størst i aldersgruppen 20-24 år (75,7 prosent) og lavest i aldersgruppen 18-19 år (64 prosent).

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

Hovedindikatoren som er valgt for dette resultatmålet er andel kommuner/bydeler med tilbud om Rask psykisk helsehjelp (RPH), målt gjennom rapportering i IS 24/8. Angitt referanseår er 2024. En avledet indikator er andel innbyggere med tilbud om RPH. Denne andelen beregnes basert på innbyggertallet i

⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/helsefaglige-kodeverk/icd/om-overgangen-til-icd-11-i-norge>.

⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/individuell-jobbstotte-ips-og-helsearbeid/individuell-jobbstotte-ips#helsetjenesten-og-nav-bor-tilby-individuell-jobbstotte-ips-til-pasienter-med-moderate-til-alvorlige-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>

kommuner med RPH i forhold til samlet innbyggertall i landet. Tilleggsindikator er andel kommuner/bydeler med tilbud om andre lavterskeltilbud for målgruppen innen psykisk helse.

I IS-24/8 defineres lavterskeltiltak som tilbud/tjenester som gir direkte hjelp uten henvisning, venting eller saksbehandling. Dette er det første av flere kjennetegn ved lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i henhold til Hdir sine veiledere for kommunalt psykisk helse og rusarbeid. Et annet viktig kjennetegn er at det er gratis i bruk. Et kjennetegn som ikke er eksplisitt i veilederne, er at lavterskeltilbud som hovedregel skal være vedtaksfrie (Helsedirektoratet, 2017).

Noen refleksjoner

Lavterskeltjenester er et begrep som kan oppfattes ulikt, og dette kom også opp som tema i intervjuene vi gjorde blant sentrale aktører i utvikling og implementering av planen. NAPHA har i en fagartikkel problematisert og ryddet i begrepet⁹. Lavterskeltilbud kan være veldig ulike tjenester og kan ha ulike formål og målgrupper, og dekker ulike behov. Et skille går mellom tjenester som tilbyr kartlegging, behandling, kurs, råd og veiledning og annen oppfølging for personer med milde og forventet kortvarige tilstander (hovedforløp 1) og tjenester til de med sammensatte alvorlige og langvarige problemer eller lidelser (hovedforløp 3), som omfatter ulike lavterskel- og aktivitetstiltak som hjelp og støtte til sosiale aktiviteter og opprette eller opprettholde et sosialt nettverk, eller ulike oppsøkende og gatenære helsetilbud. Veilederen fremholder at mange i hovedforløp 2, som omfatter personer med antatt kortvarige alvorlige eller langvarige mildere psykisk helse- eller rusmiddelproblemer, har god nytte av kommunale lavterskeltjenester.

NAPHA diskuterer også «kravet» eller forventningen om at tjenestene skal være kunnskapsbaserte, at det ikke er enkelt å fastslå hvilke kommunale tjenester som er kunnskapsbaserte og hvilke som ikke er det. I OPSY defineres kunnskapsbasert på følgende måte: «Med kunnskapsbasert menes at tilbudet er basert på kunnskap fra forskning, fra fagfolks erfaringer og fra brukerne selv.» NAPHA fremholder at for tjenester som har et eksplisitt behandlingsformål, hvor hovedhensikten med tilbudet er å oppnå bedring, symptomlette og større grad av mestring hos brukerne, som gjelder tjenester rettet mot personer med milde og forventet kortvarige tilstander, er det viktig at de får hjelp man faktisk vet at virker. En utfordring er at mange tilbud som kommunene bruker har et svakt dokumentert kunnskapsgrunnlag for at virker. Ett unntak er RPH, «et korttids behandlingstilbud i kommunen for personer over 16 år med angstlidelser, mild og moderat depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker¹⁰». Andre tilnærminger, som f.eks. «Hjelpe» som noen kommuner benytter¹¹, mangler det samme forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget. Det er en stadig pågående diskusjon om modeller og innhold i lavterskeltilbudene til de med lette og moderate plager.

At RPH er en kunnskapsbasert modell er bakgrunnen for at Hdir har valgt andel kommuner/bydeler med tilbud om RPH som hovedindikator. RPH-modellen stiller krav både til kompetanse, organisering og tverrfaglighet. Det tilsier at det bør være et visst befolkningsgrunnlag for at det svarer seg å ha RPH etter modellen. Det betyr at mange kommuner ikke har et befolkningsmessig grunnlag for å etablere eget RPH-team, og det anbefales interkommunalt samarbeid for små kommuner. I henhold til NAPHA sin vurdering bør kommuner som har mindre enn 12000 innbyggere vurdere interkommunalt samarbeid¹². Nesten 3 av 4 kommuner har et lavere innbyggertall. Dette er en av årsakene til at utrulling av RPH går svært langsomt

⁹ <https://napha.no/kunnskapsbasen/28084/har-var-kommune-et-godt-lavterskeltilbud>

¹⁰ <https://napha.no/multimedia/10878/rph-handboka.pdf>

¹¹ <https://www.hjelpsomhjelper.no/>

¹² NAPHA vurderer at hvis kommunen har et befolkningsgrunnlag på mindre enn 12 000 innbyggere, kan det være fornuftig å vurdere interkommunalt samarbeid. <https://napha.no/multimedia/10878/rph-handboka.pdf>

ifølge NAPHA sin årsrapport for 2024¹³. NAPHA viser også til andre årsaker, som en krevende kommuneøkonomi, og at etablering av RPH ofte betyr en omfordeling av ressurser og en omstilling av det eksisterende tilbudet, som innebærer krevende avveier og prioriteringer. Det er få kommuner som har RPH-tilbud gjennom interkommunalt samarbeid. Mange kommuner har utviklet andre lavterskel tilbud, som vist i IS-24/8. En annen utfordring med RPH som resultatmål er at barn og unge under 16 år ikke er i målgruppen for RPH, og at resultatmålet derfor ikke fanger opp utvikling i lavterskeltjenester for barn og unge.

Det er også en utfordring med resultatmålet er at det kun sier noe om hvorvidt kommunen har RPH, ikke dimensjonering av tjenesten i forhold til behov. Det er vanskelig å få gode tall på behovet, og i hvilken grad noen avvises eller ikke oppsøker tjenesten på grunn av kapasitetsproblemer. Vi vet heller ikke hvor mange som bruker tjenestene. Det jobbes med å få bedre dekning av kommunale psykisk helsetjenester i KPR, men inntrykket er at dette er et langt lerret å bleke.

Utviklingstrekk

Tjenester til voksne

Andel kommuner som rapporterer at de har RPH for voksne øker. I 2025 svarte 38 prosent av kommunene som rapporterte på dette i IS-24/8 at de har RPH, mot 33 prosent året før, og ytterligere 9 prosent svarte at det var under planlegging. Kommuner med lavt befolkningsgrunnlag har i liten grad RPH. Andelen som oppga at de hadde RPH i 2025 var under 20 prosent for kommuner med under 10 000 innbyggere, og den økte med kommunestørrelse i større kommuner, og var over 90 prosent for kommuner med mer enn 50 000 innbyggere og 100 prosent for bydeler i Oslo. Kun 5 prosent av kommunene hadde RPH-tilbud gjennom interkommunalt samarbeid i 2025. Antall kommuner som oppgir at de har RPH i IS-24/8 er høyere enn tall fra NAPHA. NAPHA oppgir at det per juni 2025 var planlagt og etablert RPH-team i 84 norske kommuner, samt alle 15 bydeler i Oslo¹⁴. Dette tilsvarer hver fjerde kommune, mens tallene for IS-24/8 indikerer at nesten halvparten av kommunene enten hadde etablert eller planlagt å etablere RPH. Dette tyder på at det ikke er en tydelig avgrensning når det gjelder hva kommunene regner som RPH. 71 prosent av kommunene oppgir at de har andre lavterskeltilbud enn RPH i 2025, og andelen økte med ni prosentpoeng fra året før. Kun 7 prosent av kommunene rapporterte at de kun har RPH, og kun 15 prosent oppga at de ikke hadde noen lavterskeltjenester innen psykisk helse eller rustjenestene. Antall årsverk, både til RPH og andre lavterskeltilbud for voksne, økte i 2025.

Tjenester til barn og unge

72 prosent av kommunene oppga i 2025 at de hadde lavterskeltilbud innen psykisk helse som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge (utenom fastlege og helsestasjon- og skolehelsetjeneste). Dette er en økning fra 55 prosent i 2024, men samtidig er det langt flere kommuner som ikke besvarte spørsmålet i 2025. Dersom vi forutsetter at alle som ikke har svart ikke har en slik tjeneste, er det fortsatt en økning i andel kommuner med lavterskeltjeneste for barn og unge. Kommunene oppgir ulike typer lavterskeltjenester som familieteam/familiesenter/familiehus/ungdomshus/barne- og familiesenter/team, psykologtjeneste/kommunepsykolog/RPH, ulike samtaletilbud, psykisk helsetjeneste, helsestasjon for ungdom, ungdomskontakt/team/los, ulike «hjelpa»-tjenester. Kommunene som ikke hadde en slik tjeneste oppgir ulike årsaker som at det er mangel på ressurser (økonomi og personell), at behovene dekkes av fastlege, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, at de er en liten kommune med lav kapasitet, at de er usikre på behov eller at de er i gang med planer og søker finansiering. Fire av ti kommuner som oppgir at de har lavterskeltjeneste for barn og unge, svarte at tilbudet var samlet i en tjeneste.

¹³ file:///C:/Users/joridk/Downloads/NAPHA%20%C3%85RSRAPPORT%202024%202%20(3)%20(1).pdf

¹⁴ <https://napha.no/temaside/rask-psykisk-helsehjelp>

I underkant av 60 prosent av kommunene oppga i 2025 at de i stor eller svært stor grad arbeidet i tråd med den nasjonale veilederen for psykisk helsearbeid barn og unge. Omtrent like mange svarte at de har utarbeidet planer som inneholder mål og strategier for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse og begynnende rusmiddelproblemer.

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

Hovedindikator for dette resultatmålet er andel poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge som har etablert praksis for vurderingssamtale. Referanseåret er 2025. Supplerende indikatorer er valg av type vurderingssamtalemodell ved de ulike poliklinikkene, samt kvalitative beskrivelser av praksis og erfaringer. Indikatoren er basert på spørreundersøkelse blant poliklinikker i PHBU.

Noen refleksjoner

Indikatoren (og resultatmålet) ligger veldig nært opp til tiltaket i OPSY om å innføre vurderingssamtale for alle barn og unge. Altså er det i like stor grad et mål på om tiltaket er gjennomført. I 2025 er andelen 87 prosent (blant de 79 prosentene av poliklinikkene som har svart på Hdir sin spørreundersøkelse). Det vil si at de fleste poliklinikkene har innført vurderingssamtale som modell, i en eller annen form. De aller fleste poliklinikkene, over 80 prosent, oppga i spørreundersøkelsen til Hdir at de hadde en praksis som var lignende som, eller tilvarende, pasientsamtale eller henvisningsdialog også før 2022. Det vil si at måloppnåelsen, målt ved hovedindikator, ikke kan knyttes til OPSY. Men kun 22 prosent av poliklinikkene som oppgir at de praktiserer vurderingssamtale, oppgir at det gjelder alle henviste pasienter. Det er heller ikke sikkert at det er hensiktsmessig at alle får tilbud om vurderingssamtale. Hvilke modeller som praktiseres, og om det kun involverer pasient og behandler, eller kanskje ikke innebærer at pasienten er til stede, varierer. Det er ikke mulig å følge hvor mange, og hvilke pasienter, som får vurderingssamtale i registerdata (NPR). Dette svekker mulighetene for å følge med på betydningen tiltaket vurderingssamtaler har for pasientene, og det overordnede målet om bedre tilgjengelighet.

Gitt operasjonaliseringen, er det mest interessant å følge hvordan vurderingssamtale praktiseres, som grunnlag for å vurdere hvilke modeller som gir størst samlet gevinst i forhold til ressursinnsats. Det kan også vurderes å utvikle andre avledede indikatorer, basert på registerdata, som kan belyse om hensikten med vurderingssamtale oppnås for pasientene (f.eks. knyttet til avviste henvisninger, pasientforløp). Hdir har levert anbefalinger på hovedmodeller for tidlig avklaring. Vi erfarer at det også arbeides med behov for tydeliggjøringer i registreringer i registerdata.

Vurderingssamtaler sett fra kommunenes side

I IS-24/8 er det spurt om kommunene har vært involvert i vurderingssamtaler for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hver tredje kommune/bydel som har svart, oppgir at de har vært involvert i slike vurderingssamtaler (fram til våren 2025). Det er også en betydelig andel (17 prosent) som har svart «Vet ikke». Kommunene ble også spurt om de hadde en etablert samarbeidsmodell med PHBU for å avklare henvisninger til spesialisthelsetjenesten (eks. drøftingsmøter, felles inntaksmøter, annet) i 2025. Halvparten av kommunene oppga at de hadde det, 40 prosent at de ikke hadde en slik samarbeidsmodell, og 10 prosent visste ikke om en slik modell var etablert. Det er store fylkesvisse variasjoner i andelen kommuner som har svart at de hadde en samarbeidsmodell.

4.3.5 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)

Tall for hovedindikator er basert på ventetidsstatistikk fra FHI. Supplerende indikatorer i rapporteringen i 2025 er årlig median og interkvartiler for ordinær og intern ventetid i PHBU, inkludert ulike henvisningsårsaker (ADHD, angst, depresjon, og spiseforstyrrelse, psykose og selvskading (de tre siste samlet)). Referanseår er 2023.

Noen refleksjoner

Analysene viser nytten av å ha med slike supplerende indikatorer, og å differensiere mellom ulike grupper som kan ha ulike veiledende frister. Utvikling i median ventetid for alle henvisninger i PHBU i årene 2019-2024 følger i stor grad utviklingen for ADHD, som har lang og økende ventetid fram til 2022, og som prioriteringsveilederen gir en veiledende frist på 13 uker (91 dager). For alvorlige tilstander som depresjon, spiseforstyrrelser, psykose og selvskading ligger median ventetid derimot nær, eller under, den nasjonale målsettingen. Endringer i intern ventetid følger utviklingen i ordinær ventetid, uten tegn til økning når ordinær ventetid går ned, som indikerer at det ikke er slik at observert nedgang i ventetid har vært mulig gjort ved å skyve på videre behandling etter første konsultasjon.

Utviklingstrekk

[Ventetidsstatistikken](#) fra FHI¹⁵ viser at ventetiden til PHBU, PHV og TSB har vært på vei ned over flere år. Tilsvarende statistikk over fristbrudd viser samme fallende tendens. Antall nyhenviste var relativt stabilt. I de siste par-tre månedene i 2025 var gjennomsnittlig ventetid til påbegynt hjelp under måltallet for alle tre sektorene. Ventetid har hatt sterkt fokus etter at Ventetidsløftet ble lansert i mai 2024.

4.3.6 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

Hovedindikatorer er døgnplasser i psykisk helsevern, operasjonalisert ved indikatorene: Antall døgnplasser psykisk helsevern for voksne (PHV), Antall døgnplasser PHV per 10 000 innbygger (rate), Antall døgnplasser psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), Antall døgnplasser PHBU per 10 000 innbygger (rate). Data er hentet fra SSB, og referanseåret er 2023.

Det er flere 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, ambulante og integrerte tjenester som ACT-/FACT team 30 dager etter utskrivning).

Noen refleksjoner

Fra RHF-hold rapporteres at det av flere årsaker er vanskelig å få gode og valide tall på døgnplasser. Det er vanskelig å definere hva som er en døgnplass, noen poster driftes f.eks. som fem-døgnposter. Videre kan helseforetak gjøre midlertidige endringer i løpet av et år. Det er også betydelige pasientstrømmer mellom helseforetakene, og flere helseforetak kjøper sengeplasser av hverandre. Det stilles derfor spørsmål om liggedøgn kan være en mer valid indikator for døgnkapasitet. Behovet for døgnplasser må uansett ses i

15

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYzU3OTA0MjUtMzA5Ny00NTAwLTg2MzItNDY5Mjk4ZWl3YWJjIiwidCI6IjU0NDc1ZjgwLTFiYWVhOS05MTg1LWwZGU1Y2M2MDNmZSIsImMiOiJ9>

sammenheng med kjennetegn ved innhold og praktisering i tjenestene, herunder oppholdstid og alternative tilbud. Målet er at tjenestene skal være lett tilgjengelige og tilpasset behov. Det er fornuftig å inkludere supplerende indikatorer som belyser dette. Her kunne man vurdert å utvide med liggedøgn (for å sammenligne med utvikling i døgnplasser) og med bruk av kommunale tjenester som registreres i KPR.

Utviklingstrekk

Rapporteringene til OPSY fra de regionale helseforetakene viser flere felles utviklingstrekk når det gjelder behov og bruk av døgnkapasitet i psykisk helsevern. I flere regioner peker utviklingen mot at behovet for døgnplasser til pasienter med alvorlige psykiske lidelser øker, og særlig gjelder dette behovet for lukkede døgntilbud og sikkerhetspsykiatriske plasser. Dette samsvarer med framskrivningene i Revidert framskrivningsmodell (Helse Sør-Øst RHF, 2022) og i arbeidet med framtidig sikkerhetspsykiatri (Helse Sør-Øst RHF, 2023), som peker på økt etterspørsel etter døgnbehandling for de mest alvorlige diagnosegruppene. Oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne har tidligere økt mer enn forventet flere steder, og overstiger de nivåene som lå til grunn i framskrivingene. Beleggsprosenten har vært høy flere steder, særlig på sykehusnivå. For enkelte områder, som akutt plasser og sikkerhetspsykiatri, har behovet økt raskere enn forventet. Dette har noen steder blitt håndtert gjennom kjøp av plasser fra andre regioner og økt bruk av døgnplasser utenfor de sikkerhetspsykiatriske enhetene. Det rapporteres om en samlet styrking av døgntilbudene i spesialisthelsetjenesten, særlig innen sikkerhetspsykiatrien, der både utbyggingsprosjekter og planlagte kapasitetsøkninger skal bidra til å dekke behovet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

For barn og unge viser utviklingen et annet bilde. Her har antall liggedøgn over tid gått ned i de fleste regionene. Selv om det har vært perioder med økt belegg etter pandemien, er det få indikasjoner på et strukturelt behov for vekst i døgnplasser innen dette området. Helseforetakene melder samtidig om at behovet for døgninnleggelser er vanskelig å forutsi, da utviklingen påvirkes av fremveksten av nye, fleksible behandlingsformer. Behovet for spesialiserte døgnplasser, som innen sikkerhetspsykiatri for barn og unge, er et område som krever videre utredning.

Basert på tall for januar til august, viser antall pasienter i døgnbehandling i PHBU en svak økning (3,8 prosent) fra 2024 til 2025, mens antall oppholdsdøgn fortsetter å gå ned (-6,5 prosent). For PHV var det en svak nedgang i både døgnpasienter og oppholdsdøgn (hhv. -3,0 og -1,2 prosent).

Alternativer til døgnopphold

Et gjennomgående funn på tvers av regionene er også at veksten i nye tilbud innen ambulante og polikliniske tjenester, for eksempel hjemmesykehus, ambulante team og FACT-team, bidrar til redusert behov for døgninnleggelser for flere pasientgrupper. Dette gjelder særlig for barn og unge, men også i noen grad for voksne. Den økte bruken av ambulante tjenester kan forklare deler av nedgangen i liggedøgn, og viser en dreining mot mer fleksible og mindre inngripende behandlingsformer når dette er faglig forsvarlig.

ACT- og FACT-team er tilbud som ikke finnes alle steder. Dette blir kartlagt gjennom IS-24/8 og av NAPHA. Av kommuner og bydeler som besvarte spørsmålet i IS-24/8 i 2025, hadde halvparten ACT- eller FACT-team for voksne, og noen hadde også andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot voksne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette er flere enn de som oppga at de hadde slike team i 2024. Kun i overkant av hver tiende kommune/bydel svarer bekreftende på at de har FACT ung-team. Og mindre enn hver 10-ende svarer at de har andre oppsøkende samhandlingsteam rettet mot barn og unge i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De fleste kommunene som har FACT ung-team har ikke andre samhandlingsteam med spesialisthelsetjenesten. Mens antall kommuner/bydeler som oppga at de hadde FACT ung er relativt stabilt fra 2024, økte antall kommuner/bydeler med andre samhandlingsteam. NAPHA har ansvar for å

holde oversikt over ulike ACT, FACT og FACT ung-team¹⁶. Basert på NAPHA sine tall (gjengitt i IS-24/8-rapporten) var det 86 FACT-/ACT-team i 2025, og 12 i forprosjekt eller under etablering. Det var 30 FACT ung-team, og 13 som hadde søkt om forprosjekt. Det var små endringer i antall team fra 2024. Samtidig rapporterte statsforvalter i 2025 at flere team var lagt ned. Antall som rapporterer at de har ACT/FACT/FACT ung i IS-24/8 er høyere enn tallene til NAPHA, som kan knyttes til at et team kan gi tjenester i flere kommuner.

Nesten 80 prosent av kommuner/bydeler oppga i 2025 at det er noen grupper som kommunene mener burde få behandling i spesialisthelsetjenesten, men som ikke får tilstrekkelig tilbud. Mange av kommunene beskriver i kvalitativt oppfølgingsspørsmål at dette er personer med alvorlige lidelser, ROP-lidelser med lavt funksjonsnivå, psykisk utviklingshemming og rusmiddelproblemer, personlighetsforstyrrelser eller som har volds- og sikkerhetsrisiko. Andre grupper som nevnes er blant annet tvangslidelser, spiseproblematikk, selvskadingsatferd, selvmordsatferd, autismespekterforstyrrelser sammen med psykisk uhelse og rus, personer som ikke har en tydelig psykisk lidelse som kan diagnostiseres eller personer som tilsynelatende har høyt funksjonsnivå, men som har alvorlige problemer. Det pekes på at døgnplasser legges ned og at alvorlig syke pasienter overlates til kommunene. Felles for mange grupper er at de ikke klarer å motta poliklinisk behandling, at personer som kommunene mener har behov for spesialisthjelp ikke vurderes som syke nok. Det nevnes også personer som ikke er syke nok til å få helsehjelp i psykisk helsevern, men som er for syke til å sone. Eller også at de er for syke til å få hjelp i spesialisthelsetjenesten.

En kommune sier det slik: *«Pasientane går i ein runddans inn og ut av spesialisthelsetenesta, særleg i psykisk helsevern. Korte innleggingar, frå timar til få dagar. Vanskeleg å få dei inn til grundig utgreiing, gjeld både alvorleg psykisk sjuke, personar med kognitiv svikt og ikkje minst ROP-brukarar. Sistnemnde blir avviste grunna rus og blir aldri avrusa godt nok til å kunne bli greidde ut for psykisk liding».*

En annen kommune skriver: *«Alvorlig syke som «friskner til» under innleggelse der det er rammer, regelmessig mat, medisiner og menneskelig kontakt. Blir vurdert som samtykkekompetente og skrives ut uten oppfølging i kommunen (de ønsker ikke hjelp fra kommunen). Blir fort syke igjen og i verste fall kronisk syke. Kommunalt tilbud er frivillig, og det er vanskelig å komme i posisjon for å hjelpe».*

Dette ble også fremhevet i forslag til forbedringer i tiltakene i OPSY i spørresundersøkelsen til kommunedirektører: *«Tydelegare føringar og organisatoriske verkemiddel mellom helsenivå for å få meir sømlause tenester. I dag vert kommunen siste sikkerhetsnett for psykisk sjuke i ulike aldersgrupper, og kommunen får for stort ansvar for brukarar som høyrer heime på høgare helsenivå.» «Den største utfordringen ligger i bolig og tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk med atferds- /voldsproblematikk som utfordrer samfunnssikkerheten. Kommunene har et stort ansvar uten å ha lovverk og rammer, eller ressurser, til å håndtere og gi forsvarlige tilbud. Det er også en forventning fra spesialisthelsetjenesten på "bestillinger" som kommunen ikke kan innfri ut fra gjeldene lovverk.»*

Alle større kommuner (>10 000 innbyggere) har erfaring med å tilby tjenester til pasienter som skrives ut fra tvungent psykisk helsevern med døgnopphold til tvungent psykisk helsevern uten døgn (TUD). Den faktoren som peker seg ut som mest utfordrende for kommunen, når det gjelder å gi tilbud til personer underlagt TUD, er mangel på tilrettelagt bolig med oppfølging.

I 2025 inneholdt IS-24/8 et åpent spørsmål om hva som er hovedutfordringen når det gjelder boligsituasjonen. Av de 312 kommuner/bydeler som svarte, oppga 13 prosent at boligsituasjonen er tilfredsstillende. Av de øvrige 87 prosentene var det et sammensatt bilde. Boligsituasjonene for ulike

¹⁶ <https://napha.no/temaside/act--og-fact-team> , <https://napha.no/temaside/fact-ung>

målgrupper er også kartlagt tidligere. Svarene i 2024 viste at det var særlig for personer med volds- og sikkerhetsutfordringer at bosituasjonen ble vurdert som dårlig eller svært dårlig (50 prosent), og dette økte med kommunestørrelse. Det var også en betydelig andel (36 prosent) som vurderte boligsituasjonene til personer med ROP-lidelser som dårlig eller svært dårlig.

Oppsummering

Samlet peker disse utviklingstrekkene mot et behov for målrettet kapasitetsøkning i døgnbehandling for voksne med alvorlige psykiske lidelser og innen sikkerhetspsykiatrien, mens behovet for økt døgnkapasitet for barn og unge fremstår som begrenset. Samtidig vil fortsatt satsing på ambulante og alternative tjenester være avgjørende for å sikre riktig nivå på døgninnleggelser og for å møte pasientenes behov med mer differensierte og fleksible tjenester. Samtidig har ikke alle kommunene tilgang til slike ambulante tjenester. Konsekvensene av manglende tilbud i spesialisthelsetjenesten er at alvorlig syke pasienter overlates til kommunene, som har utfordringer med å gi de et godt tilpasset boligtilbud.

4.3.7 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 for dette resultatmålet er estimert levealder for personer med alvorlig psykisk lidelse (schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon) og den generelle befolkningen, etter kjønn. Referanseår er 2023. Supplerende informasjon er andel menn og kvinner med henholdsvis schizofreni og bipolar lidelse 2013–2023.

Noen refleksjoner

I målformuleringen inngår også rusmiddelproblem. At dette er holdt utenfor, begrunnes med at *«Ytterligere avgrensning med hensyn til samtidig rusproblematikk, slik resultatmålet angir, vil redusere målgruppen ytterligere og bevirke mer usikkerhet i beregningene.»* Målformuleringen (se overskrift) tyder på at rusproblemer skal inkluderes sammen med alvorlige psykiske lidelser, ikke at begge deler må være til stede samtidig. Vi erfarer at personer med rusproblematikk vil inkluderes i årets rapportering,

Forskjellene i forventet levealder (78,6 versus 84,2 år for menn og 80,2 versus 85,2 år for kvinner) er betydelig mindre enn det som refereres i Meld. St. 23 (2022-2023): *«Undersøkelser viser at forskjellen i levealder mellom personer som har alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og den generelle befolkningen er minst 15 år»*. Dette har trolig både å gjøre med avgrensning av populasjon (f.eks. kun schizofreni) og at stortingsmeldingen referer til anslag på «tapte leveår». Det hadde vært nyttig om det også presenteres beregninger for «tapte leveår» for å lettere sammenholde med anslagene i stortingsmeldingen. Det er også verdt å vurdere å harmonisere (supplere) indikatorene med nasjonale kvalitetsindikator som er utviklet for å følge med på dødelighet i pasientgruppen, begrunnet i OPSY, se nedenfor (eller at NKI harmoniserer med operasjonalisering av resultatmålene). Det kan være forvirrende for publikum at to ulike indikatorer presenteres med begrunnelse i OPSY.

Utviklingstrekk

Overdødelighet er inkludert som nasjonal kvalitetsindikator for PHV. Overdødelighet beregnes som en ratio mellom dødelighetsraten i pasientgruppen og dødelighetsraten i den generelle befolkningen. Aldersavgrensningen er der satt til 15-50 år, siden det er tydelig overdødelighet blant de yngre pasientene, og for å lettere kunne følge med på effekten av tiltak i OPSY. Alvorlig psykisk lidelse er definert som pasienter diagnostisert med schizofreni eller bipolar lidelse, samt pasienter med innleggelser i diagnosegruppene depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser med minst to innleggelser de siste fem årene, eller én innleggelse på minst syv dager i varighet. Disse tallene viser en

økning i overdødeligheten over tid fra 7,3 i 2020 til 8,4 i 2024, økningen var størst fram til 2022 (8,6), og det har vært en svak nedgang/utflating etter det.

4.3.8 Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling

Det er ennå ikke landet på valg av indikator for dette resultatmålet. Dette fordi det er vanskelig å finne egnet datamateriale.

I den årlige nasjonale kartleggingen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ble det i 2025 stilt følgende spørsmål: «*Kan dere beskrive mulighetene/rammene dere har for å drive fag- og tjenesteutvikling innenfor psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne i kommunen/bydelen?*». Spørsmålet ble stilt separat for tjenester til voksne og for tjenester rettet mot barn og unge, og hhv. 300 og 254 kommuner/bydeler gav innspill. De aller fleste kommentarene peker på stramme økonomiske rammer i kommunene, høy etterspørsel etter tjenestene og vanskelig rekrutteringssituasjon som hovedutfordringer. Ressursene må i stor grad brukes til direkte brukeroppfølgning, og det blir dermed begrenset rom for systematisk utviklingsarbeid. Tilskuddsmidler og støtte fra spesialisthelsetjenesten fremheves som viktig for fag- og tjenesteutviklingen, og mange kommuner deltar i læringsnettverk, kurs og faglige samarbeidsarenaer. Noen har egne fagutviklere, andre har årshjul for kompetanseutvikling, og gir systematisk støtte til ansatte som vil ta videreutdanning.

Noen kommuner beskriver gode rammer og tydelig satsing på psykisk helse fra kommunepolitikere og administrativ ledelse, med strukturerte utviklingsprosesser, egen fagtjeneste og satsning på høy kompetanse. Men det er store forskjeller mellom kommuner. En del kommuner har måttet redusere tilbud og planlagte kompetansetiltak på grunn av krav om innsparinger, mens andre mangler søkere og kvalifisert personell, noe som gjør utviklingsarbeid svært vanskelig. Enkelte kommuner velger heller ikke å søke tilskudd fordi de er usikre på om de kan dekke fremtidige driftskostnader.

Små kommuner må ofte lene seg på spesialisthelsetjenesten, interkommunalt samarbeid og faglige nettverk for å opprettholde utvikling og kvalitet. Utviklingsarbeidet blir ofte personavhengig, og kapasiteten begrenset på grunn av små stillingsressurser og store oppgaveporteføljer.

4.4 OPSY i kommunene

4.4.1 Fra IS-24/8

I 2025 kartla IS-24/8 om kommunene hadde planer om å iverksette nye tiltak rettet mot henholdsvis voksne og barn og unge i forbindelse med OPSY, og henholdsvis 57 og 52 prosent svarte bekreftende på det. Det var også en god del kommuner som svarte «Vet ikke», dobbelt så mange når det gjaldt tiltak rettet mot barn og unge sammenlignet med tiltak rettet mot voksne. På spørsmål om å utdype hva disse tilbudene er, nevnes i stor grad bredden av tiltak i kommunene i OPSY.

Kommunene ble også spurt om å beskrive hva de mente var det aller viktigste å oppnå gjennom OPSY for henholdsvis voksne og barn og unge i målgruppen. I tjenester til voksne peker mange kommuner på styrking av lavterskeltjenester som en av de viktigste prioriteringene. De ønsker å tilby lett tilgjengelige tilbud uten vedtak og ventetid, slik at innbyggere kan få rask hjelp, og forebygge at problemer utvikler seg til mer alvorlige lidelser, eller behov for innleggelse. Lavterskeltjenester skal bidra til økt livskvalitet, egenmestring og tidlig innsats. Kommunene understreker også behovet for en helhetlig og koordinert tilnærming, der brukerens totale livssituasjon står i sentrum, inkludert behandling, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, bolig, sosiale møteplasser, aktivitetstilbud og tiltak som motvirker ensomhet og utenforskap. Flere fremhevet effektivisering gjennom gruppe- og kursbaserte tilbud, bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten og tydeligere rolle- og oppgavefordeling mellom nivåene. Styrket ambulant

innsats ble også nevnt. Årsverksrapporteringen for 2025 indikerer en vridning av årsverk bort fra ambulant/mobil/oppsøkende virksomhet over mot kategorien av uspesifisert årsverk og også lavterskeltilbud. Og en dreining i årsverk mot tjenester rettet mot barn og unge. Dette kan tolkes som at kommunene ikke får tilført flere årsverk i psykisk helse- og rustjenestene, og at prioriteringen av nye tiltak krever omfordeling av årsverk mellom tjenester.

Kommunene løfter fram tidlig innsats og forebygging som noe av det aller viktigste i arbeidet med barn og unge. Det mest sentrale er å styrke lavterskeltilbudene, slik at hjelp kan gis raskt, fleksibelt og uten unødvendige barrierer. De vektlegger bedre tverrfaglig samarbeid, større grad av brukermedvirkning, og tjenester som gir foreldrestøtte, helhetlig behandling og et tydelig familieperspektiv. Mange peker også på behovet for å forebygge utenforskap gjennom tjenesteutvikling og målrettede tiltak, inkludert tilnærminger som fremmer psykologisk motstandskraft og normalisering. I tillegg ønsker kommunene å styrke samarbeidet og tilbudene til barn og unge med alvorlige og langvarige lidelser, og flere trekker fram FACT ung som et viktig satsingsområde.

To tiltak som er igangsatt nasjonalt er *ABC for god psykisk helse* og å tilrettelegge for økt bruk av digitale tilbud. Hver fjerde kommune/bydel svarte i 2025 at de har tatt i bruk eller planlagt å bruke *ABC for god psykisk helse*, mens 34 prosent oppgir å ha tatt i bruk / planlagt å bruke *Hverdagsglede*, som har en lengre historie i kommunene. Nesten 60 prosent av kommunene/bydelene oppgir at de benytter digitale kartleggings- og behandlingsverktøy til å følge opp personer med milde til moderate psykisk helse- eller rusmiddelproblemer. Tre av fire kommuner svarer at de informerer innbyggere med behov for psykisk helse- og rustjenester om relevante selvhjelpsverktøy som ligger på helsenorge.no.

4.4.2 Fra årsrapportene fra statsforvalterne for 2024

Rapporteringen for 2024 tyder på at både OPSY og, ikke minst, veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge, er bredt formidlet og tas stadig mer aktivt i bruk. Samtidig er det ulikheter i hvordan kommunene imøtekommer forventningene i OPSY, og det rapporteres at enkelte kommuner har utfordringer knyttet til å etablere nok varierte tjenester på grunn av ressursutfordringer. Kommunale ledere opplever at det kommer stadig nye retningslinjer og nasjonale føringer som gir utfordringer fordi de ikke har nok ressurser til rådighet.

Kommunene viser en klar vilje til omstilling, med særlig vekt på å styrke lavterskeltilbud, satse på forebygging og forbedre samhandling på tvers av tjenester. Tilskuddsordningene brukes i stor grad til tiltak innen forebygging, tidlig intervensjon og oppsøkende arbeid, spesielt rettet mot barn og unge. FACT og FACT ung etableres og planlegges flere steder, men enkelte team avvikes, og små kommuner vurderer interkommunale løsninger eller tilpasninger av modellen.

Kommunene står overfor flere utfordringer. Rekruttering av nødvendig personell, med rett fagkompetanse innen psykisk helse- og rusarbeid, er en gjennomgående barriere som påvirker kapasiteten i lavterskeltilbud, FACT-team og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Små kommuner er spesielt sårbare, med få årsverk, vakante stillinger og begrensede ressurser til kompetanseheving. Det rapporteres om at kommunene ikke lykkes med å sørge for en god bosituasjon for personer med psykiske lidelser og/eller med rusmiddelproblem. En gjennomgående utfordring er en presset kommuneøkonomi, som bidrar til at lavterskeltilbud, helsefremmende og forebyggende tjenester finansiert gjennom ordinære rammer ofte nedprioriteres, siden disse ikke oppfattes som lovpålagte. Et eksempel som nevnes er nedleggelse av godt besøkte møteplasser for ungdom. Mange kommuner er avhengige av prosjektmidler. Samtidig bindes midler opp i videreføringer av eksisterende prosjekter, noe som begrenser muligheten til å utvikle nye tilbud.

Samhandling og tjenesteforløp utgjør også et gjennomgående problemområde. Kommunene beskriver krevende samarbeid med spesialisthelsetjenesten, ikke minst på grunn av mangel på fagpersonell som psykiatere og psykologer i helseforetakene. Det utfordrer samarbeidet rundt spesielt ACT/FACT, og det er fare for at flere FACT team blir avvirket. Modellen er krevende ressursmessig, og det oppleves behov for tilpasninger i modellen for at den skal være relevant, og gjennomførbar også i mindre kommuner. Nedbygging av tilbud i psykisk helsevern og TSB utfordrer kommunene. Kommunene opplever et økende (utilsiktet/uønsket) ansvar for innbyggere med langvarige og sammensatte behov, inkludert utfordringer knyttet til voldsrisiko, uten at de har tilstrekkelige kompetanse, ressurser og verktøy (f.eks. i lovverk mht. tvang og samfunnsvern) og støtteordninger (f.eks. veiledning fra spesialisthelsetjenesten) tilgjengelig.

Når det gjelder implementering av veilederen for barn og unge, er denne godt kjent, men særlig mindre kommuner må gjøre omfattende tilpasninger for å klare å følge den opp. Mange mangler planer for helsefremming og forebyggende arbeid for barn og unges psykiske helse og begynnende rusproblemer. Dette inntrykket forsterkes av funn i folkehelsetilsynet (LOT 2024). Samtidig er kommunene i større grad bevisst på behov for samarbeid på tvers av tjenesteområder enn tidligere. Innsatsen er imidlertid ofte mer rettet mot forebygging enn universelle helsefremmende tiltak. Enkelte kommuner opplever veilederen for barn og unge som en forventning om nye tjenester som er krevende å etablere innenfor dagens ressurser.

Tilgangen til tjenester er fortsatt ujevn. RPH-tilbud og andre lavterskeltilbud varierer betydelig, og noen kommuner mangler slike tjenester helt. Det er også knapphet på døgnkapasitet, inkludert øyeblikkelig hjelp døgnopphold og på boliger med nødvendig oppfølging. Flere kommuner må kjøpe tjenester fra private og ideelle aktører for å dekke behovet. Dette kan være svært kostbart.

Oppsummering

Statsforvalterne rapporterer at kommunene omorganiserer og utvikler psykisk helsetjenestene i tråd med retningen i OPSY, med tyngde på lavterskel, forebygging og bedre samhandling. Samtidig svekkes tempo og likhet i gjennomføringen av vedvarende utfordringer i rekruttering både i kommunen og i helseforetakene, presset økonomi, samhandling med spesialisthelsetjenesten, og manglende systematikk i folkehelsearbeidet for å fremme barn og unges psykiske helse. Resultatet er store kommunale variasjoner i kvalitet og i tilbud.

4.4.3 Fra spørreskjema til kommunedirektører¹⁷

Kommunenes arbeid med opptrappingsplanen framstår som bredt forankret, OPSY er i stor grad tatt inn i kommunenes strategiske rammeverk, men også preget av betydelige lokale variasjoner. De aller fleste kommunene oppgir at OPSY er integrert i eksisterende styringsdokumenter og planverk, særlig i helse- og omsorgsplaner og egne temaplaner for psykisk helse. Kun et fåtall oppgir at planen ikke er forankret i planer, eller at de ikke vet hvordan den er forankret. Et stort flertall av kommunene har vedtatt mål på psykisk helsefeltet, og mange av disse inkluderer konkrete mål. De tematiske områdene som fremheves spenner fra tidlig innsats i et livsløpsperspektiv, tilgjengelighet og lavterskeltilbud, samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, bolig som grunnleggende faktor for mestring, pårørendesatsinger, prioritering ut fra alvorlighet, kompetanse og verdigrunnlag, digitalisering av tjenester, til arbeids- og aktivitetsrettede tiltak. Dette viser at kommunene favner bredden av tematiske områder i OPSYs når de formulerer egne mål.

Rundt halvparten av kommunene har en handlingsplan med konkrete tiltak, men mange av disse mangler detaljerte tidsfrister. Tematisk dekker handlingsplanene et bredt område, med særlig høy dekning innen

¹⁷ Det tas forbehold om lav svarprosent, se avsnitt **Error! Reference source not found..** Spørreskjemaet er i stor grad besvart av andre enn kommunedirektøren.

tidlig innsats og lavterskel, forebygging, men også helhetlige tiltak og satsing på tjenester for både moderate og alvorlige psykiske helseutfordringer. Samtidig er digital oppfølging mindre vanlig i handlingsplanene, og framstår som den delen av feltet som i minst grad er operasjonalisert i kommunenes planer. Når det gjelder oppfølging av handlingsplaner, oppgir en betydelig del av kommunene at de har regelmessig rapportering, og en tredjedel at de har systematisk rapportering og evaluering. De aller fleste oppgir at de har ett eller flere tiltak for tverrsektorielt samarbeid, ofte i form av felles strategier og handlingsplaner eller regelmessige ledermøter på tvers av sektorer. Ledere fra ulike sektorer involveres hovedsakelig gjennom deltakelse i ledermøter, prosjektgrupper og ansvar for egne deler av oppfølgingen.

Halvparten av respondentene mener OPSY har stor eller svært stor betydning for kommunenes strategiske prioriteringer på psykisk helsefeltet, og en tredjedel mener den har «noe betydning». Flere kommuner understreker imidlertid at selv om planen gir retning, påvirkes realisering av tiltak i stor grad av lokale rammer og økonomiske forutsetninger. Flere peker på at intensjonene og målsettingene er gode og relevante, men at manglende finansiering begrenser den reelle strategiske effekten. Endringer i tilskuddsordninger blir også nevnt som en faktor som kan påvirke prioriteringer og gjennomføring.

Kommunenes vurderinger av ulike påstander knyttet til opptrappingsplanen viser et sammensatt bilde. Et stort flertall mener at statens føringer i OPSY påvirker kommunens prioriteringer, og omtrent halvparten mener planen også påvirker organisatoriske løsninger. Kommunene uttrykker også bred enighet om at de er kommet langt i forebyggende og helsefremmende psykisk helsearbeid, både for voksne og barn og unge, og at de tilbyr lett tilgjengelig hjelp. Rundt halvparten mener at OPSY faktisk har bidratt til en vesentlig forbedring av kommunens tilbud, mens mange forholder seg nøytrale. Samtidig er det store forskjeller i synet på øremerking av midler. De fleste respondentene som svarer på vegne av kommunedirektøren mener øremerking er nødvendig for økt satsing på psykisk helsearbeid i deres kommune, men dette synet er langt mindre utbredt blant kommunedirektørene.

Når det gjelder utfordringer med å nå målene i opptrappingsplanen, ser de fleste respondentene at det finnes «noen utfordringer». Samhandlingsutfordringer innad i kommunene beskrives i liten grad som et stort problem, men samarbeidet med spesialisthelsetjenesten peker seg ut som et område der en større andel respondenter opplever utfordringer, knyttet til felles mål, prioriteringer og ansvarsfordeling. Mange svarer «hverken enig eller uenig» på påstandene. Rammebetingelser framstår som mer vesentlige barrierer. Nesten halvparten av respondentene mener manglende ressurser utgjør en betydelig utfordring, og høy arbeidsbelastning blant ansatte og ledere trekkes fram i omtrent samme omfang. Åtte respondenter har benyttet anledningen til å utdype utfordringene gjennom de åpne svarene. Vi gjengir disse her fordi de fremstår representativ for det som fremkommer ellers i underlagsmaterialet til rapporten. Det pekes på gap mellom virkemidler og behov, der ulike tilskudds- og finansieringsordninger ikke treffer brukerne med de mest sammensatte behovene. Bolig omtales som en grunnleggende flaskehals som påvirker både trygghet, økonomi og kapasitet. Det beskrives også organisatorisk og juridisk friksjon, særlig rundt vedtaksfrie tjenester og hjemling av psykisk helsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven. En viss grad av rolleoverlapping mellom kommunal rask psykisk helsehjelp og spesialisthelsetjenestens polikliniske tilbud oppleves også utfordrende. Økonomisk press, byrdeforskyvning fra spesialisthelsetjenesten og økt kompleksitet i brukernes behov, trekkes fram som forhold som begrenser kommunenes handlingsrom og gjør det vanskeligere å nå målene. Det pekes også på at politisk prioritering av forebygging kan stå i spenning til akutte behov i perioder med begrensede ressurser.

Oppsummering

Mange kommuner ser ut til å arbeide bredt og tverrsektorielt med å implementere opptrappingsplanen. De vurderer den som strategisk viktig, men opplever samtidig utfordringer knyttet til økonomi, kapasitet, og samhandling med spesialisthelsetjenesten.

4.5 OPSY i spesialisthelsetjenesten

Nedenfor gir vi en oppsummering av arbeidet i helseregionene basert på «*Supplerende rapportering utover årlig rapportering for opptrappingsplan psykisk helse (2023-2033)*» fra de regionale helseforetakene.

Som beskrevet tidligere arbeider helseforetakene for å sikre tilstrekkelig døgncapasitet for barn og unge og voksne med alvorlig psykisk sykdom, samtidig som de utvikler og styrker ambulante og fleksible behandlingsformer. Utviklingen viser en reduksjon i bruk av døgnplasser blant barn og unge, og en økning i antall pasienter som behandles poliklinisk eller via ambulante tilbud. Dette tolkes som et uttrykk for en ønsket dreining mot mer intensive, hjemmebaserte og oppsøkende tjenester, som anses mindre belastende for barn og unge og kan forebygge behovet for innleggelse. Det bygges opp integrerte modeller som ACT/FACT og FACT ung, og det arbeides aktivt med å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten, barnevernet og kommunene. I arbeidet med barn i barnevernet har foretakene styrket samarbeidet med barnevernsmyndighetene, etablert ambulante ordninger og utviklet felles rutiner for kartlegging og oppfølging (bl.a. gjennom tverrfaglig helsekartlegging for barn som flyttes ut av hjemmet, og nasjonalt forløp for barnevern). Kapasitet og kompetanse varierer, og bemanningsutfordringer, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, og også geografiske forhold, gjør det krevende å levere ambulante tjenester og likeverdige tilbud. Det arbeides derfor med regionale planer og kompetansemiljøer som skal støtte opp under de lokale tjenestene. Det etableres regionale arbeidsgrupper, felles modeller og kompetansemiljøer for å sikre bedre koordinering, mer helhetlige tjenester og raskere avklaringer for barn og unge i komplekse livssituasjoner.

Innen sikkerhetspsykiatrien for barn, unge og voksne er det igangsatt flere tiltak for å styrke døgncapasiteten, utvikle overgangsboliger og etablere ambulante sikkerhetsteam. Mye av arbeidet er langsiktig, kostnadskrevende og avhengig av tett samarbeid med kommunene, men det rapporteres om god fremdrift i utviklingen av regionale planer og strukturer.

Det er også bred innsats for å utvikle brukerstyrte, digitalt støttede polikliniske tilbud for både voksne og unge, der målet er å avlaste tjenestene, redusere ventetid og gi pasientene større fleksibilitet og medvirkning.

RHFene fremhever at gjennomføring av nasjonale planer er avhengig av kommunal deltakelse. Situasjonen i kommunene har stor betydning for hvordan spesialisthelsetjenesten kan løse sine oppgaver. Variasjoner i kommunale tjenester og ulik tilgang til blant annet lavterskeltilbud påvirker hvordan henvisninger håndteres og hvor godt samordnet de er før de kommer til spesialisthelsetjenesten. I kommuner med mange barnevernsinstitusjoner er det også utfordrende å gi tilstrekkelig kapasitet fordi belastningen på tjenestene blir høy. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er omfattende og skjer på mange nivåer. Det er etablert ulike samarbeidsformer, som dialogbasert inntak og felles henvisningspraksis.

Oppsummering

Samlet sett peker arbeidet i helseforetakene i retning av mer tilgjengelige, sammenhengende og fleksible tjenester, med økende vekt på ambulante modeller, tidlig innsats og bedre samhandling mellom nivåer, samtidig som døgncapasitet opprettholdes og justeres i takt med behovene til barn, unge og pasienter med særlig alvorlige lidelser.

4.6 Innspill fra tjenestene på hva som bør iverksettes eller styrkes

Vi spurte i kommunedirektør-skjemaet om forslag til tiltak nasjonale myndigheter bør iverksette, eller styrke, for å nå målene i opptrappingsplanen. Igjen minner vi om lav svarprosent, og at de som har fylt ut

skjema i mange tilfeller var andre enn kommunedirektøren selv, det kunne være andre i staben til kommunedirektøren eller typisk kommunalsjef eller enhetsleder for psykisk helse. Tematisk analyse av svarene (fra de 32 som svarte) ga noen hovedtemaer. Det ene gikk på nasjonal implementering, og vi kommer tilbake til det i avsnitt 4.7.3. Nedenfor viser vi de øvrige temaene rangert etter hyppighet (antall i parentes), med eksempler i form av sitater. Vi viser de som er nevnt minst tre ganger. Svarerne reflekterer beskrivelsene i forrige avsnitt.

Samhandling/rolleavklaring/klare føringer (kommune–spesialist) (17)

Essens: Klare rammer for «hvem gjør hva», forpliktende avtaler.

Sitat: «Enda tydeligere ansvarsfordeling ...» / «PÅLEGGE spesialisthelsetjenesten ... FACT-team ... følg opp at det blir gjort.» / «Samhandling ... utover FACT ...» / «Klare føringer for hvem som skal gjøre hva ...» / «Forpliktende samarbeid ...», «Tydelegare føringer og organisatoriske verkemiddel mellom helsenivå ... sømlause tenester». «.....ender alltid med en drakamp om ressurser» / «Likeverdig samarbeid...» «..lovgivning og forskrifter som fremmer samarbeid..» / «tydeligere krav til samhandling mellom 1. og 2. linjetj. (inkl ressurser/økonomi)» / «Klare føringer for hvem som skal gjøre hva. Kommunene får stadig nye oppgaver der det ikke følger med økonomiske midler».

Finansiering/øremerking/tilskudd/økonomi (15)

Essens: Penger må følge oppgaver, demografi og være langsiktige. Mange ønsket øremerking.

Sitat: «Midler som monner direkte til psykisk helsetjenester» / «Økonomiske satsning på målgruppene i opptrappingsplanen ... Oppgaveforskyvning ... vil det følge økonomiske insentiver og kompetanse.» / «Øremerkede tilskudd ... langsiktige finansieringsordninger.» / «Øremerke MER penger. Mer forståelse for ulikheter i demografi ...» / «Hvordan få flyttet rammer de aller mest sårbare åpenbart profiterer på (regulert av spesialisthelsetjenesteloven) ut i kommunen» / «...samordne tilskudd ... ha lange nok prosjektperioder - minimum 3 år».

Kapasitet i spesialisthelsetjenesten/halvannenlinje (7)

Essens: Øke døgn-/akutt-/sikkerhetskapasitet, halvannenlinje-tiltak, også for unge under 18 år.

Sitat: «Øke antall sengeposter i spesialisthelsetjenesten» / «Øke døgnkapasiteten ...» / «statlege behandlingsplassar ... sjukaste unge under 18 år» / «Øremerkede midler til halvannenlinje-tiltak.» / «Styrke arbeidet rundt sikkerhetsavdelingen» / «Bedre kapasitet ... i sykehus» / «Øke sengekapasiteten i akuttpsykiatrien».

Forebygging og tidlig innsats (inkl. utenforskap/skolefravær/barnefattigdom) (6)

Essens: Systematisk forebygging, tidlig innsats, tiltak mot skolefravær/utenforskap, arbeid/aktivitet, fysisk aktivitet.

Sitat: «Fortsatte å tenke forebygging ... Tidlig inn ... jobbe med skolefravær/utenforskap/barnefattigdom» / «Fysisk aktivitet ... integrert del av psykisk helsehjelp» / «.. forebygging og tidlig innsats, forhindre utenforskap... gjerne skje i samarbeid med frivillig/ideell sektor og samfunnet for øvrig» / «Styrke midler til arbeid og aktivitetsrette tiltak.» / «At psykiske helse for barn og unge ble en SKAL tjeneste» / «Levekårsutsatte kommuner må prioriteres med økte satsninger» / «ABC God psykisk helse».

Lavterskel/vedtaksfrie/lite byråkrati (inkl. RPH) (6)

Essens: Lovpålagte lavterskeltilbud, redusert byråkrati, vedtaksfrie tjenester.

Sitat: «Lovpålagte kunnskapsbaserte lavterskeltilbud» / «Mindre byråkrati ... overgang fra vedtak til vedtaksfrie tjenester.» / «Tydeliggjøring av RPH ... hvilke målgrupper». «.. forpliktende og varig styrkning av kommunale lavterskeltilbud 0-100» / «lovpålagte tjenester mer konkret i hovedforløp 1 (lette og moderate plager)- dagtilbud/dagsenter/MO senter, RPH»

Bolig/bo-tiltak (tilsyn, institusjonslignende botilbud) (5)

Essens: Fleksible leieavtaler med tilsyn; bygge opp institusjonslignende botilbud.

Sitat: «*Fleksible avtaler/leiekontrakter med krav om tilsyn ...*» / «*Økning av midler til institusjonslignende botilbud*» / «*Største utfordringer ligger i bolig ... voldsproblematikk ... kommunen har ikke lovverk/rammer/ressurser.*» / «*Økt trykk på ulike boligsatsinger.*»

Kompetanse/rekruttering/veiledning (3)

Essens: Flere fagpersoner, systematisk kompetanseheving og veiledning, beholde ansatte.

Sitat: «*Øke kapasitet og fagpersoner*» / «*Systematisk kompetanseheving og veiledning*» / «*Utdanne og beholde gode ansatte.*»

FACT (deltakelse/rammer) (3)

Essens: unngå ekskludering pga. rettigheter; fokus på funksjon fremfor diagnose.

Sitat: «*Tilskuddsordningene: hva er egentlig målt ... FACT ... ekskluderer mange ... pga pasientrettighetslovverket*» / «*Minimer jakten på diagnosen fokus på funksjonsutfordringene.*» «*PÅLEGGE spesialisthelsetjenesten ... delta i etablering av FACT-team ... følg opp*» / «*Samhandling med spesialisthelsetjenesten, utover FACT....*»

RHFene har gitt en felles tilbakemelding om prioriterte områder og tiltak i OPSY. De pekte på viktigheten av å følge opp at kommunene får på plass lavterskeltilbud som kan bidra til å tidlig kunne avdekke og hjelpe personer med psykiske plager og lidelser. Videre at det tverrsektorielle arbeidet med opptrappingsplanen vil kunne bidra til å sette fokus på hvilken form, innhold og innretning slike tilbud bør ha. De fremhevet også behov for å konsolidere de ulike tiltakene/modellene for vurderingssamtale som er prøvd ut for å etablere en nødvendig helhet og en bærekraftig innretning i samarbeid med kommunene. Å styrke helsefremmende og forebyggende tiltak ble også sterkt vektlagt. Dette kan bidra til å fange opp sårbare familier, både ift. psykisk helse, men også bolig, jobb/utdanning, familiesituasjon, ressurser, rus, vold, negativ sosialkontroll mv. som er faktorer sterkt forbundet med psykisk uhelse. De viste også til at OPSY kan gi ramme for arbeidet med å bedre EPJ funksjonalitet som er nødvendig forutsetning for å drive tjenesteutvikling for å bedre somatisk helse og levealder for de med alvorlig psykisk helse og/eller rusmiddelproblem.

4.7 Implementeringsprosess

Denne delen er i stor grad basert på intervju med sentrale aktører i perioden april-oktober 2025. I tillegg bruker vi informasjon og observasjoner som har fremkommet i andre sammenhenger, blant annet i møter, samlinger og i intervju vi har gjort med ledere og ansatte i psykisk helse- og rustjenester i kommunene i prosjektet «Utfordringsbildet innen psykisk helse- og rusarbeid fra et storbyperspektiv» finansiert av KS - Program for storbyrettet forskning, der Stavanger kommune er oppdragsgiver (med hensyn til kjennskap til planen).

4.7.1 Roller og organisering

HOD har det overordnede ansvaret for oppfølging av OPSY og koordinerer oppfølgingen mot andre departement, både bilateralt og gjennom tverrdepartemental gruppe psykisk helse. HOD styrer gjennomføring av OPSY gjennom opptrappingsmidlene (hvor mye årlig, og til hva), gjennom oppdrag og ved å sette rammebetingelser i årlige tildelingsbrev til underliggende etater og virksomheter fulgt opp av krav til rapportering, kontaktmøter osv.

Hdir har gjennomførings- og koordineringsansvar på direktoratsnivå, og for å koordinere samarbeid med andre aktører. Dette har blant annet omfattet å lage en gjennomføringsplan, etablere evalueringsprogram for planen (sammen med FHI), og utvikle indikatorer for resultatmålene i samarbeid med andre aktører (FHI, RHFene, AVdir). Hdir skal også rapportere på status, fremdrift og måloppnåelse, basert på innspill fra andre direktorater, RHF, FHI og andre aktører som har ansvar for leveranser på tiltak, og gi anbefalinger til videre arbeid med OPSY for påfølgende år. I tillegg gis Hdir årlig oppdrag i tilknytning til å følge opp spesifikke tiltak i planen. Andre direktorater, RHFene, og FHI får egne oppdrag knyttet til OPSY.

Hovedinntrykket er at det er tett og god dialog i «helsesøyla» mellom HOD og Hdir, men at det har vært til dels uklare forventninger og ansvarfordelinger både mellom HOD og Hdir, og mellom sektorer. Dette knyttes til at OPSY er omfattende, har mange vagt formulerte tiltak, har overlapp med andre politikkområder, og er uten en tydelig strategi for gjennomføring i plandokumentet. Dette har medført at det er en ganske fragmentert oppfølgingsprosess, med fokus på oppdrag på enkelttiltak gitt i de årlige tildelingsbrevene.

Uklare forventninger og ansvarfordelinger har også å gjøre med styringslinjer både innad i helsesøylen og mellom sektorer. Hdir sitt ansvar for å organisere samarbeid med andre aktører er relativt åpent definert, som også trolig spiller at samarbeid og samordning på departementsnivå, slik vi oppfatter, også er varierende. Hdir har ikke styringslinje til RHFene, den går direkte fra HOD. Hdir har heller ikke styringslinje til kommunene (eller frivilligheten).

Hdir har en faglig styringslinje overfor statsforvalterne innen helse- og omsorgsområdet. Statsforvalterne får sitt oppdrag gjennom tildelingsbrev fra regjeringen. Statsforvalter har som oppgave å gi faglig bistand og oppfølging til kommunene, og forvalte tilskuddsordninger, på psykisk helsefeltet. Statsforvalter bidrar gjennom dette til lokal tjenesteutvikling, iverksetting av nasjonal politikk, herunder OPSY, og implementering av normerende produkter innen psykisk helse, og til at fagområdet blir del av planarbeidet i kommunene. Statsforvalterne samarbeider med kompetansesentrene om oppgavene. Organiseringen av kompetansesentra legger begrensning på hvordan denne aktiviteten kan styres fra Hdir, som skjer via oppdrag i tilskuddsbrev i starten av året. Det er vanskelig for Hdir å endre på noe underveis i året. Med ny organisering av kompetansesentra kan dette endre seg etter hvert. Det oppleves at statsforvalterne er veldig presset på tid. Der er også en bevissthet i Hdir om at kommunene er sterkt presset på ressurser, og at de må være forsiktige med hva de setter i gang.

I intervjuene framgikk det at for Hdir har det vært en løpende prosess å finne formen for sin egen oppfølging av OPSY, og for samarbeid med andre aktører. Dette har både å gjøre med å utnyttelse av knappe personellressurser internt og med utfordringer med interne og eksterne styringslinjer, som nevnt over. I utgangspunktet ble arbeidet organisert som et prosjekt i Hdir. Vårt inntrykk er at, gitt omfanget på prosjektet, har det vært stor belastning og ansvar på få personer, som til dels også har hatt andre oppgaver. Prosjektorganisering betyr at prosjektet har ansvar for alle leveransene i OPSY. Dette er et veldig omfattende ansvar gitt omfang og mengde tiltak i OPSY. Det ble derfor besluttet å gå bort fra prosjektorganisering av OPSY.

Hdir får oppdrag i tilknytning til andre planer, strategier mv. som skal ses i sammenheng med, eller som også overlapper med, OPSY (bl.a. folkehelsemeldinga, bo trygt hjemme-reformen, oppvekstmeldinga, nasjonalt forløp for barnevern, nasjonal helse og samhandlingsplan (NHSAP), forebygging og behandlingsreformen på rusfeltet (FBR), opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (OPvold)). Avdelingen i Hdir som har ansvar for gjennomføringen av OPSY på direktoratsnivå har også ansvar for oppfølging av OPvold og FBR, som begge har et vidt koordineringsbehov. Samtidig er det mye overlapp, spesielt mellom FBR og OPSY. Hdir har tatt flere grep for å se oppdragene i sammenheng og

koordinere ressursene best mulig, og har endret organiseringen til en modell med porteføljeorganisering av OPSY, FBR og OPvold. Porteføljestyling er, i motsetning til prosjektorganisering, en permanent styringsform som forankres i linjeorganisasjonen, som skal bidra til å måloppnåelse og ønskede gevinster gjennom en felles, strategisk prioritering av aktiviteter og bruk av ressurser.

Det har også vært et uttrykt ønske fra Hdir om at overlappende oppdrag fra ulike planer ses i sammenheng på departementsnivå, og gis som ett oppdrag. Vi ser at dette er tatt til følge i ett av oppdragene i tildelingsbrev til Hdir for 2026, hvor oppdrag TB2026-32 (Bo- og tjenestetilbud til ROP-pasienter) er felles for OPSY og FBR.

OPSY favner mange fagområder og avdelinger i Hdir. Dette kan skape siloer internt, som kan bidra til forsterket fokus på enkelttiltak heller enn helhetlige tilnærminger. Behovet for å se tiltak i sammenheng var et tilbakevendende tema i intervjuene. Det er også tatt grep for å bedre dette gjennom opprettelse av tverrfaglig arbeidsgruppe internt i Hdir, som skal ha månedlige møter fra og med våren 2026.

4.7.2 Tverrsektorielt samarbeid

Utfordringer med tverrsektorielt samarbeid var et tilbakevendende tema i intervjuene med sentrale aktører. Selv om OPSY er tverrsektoriell både i innhold og i utvikling og implementering, er «helsesøylen» dominerende både i arbeidet med å utvikle planen og i implementeringen, med HOD som ansvarlig departement. Selv om mange av tiltakene er forankret i andre sektorer, departementer og direktorater, er vårt inntrykk at det er begrenset tverrsektorielt samarbeid om implementering. Som nevnt i avsnitt 4.1 var tiltak som kom fra andre departement i all hovedsak «lavhengende frukter», i den forstand at det er tiltak som allerede er virksomme eller planlagt innført, og som ikke er avhengig av OPSY for gjennomføring. Likevel er mange av ambisjonene og tiltakene i planen avhengig av samarbeid på tvers av sektorer. Samarbeidende departementer påpekte også at når tiltak inkluderes i OPSY, kan det bidra til å løfte dem fram, skjerpe forpliktelsene og skape økt momentum. Inntrykket er at samarbeidsrelasjoner varierer mellom departementene, herunder grad av involvering i tverrdepartementalgruppe på psykisk helse. Det samme gjelder samarbeid på direktoratsnivå/etatsnivå. Opplevelsen er at andre sektorer har lavere eierskap til planen, at de opplever at de mangler relevante virkemidler, har andre oppdrag og er også presset på ressurser, noe som gjør samarbeid om OPSY krevende. Svak forankring i departementsstrukturen gjør det også vanskelig å få underliggende etater til å forplikte seg.

Det etterlyses mer felles styringssignaler og forpliktelser på tvers, for eksempel gjennom tettere dialog om oppdrag og tildelingsbrev på departementsnivå, og felles oppdrag til direktoratene. Selv om det vises til opptrappingsplanen og forventning om samarbeid i tildelingsbrevene, og i noen tilfeller også gitt som oppdrag, etterlyses enda sterkere samkjøring. I det felles oppdraget på tilbud til ROP-pasienter (TB2026-32) vises det også til at oppdraget må løses i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (RHFene), Husbanken, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet og andre relevante etater, Kommunesektorens organisasjon (KS), kompetansemiljøer og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Den tverrdepartementale gruppen på psykisk helse kan spille en viktig rolle i samarbeid, samkjøring og forankring av tiltak og overlappende planer.

Kompleksiteten i tverrsektorielt samarbeid er stor, og etablering av nye samarbeidsformer tar tid. I Hdir sin gjennomføringsplan ble det antydnet som en mulighet at det eksisterende direktoratssamarbeidet for forebygging av selvmord kan brukes i OPSY-sammenheng, og vi har fått opplyst at OPSY har vært tema på møtene siden høsten 2024. Erfaringene fra KUBU og etatssamarbeidet for utsatte barn og unge viser at selv med en god rigg på tverrsektorielt/tverrretattlig samarbeid, er det komplisert og krevende å få det til, fordi man går inn på hverandres enemerker og det kan være ulik forståelse av utfordringer og løsninger. I

intervjuene vises det også til at direktoratene blir målt på det man leverer av kjerneoppgaver, og veldig sjelden på samarbeidsprosjektene, og da blir det vanskelig å prioritere på tvers.

Styringslinjer tilsier at ansvaret for samordning både innad i helsesøylen og mellom sektorer ligger på departementsnivå.

4.7.3 Nasjonal gjennomføringsprosess

Inntrykket fra intervjuene er at gjennomføringen hemmes av vaghet i tiltak, uklar organisering, svakt tverrsektorielt samarbeid og manglende finansiering. Det ble pekt på at mange av tiltakene i OPSY i praksis handler om det samme. For å komme bort fra en fragmentert prosess, med oppfølging av en mengde enkelttiltak, trengs samordning mellom tiltak, mellom sektorer, og med andre pågående planer og strategier, og en klarere prioritering av tiltak og satsninger. Det fremheves at for å lykkes må man:

- jobbe med fokusområder innenfor innsatsområdene
- skrelle ned antall tiltak eller foreta en prioritering av hva som er de viktigste tiltakene (konkretisere hovedgrep/-tiltak)
- planlegge i faser med tydelige tidsangivelser og milepæler
- planlegge med tydelig virkemidler for gjennomføring

Det vil si at planen må gjøres mer operasjonell, med færre og tydeligere prioriterte tiltak, med tydeligere (tids)plan for innfasing og en realistisk gjennomføringsplan.

Den foreliggende gjennomføringsplanen som er delt med evalueringsprosjektet er relativt overordnet, og mangler en konkret faseinndelt plan for gjennomføring basert på en sammenheng mellom tiltak og måloppnåelse. Dette må ses i sammenheng med kort tidsfrist, at den kun skulle inkludere tiltak som Hdir er ansvarlig for, og at den ble laget uten grunnleggende informasjon om medfølgende ressurser. En realistisk gjennomføringsplan må etableres på departementalt nivå, med tverrsektoriell involvering, som sikrer nødvendige forankring gjennom styringslinjer, og som besitter nødvendige virkemidler og kan se tiltak på tvers av sektorer og politikkområder (planer og strategier) i sammenheng.

Samtidig understrekes det fra informantene at dette er komplisert, både på grunn av omfang og kompleksitet i politikkområder som skal følges opp, og motstridende interesser mellom sektorer. Den politiske logikken innebærer å handle reaktivt, å følge opp dagsaktuelle saker, som kan gå på tvers av behovet for strukturer og langsiktig planlegging med innfasing av tiltak. Det er behov for langsiktighet, men langtidsplaner mister ofte politisk oppmerksomhet over tid etter hver som politiske prioriteringer skifter. Men når politisk oppmerksomhet svekkes, mister planen sin styrke som prioriteringsverktøy.

Behov for styrket fokus på implementering og realistiske planer på nasjonalt nivå var nevnt av mange som besvarte kommunedirektør-skjemaet når de ble bedt om å komme med forslag til tiltak nasjonale myndigheter bør iverksette, eller styrke, for å nå målene i opptrappingsplanen. Det ble etterlyst tydelige mål, politisk vilje/eierskap til endring, realistiske planer og nasjonal implementeringsoppfølging. Her følger noen sitater: «Tydelige mål med hva man vil oppnå» / «Planer og strategier ... står ikke i forhold til realistisk satsing» / «Mer fokus på implementering nasjonalt ... Oppfølging til kommunene slik at man sikrer god gjennomføring i tråd med opptrappingsplan.» / «Vise politisk vilje og evne til å nå målene som er satt nasjonalt.... erkjenne at mer radikale endringer må til» / «Tydeliggjøring av målene, og sikring av eierskap fra politisk ledelse» / «Hvis ikke det kommunale ansvaret og rammene tydeliggjøres og sikres, er det risiko for en uthuling av alle målene i opptrappingsplanen» / «Styrke det tverrsektorielle samarbeidet på nasjonale myndighetsnivå».

4.7.4 Gjennomføring på tjenestenivå

Flere av informantene nevner at for tjenestene framstår det statlige virkemiddelapparatet som fragmentert, og at kommunene ønsker samkjørt statlig styring med tydelige, praktiske føringer. Flere informanter viser til at tjenestene ønsker en tydeligere gjennomføringsplan med klare og gjennomførbare tiltak. Planen oppleves for overordnet, for bred, for lite konkret eller for uklart avgrenset til at den fungerer som et styringsverktøy. Den oppfattes mer som et generelt policydokument, eller programmerklæring, enn som en opptrappingsplan eller handlingsplan som styrer arbeidet. Tjenestene orienterer seg primært mot konkrete enkelttiltak, ikke mot de overordnede målene. Tjenestene gjenkjenner utfordringsbildet og støtter planens visjoner, men er avventende til hva som faktisk vil bli iverksatt. De er vant til å forholde seg til enkelttiltak og å bli målt, og rapportere på konkrete aktiviteter. Fordi tjenestene ikke var involvert i utviklingen av planen og ikke har vært med å forme retning og prioriteringer, har de heller ikke fått et tydelig forhold og eierskap til planen.

Det pekes på at planen mangler operative virkemidler og tilstrekkelige økonomiske tiltak, og er derfor vanskelig å styre etter. Mange av resultatmålene oppfattes som for overordnede, mens styringssignaler i praksis kommer fra ordinære kanaler og politikkprioriteringer. Det er også vist til fra RHF-hold at OPSY-rapportering og ordinær rapportering til dels går i to ulike spor som oppleves krevende.

Det oppleves også at planen ikke i tilstrekkelig grad adresserer strukturelle forutsetninger for tjenesteutvikling, som felles journalsystem, styringsstrukturer, finansiering (inkl. mangelfull ISF-finansiering av nye arbeidsmåter), tid og kapasitet. Dermed oppfattes den som ambisiøs, men lite praktisk. «Planen sier hva, men ikke hvordan». Det pekes på et betydelig «oversettingsarbeid»: Hva betyr dette? Hvordan skal vi jobbe?

Et eksempel som ble vist til når det gjaldt mangel på virkemidler og realisme i forventninger var knyttet til døgnplasser: «Samtidig som det sies at det skal trappes opp er det store innsparingskrav, og alle må kutte i sine budsjetter, og det eneste som monner for å nå de størrelsene i beløp som det er snakk om, så er det å kutte døgnplasser, for du klarer aldri å kutte så mye i poliklinikk at det monner på det nivået det er behov for». Det gjør det vanskelig å innfri krav om økning i, eller stans i nedbygging av døgnplasser som er resultatmål i planen. En annen vurdering er at dette resultatmålet, i alle fall for noen pasientgrupper, går på tvers av faglig utvikling, med mer oppsøkende og hjemmebaserte tjenester.

I spørreskjemaet til kompetansesentrene ble de bedt om å krysse av for de viktigste faktorene (velge fra en oppgitt liste av faktorer) som kan hindre at målene i opptrappingsplanen nås på deres kompetanseområde. Av de 21 som svarte på spørreskjemaet, krysset 16 for «Begrensede økonomiske ressurser» og 14 for «Manglende politisk forankring eller prioritering». En utfordring som kom fram i intervjuene handler om manglende eller svak involvering av Helsefelleskapene, som skal være hovedarena for samarbeid på samordning mellom RHF og kommunene.

Statsforvalterne og kompetansesentrene spiller en viktig rolle i implementering i kommunene. Statsforvalterne peker i sine årsrapporter for 2024 på at kommunene trenger hjelp og støtte til å se ulike nasjonal planer og normerende produkter i sammenheng. De nasjonale veilederne er viktige for arbeidet til kommunene på psykisk helse- og rusfeltet. Det meldes om at mange kommuner har hatt stort trykk på å utvikle nye, eller organisere eksisterende tjenester, på bakgrunn av veilederen for tjenester til barn og unge. De opplever at kommunene har behov for mer støtte og veiledning på hvordan de kan jobbe godt med helsefremmende og forebyggende tiltak, og for bedre koordinering, ressurser og støtte for å oppnå målene i OPSY og FBR. Statsforvalterne peker på at de har liten kapasitet til veiledning og å være tett på kommunene, men at de samarbeider godt med kompetansesentrene, som er avgjørende for å løse felles

oppdrag. Kompetansesentrene spiller en viktig rolle med å formidle, veilede, gi råd, erfaringsdeling og bidra med implementeringsstøtte i viktige satsninger på psykisk helsefeltet, som er sentrale OPSY.

I spørreskjema til kompetansesentrene bad vi de som oppga at de får oppdrag fra myndighetene gjennom tilskuddsbrev/oppdragsbrev å vurdere i hvilken grad ulike faktorer kan hemme kompetansesenterets/kompetansemiljøets oppdrag knyttet til implementering av planen. Manglende politisk og administrativ forankring ble vurdert av flertallet som viktig. Et av de store, nasjonale sentrene ga følgende kommentar i åpent svarfelt: «Det er viktig at ansvarsfordelingen er tydelig, og at det er god koordinering av innsatsen der flere instanser er inne».

4.8 Kommunikasjon

I intervjuer fikk vi inntrykk av at det var lite oppmerksomhet og kunnskap om OPSY ute i tjenestene, i alle fall på lavere nivå i organisasjonene. Vi har blant annet intervjuet både kommuneoverlege, en rekke enhetsledere og ansatte i psykisk helse- og rustjenester rettet mot voksne i en stor kommune om deres kjennskap til planen. Generelt var svaret at de knapt kjenner til planen, og at den i liten grad er integrert i kommunens strategiske arbeid. En av lederne vi intervjuet i spesialisthelsetjenesten svarte slik: «Sånn at det med opptrappingsplanen den ligger nok litt for langt bak i hodene hos oss hvert fall. Så jeg har ikke så mye kommentar til det nå. Leser den av og til, men jeg kjenner ikke at den brenner på pulten min hver dag for å si det sånn.»

Andre informanter mente at planen er kjent som dokument på ledernivå. Dette inntrykket ble bekreftet i spørreundersøkelsen som vi sendte til kommunedirektører i kommunene, hvor vi spurte om de var kjent med OPSY. Over halvparten svarer at de kjenner OPSY godt eller svært godt. De fleste andre svarer at de er noe kjent med planen. Det er svært få som er lite kjent eller ikke kjenner planen. I 3 av 4 kommuner/bydeler hadde noen andre svart på vegne av kommunedirektør (andre i kommunaldirektørens stab, eller typisk kommunalsjefer med ansvar for psykisk helse og enhetsledere innen psykisk helse). Disse var oftere godt kjent med planen. De fleste kommunedirektører krysset for noe kjent med planen.

I intervjuene ble det pekt på at selv om planen er kjent, er den for mange i tjenestene ikke godt forstått som styringsverktøy, at det fremstår som uklart hva den betyr i praksis. Det ble vist til at mye av det som beskrives i planen allerede skjer som del av ordinær tjenesteutvikling, og at når det arbeides med tjenesteutvikling så kobles det ikke opp mot planen: «ingen tenker at dette er fra opptrappingsplanen». I intervjuene vi gjorde i en stor kommune omtales planen som fjern, ikke konkret og uten tydelige føringer i praksis: «Som kommune så synes vi vel den siste opptrappingsplanen som kom er litt sånn utydelig på hva egentlig det er som skal gjøres. Og det handler vel om at det følger ikke penger og midler med sånn som det har gjort på tidligere opptrappingsplaner. Så det har ikke hengt helt sånn i sammen.»

Som nevnt over mister planen sin styrke som prioriteringsverktøy, når politisk oppmerksomhet om den svekkes. OPSY er så omfattende at veldig mye av det som lanseres av politikk på feltet er del av de rundt 100 tiltakene i OPSY. Vårt inntrykk er at OPSY i liten grad nevnes i nasjonale myndigheters lansering av nye tiltak og generelle formidling på psykisk helsefeltet.

4.9 Barn og unge

Barn og unge har en viktig plass i opptrappingsplanen. Av midler gitt i tilknytning til OPSY i årene 2023-2026, kan mer enn fire av ti kroner¹⁸ knyttes til tiltak rettet mot barn og unge. Da er økning i rammetilskuddet som var begrunnet i økning i lavterskeltiltak holdt utenfor. Vi har identifisert at rundt 37

¹⁸ 43 % basert på opptelling i tabell 2.

av de 93 tiltakene i OPSY direkte er rettet mot barn og unge, inkludert unge voksne og foreldre, eller tjenester til målgruppen. Av disse er så langt vi har informasjon om (minst) ni ferdige (1 av 4), og det har vært leveranser på andre tiltak. Av tiltakene som er listet opp i avsnitt 4.2.2, som vi har grunn til å tro har nådd tjenestene, er de fleste direkte rettet mot barn og unge (f.eks. vurderingssamtaler, fritak for egenandel, styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ungdomsgaranti, ung.no), eller også omfatter tjenester for barn og unge (FACT ung, lavterskeltiltak, IPS, døgnplasser i psykisk helsevern). Med unntak av ungdomsgaranti og IPS, er dette tiltak innenfor helse- og omsorgstjenestene (innsatsområde 2 og 3). Det er et hovedinntrykk i analysene vi har gjort at det skjer mye innen tjenester til barn og unge i kommunene, at kommunene jobber med å bygge opp lavterskel psykisk helsetjenester til barn og unge som oppfølging av den nye veilederen som kom høsten 2023. Dette illustreres i følgende sitat fra et intervju i en storkommune: *«Men det som man har gjort i vår kommune, i alle fall, er at en har brukt mye av det til å bygge opp tjenester til barn og unge. Og det er jo bra, for de har vært litt sånn på vent. ... har brukt opptrappingsplanen og tilskuddene til å styrke den siden.»*.

Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid er et eget innsatsområde i OPSY. Holte beskriver dette som *«banebrytende og ytterst adekvat»*, at planen er i tråd med flere viktige strategiske prinsipper og inkluderer alle hans fire forslag til prioriterte tiltak for et psykisk sunnere folk¹⁹ (Holte, 2024). Innsatsområde 1 retter seg i stor grad mot barn og unge. For de fleste tiltakene, med unntak av ungdomsgarantien, er det imidlertid vanskelig å vurdere i hvilken grad de faktisk har nådd barn og unge eller deres familier. Ett av tiltakene det har vært størst oppmerksomhet om, er utviklingen av en kompetansepakke for skolene innen teamet folkehelse og livsmestring, hvor psykisk helse inngår. Denne forventes lansert 2026/2027. Mange leveranser består av utredninger og analyser, og det er uklart om aktivitet innen foreldrestøtte, barnehager, skole og fritidstilbud kun er videreføring av aktiviteter som pågikk før OPSY, eller om det er nye aktiviteter/styrking som er iverksatt som kan ha nådd målgruppen. Det kan derfor antas at mange av tiltakene i innsatsområde 1 som gjelder helsefremming ikke har nådd målgruppen. Vi tar forbehold om at mye av informasjonen vi har for å vurdere utvikling ikke fanger opp det som har skjedd etter at tiltak ble rapportert til Hdir første halvår i 2025. Enkelte av de vi intervjuet var kritiske til at det brukes for mye tid på utredninger og kunnskapsinnhenting, og viste til at det fantes kunnskapsbaserte tiltak som kunne vært satt i gang umiddelbart.

Tiltakene i innsatsområde 1 skal i hovedsak iverksettes i andre sektorer enn helse, særlig innen skole, barnehager, kultur- og fritid og arbeidsliv. Slikt tverrsektorielt samarbeid er krevende. Hdir har overordnet koordineringsansvar i oppfølgingen av OPSY. Inntrykket er at Hdir har prioritert arbeid og samarbeid innen «helsesøylen» først. Andre sektorer var for eksempel ikke invitert inn i dagsamling/-møte som vi har deltatt i. Slik vi har forstått det, skyldes dette at oppdragene gitt til Hdir i OPSY og andre tilstøtende satsninger innebærer mange krevende samarbeids- og koordineringsprosesser innen helsefeltet, og at arbeidet derfor har startet der.

Psykisk helse er brakt inn i det tverrsektorale samarbeidet gjennom KUBU og etatssamarbeidet for utsatte barn og unge. Dette er *«en videreutvikling av 0-24-samarbeidet, og skal bidra til å samordne statens innsatser overfor kommuner og statlige tjenester. Dette skal tilrettelegge for et bedre koordinert og samordnet tjenestetilbud til alle barn, unge og deres familier. Arbeidet kan også omfatte helsefremmende og forebyggende innsatser og prosesser som er rettet mot hele barne- og ungdomsbefolkningen og deres familier»*²⁰. Vårt inntrykk er at etatssamarbeidet ikke er friksjonsfritt, noe som bekreftes i Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) sin nylige evalueringer av kjernegruppestrukturen, herunder KUBU,

¹⁹ Kartlegging av psykisk helse hos mødre, Veiledning for nye barnehagelærere, Psykisk helse som eget fag i skolen, Meningsfullt arbeid for alle.

²⁰ <https://www.bufdir.no/prosjekter/samordning/>

(DFØ, 2024) og etatssamarbeidet (DFØ, 2025). DFØ sin vurdering av KUBU var at det så ut til å være felles eierskap for temaet hos BFD, HOD og KD, som er de med flest virkemidler på området, men at det ikke var helt smertefritt å få til tilsvarende godt samarbeid mellom etatene. Psykisk helse har siden 2022 vært ett av to prioriterte temaer for etatssamarbeidet etter beslutning i KUBU-kollegiet. Mandatet har vært at etatene skal utarbeide felles forslag til satsinger på tvers av sektorene. Det har tidligere vært etablert en egen temagruppe ledet av Helsedirektoratet, og det har vært arbeidet med å finne en hensiktsmessig modell for videre samarbeid. Evalueringen viser at mye av ressursene i etatssamarbeidet har gått med til interne prosesser, samtidig som sekretariatet har hatt begrenset kapasitet til å sikre god samordning og informasjonsdeling. Manglende felles målforståelse og uavklart rollefordeling har bremsset arbeidet. Evalueringen peker også på at departementenes styring har vært lite samordnet, og at den organisatoriske modellen har vært for kompleks og ressurskrevende. DFØ konkluderer at for å oppnå bedre resultater må samarbeidet videreutvikles med tydeligere rolleavklaringer, en mer effektiv struktur og en kultur basert på tillit og felles forståelse av målene.

Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid er en del av det generelle folkehelsearbeidet, og arbeidet med OPSY må ses i sammenheng med de øvrige satsningene rettet mot barn og unge og oppvekstvilkår. Det foregår mye på dette feltet, blant annet i regi av samfunnsoppdraget «Ingen barn og unge utanfor!»²¹, som forskingsrådet er vertskap for.

Fra hjemmesiden kan vi lese at delmål for samfunnsoppdraget er å:

- *«auke deltakinga i barnehage blant barn frå familiar med låg sosioøkonomisk status*
- *auke andelen ungdom som deltek i organiserte fritidsaktivitetar, med 10 prosentpoeng*
- *halvere andelen barn og unge med låg livskvalitet*
- *redusere dei sjølvrapporterte psykiske helseplagene til barn og unge med 25 prosent*
- *auke andelen unge som fullfører vidaregåande opplæring*
- *auke talet på unge som er i jobb og utdanning betydeleg*

Etter planen skal delmåla vidareutviklast og justerast i lys av utviklinga i perioden fram mot 2035».

Dette er sammenfallende med intensjoner og målsettinger i OPSY. Det gjøres mye forskning på feltet gjennom samfunnsoppdraget, og i andre sammenhenger. For eksempel skal forskningssentret PROMENTA sammen med 46 kommuner (som jobber for å fremme god livskvalitet og psykisk helse i befolkningen) forske på psykisk helse og livskvalitet i et helhetlig perspektiv²². En viktig del av evalueringen av OPSY blir å følge forskningen på feltet og analysere OPSYs plass i det samlede nasjonale arbeidet for barn og unges psykiske helse. Det betyr å vurdere hvordan OPSYs tiltak virker sammen med, forsterkes av eller eventuelt overlapper med innsatsene i andre satsninger, og hvordan dette påvirker vurderingen av måloppnåelse.

²¹ <https://www.forskningsradet.no/forskningspolitikk-strategi/lt/ungt-utanforskap/>

²² <https://www.forskningsradet.no/suksesshistorier/forskningsorganisasjoner/styrke-folkehelsen-lose-depresjonsgaten/>

5 Vurderinger og anbefalinger for nasjonal gjennomføring

Funnene fra analysene viser en betydelig risiko for varierende og fragmentert gjennomføring. Den brede innretningen, generelle tiltak, og fravær av en plan for innfasing og gjennomføring i selve plandokumentet, gjør nasjonal styring, koordinering og oppfølging særlig viktig. For å øke sannsynligheten for gjennomslag i tjenestene anbefales det å øke motivasjon og eierskap gjennom bedre kommunikasjon og involvering, utarbeide en tydelig og faseinndelt gjennomføringsplan, styrke implementeringsstøtten på tvers av nivåer og sektorer, og samordne kapasitetsstyring mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Vi anbefaler også å avklare hva som ligger i kunnskapsbaserte lavterskeltjenester i resultatmål 3, og å forankre rettighets- og recovery-orientert kvalitetsarbeid i hele systemet. Nedenfor gis en utdyping av punktene.

Når det gjelder vurdering og anbefalinger knyttet til resultatmålene viser vi til kapittel 4.3.

5.1 Utarbeide en mer tydelig nasjonal faseinndelt gjennomføringsplan

Selv om planen har en tiårshorisont og en innretning som åpner for justeringer underveis, mangler den en tidsfestet og prioriteringsorientert vei mot måloppnåelse. Dette er ikke (tilstrekkelig) operasjonalisert i den eksisterende gjennomføringsplanen. En anbefaling er derfor at det utarbeides en nasjonal faseinndelt gjennomføringsplan (veikart) med en tydelig og tidsspesifikk rekkefølge av mål, prioriterte hovedaktiviteter/tiltaksområder og milepæler.

Dette innebærer å:

- identifisere hvilke tiltak som skal utvikles, piloterer og implementeres i hvilke perioder (med tilhørende innfasing av opptrappingsmidler)
- inkludere milepæler for når kunnskapsgrunnlag, normerende produkter, og verktøy skal foreligge
- skille mellom utvikling, testing, spredning og skalering
- tydeliggjøre avhengigheter (hva må skje før noe annet kan starte)
- tydeliggjøre hvilke aktører som har ansvar for hva, på tvers av departement, direktorater, kompetansesentre, statsforvalter, regionale helseforetak og kommuner.

En slik gjennomføringsplan er et overordnet veikart som gir felles forståelse av prioriteringer og framdrift, som bidrar til å:

- tydeliggjøre sammenheng mellom mål og tiltak, og
- tydeliggjøre betydningen av rekkefølge av tiltak
- avklare ressursbehov og prioriteringer
- skape forutsigbarhet for alle involverte aktører

En slik forutsigbarhet vil gi kommuner og spesialisthelsetjenesten bedre grunnlag for planlegging, ressursfordeling og kompetanseutvikling, og redusere risiko for at innfasing av tiltak mister framdrift.

Et slikt veikart behøver ikke gå i detalj på alle tiltak i planen, men ta en mer overordnet prioritering, som gir rom for at tiltak kan endres over tid. Ansvar for en slik gjennomføringsplan må ha en (tverr)departemental forankring.

5.2 Samordning med andre planer og strategier

OPSY har mange, helt eller delvis, overlapp i intensjoner og tiltak med andre planer og strategier, som folkehelsemeldinga, bo trygt hjemme-reformen, oppvekstmeldinga, nasjonalt forløp for barnevern, NHSAP, FBR, og OPvold.

Dette kompliserer og potensielt fragmenterer ansvar og eierskap for tiltak og oppfølging. Det er allerede tatt grep i Hdir for samordning mellom OPSY, FBR og OPVold gjennom porteføljestyling. Vi anbefaler også en sterkere samordning med andre planer og strategier.

Det er behov for å tydeliggjøre avhengigheter og overlapp, og samordning av tiltak, virkemidler og oppfølging. Utarbeidelse av et veikart for OPSY vil bidra til å avdekke og tydeliggjøre slike avhengigheter og overlapp. Dette forutsetter tverrdepartemental/tverretatlig involvering, samordning og samarbeid.

Personellmangel er en grunnleggende barriere for implementering av OPSY. Et veikart for OPSY bør også samordnes med arbeidet med Helsepersonellplan2040. Dette er nødvendig for å sikre bærekraft i gjennomføringen.

5.3 Mer tydelig kommunikasjon om OPSY

I store, langsiktige satsinger som OPSY er god kommunikasjon viktig. Det bidrar til å:

- skape felles forståelse av mål og retning og redusere risiko for misforståelser og motstand.
- styrke implementering gjennom å styrke eierskap, forpliktelse og motivasjon.
- synliggjøre fremdrift og resultater.

Vi anbefaler derfor at det utvikles en tydeligere kommunikasjonsstrategi, som tilpasses ulike nivåer, aktør- og målgrupper, som bidrar til å synliggjøre og aktualisere OPSY gjennom hele planperioden. Denne må ses i sammenheng med utvikling av en nasjonal faseinndelt gjennomføringsplan.

Det er fremhevet som en styrke med planen at den er langsiktig og dynamisk. For at den skal oppfattes relevant må aktørene ha eierskap til planen. Potensialet for OPSY til å være styrende for utviklingen innen psykisk helsefeltet svekkes når de som skal realisere intensjonene i planen ikke har tilstrekkelig kunnskap og forståelse for hovedgrep, retning og status for arbeidet. Økt motivasjon og eierskap kan fremmes gjennom å gi sentrale aktører mulighet til å spille inn viktige tiltak og satsingsområder. Dette bør ikke avgrenses til departement og direktorater, men også involvere det øvrige implementeringsstøtteapparatet, herunder RHF, kompetansesentra og statsforvaltere. Interesseorganisasjoner, ikke minst KS, og andre frivillige organisasjoner og bruker- og pårørendeorganisasjoner bør også involveres. Dette kan for eksempel gjøres som i arbeidet med utvikling av planen, gjennom nasjonale og regionale workshop og innspillsrunder.

5.4 Etablere/forsterke nasjonale implementeringsstrukturer og nasjonale/lokale implementeringsnettverk

Datainnsamling i evalueringsprosjektets første år tyder på et behov for sterkere tverrdepartemental og tverretatlig samordning og samarbeid. Dette vil være avgjørende for å engasjere og forplikte til felles innsats og samordning av tiltak på tvers av sektorer, herunder å lykkes med å lage en felles, forpliktende gjennomføringsplan for OPSY, og for bedre samordning med andre planer og strategier. Tidligere forskning viser at politisk oppmerksomhet på øverste nivå, på tvers av departementene, sees som avgjørende for å legge bedre til rette for samordning. Lederskap er sentralt for tverrsektorielt samarbeid. Men hvis eierskapet ligger for tungt i ett departement, kan det hemme samarbeid på tvers (Bergsli et al., 2024).

Erfaring tilsier at komplekse, tverrsektorielle tiltak krever arenaer for læring, samordning og kvalitetssikring (Bakke et al., 2014). Mulige arenaer kan være nasjonalt/regionale system av implementeringsnettverk på tvers av nivå og aktører (f.eks. departement, direktorater, kompetansesentre, statsforvalter, helseforetak og kommuner) og sektorer (f.eks. helse, oppvekst, arbeid og velferd, barnevern, justissektor mv.). Slike nettverk kan springe ut fra eksisterende samarbeidsstrukturer som tverrdepartemental arbeidsgruppe for

psykisk helse, KUBU, etatssamarbeidet og samfunnsoppdraget, og etablerte lokale/regionale nettverk (f.eks. gjennom statsforvalter/ kompetansesentra), og bygge på erfaringer fra ulike læringsnettverk ol. Dette kan være en arena med et systemperspektiv på tjenesteutvikling som favner bredden i OPSY og ser ulike planer og strategier i sammenheng. Spesielt kommunene som har et overordnet ansvar på en rekke satsningsområder som krever tverrsektoriell satsning (blant annet folkehelsemeldingen, oppvekstmeldingen, bo trygt hjemme-reformen, nasjonalt forløp for barnevern, boligmeldingen, OPVold, FBR og OPSY) vil kunne ha stor nytte av en slik arena. Slike nettverksarenaer kan bidra til:

- erfaringsdeling og rask spredning av gode, virksomme modeller og tiltak
- systematisk kvalitetsforbedring
- støtte til kommuner med svak kapasitet
- felles tilnærminger og redusere uønsket variasjon

Det er et stort potensial for videre fag- og tjenesteutvikling i kommunalt psykisk helsearbeid. Statsforvalterne, kompetansesentre og andre nasjonale fagressurser fra spesialisthelsetjenesten bør, med innspill fra kommunene, utvikle effektive kurs og opplæringstiltak på områder kommunene trenger økt kompetanse på. Kursene bør gis gjennom etablerte nettverk, være gratis og ikke være for omfattende slik at de kan prioriteres. Nettverkene i regi av statsforvalterne ser ut til å være en god modell å bygge videre på, da de virker å fungere godt ifølge mange kommuner.

5.5 Samordnet kapasitetsstyring mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste

Ubalanse og uavklarte grenseoppganger mellom spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester i behandling og oppfølging kan gi alvorlige negative konsekvenser for individet, pårørende og samfunnet (Mundt et al., 2021). Derfor bør det etableres:

- modeller for delt ansvar for kapasitetsplanlegging, der nivåene samarbeider om prognoser, dimensjonering og tjenestemodellutvikling, herunder felles kapasitetsanalyser mellom kommuner og RHF/HF
- styrke helsefelleskapenes rolle og virkemidler for samarbeid om tjenesteutvikling

I påvente av resultatene fra arbeidet i helsereformutvalget, er helsefelleskapene en naturlig arena for en slik samordning. For å realisere det må det trolig til en styrking av mandat og ressurser.

5.6 Utvikle tiltak som passer små kommuner

Kommunale forskjeller er en av de største risikoene for gjennomføring. Tiltak for å redusere disse forskjellene kan motvirke at planen resulterer i en todeling der større kommuner lykkes, mens mindre blir hengende etter.

I Norge har 47 prosent av kommunene (n=174) færre enn 5 000 innbyggere, og ytterligere 19 prosent (n=71) har færre enn 10 000 innbyggere. Dette betyr at nær 2 av 3 kommuner i Norge (66 prosent) har færre enn 10 000 innbyggere. Men totalt dekker disse kommunene kun 16 prosent av befolkningen.

Små kommuner har andre muligheter og begrensninger enn større kommuner, og det bør utvikles tiltak som er tilpasset kommuner av ulik størrelse, samt interkommunale samarbeid. Sannsynligvis har 2 av 3 kommuner for lite befolkningsgrunnlag for å etablere spesialiserte tilbud til befolkningen innen psykisk helse- og rusarbeid, og det bør utvikles alternative modeller som dekker små kommuner samtidig som behovene i målgruppen møtes i størst mulig grad.

5.7 Avklare lavterskeltilbud mht resultatmål 3

I dag operasjonaliseres resultatmål 3 «*Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus.*» med andel kommuner som har etablert RPH, fra rapporteringen i IS-24/8. En tilleggsindikator er, som nevnt, andel kommuner som har andre lavterskeltiltak relevant for målgruppen innen psykisk helse. Det er to hovedutfordringer med operasjonaliseringen av resultatmålet.

Den første er hvilke lavterskeltjenester resultatmålet skal dekke. Lavterskeltjenester retter seg mot ulike målgrupper. Når resultatmålet operasjonaliseres ved RPH betyr det implisitt at målet gjelder kortvarige behandlingsorienterte tjenester rettet mot voksne med lette til moderate psykisk helse plager. Det omfatter ikke lavterskeltjenester til de med mer alvorlige og langvarige behov som aktivitetssenter og treffsteder, oppsøkende helsehjelp osv, og heller ikke barn og unge under 16 år. Er det den første gruppen det er et mål at kommunen gir lavterskel tjenester til, eller begge?

Den andre utfordringen gjelder hva som menes med kunnskapsbasert. Gitt kravene til RPH som modell, j.fr. kapittel 4.3.3, er det lite sannsynlig at alle kommuner vil ha RPH i løpet av planperioden. NAPHA peker også i sin årsrapport på at det ikke er hensiktsmessig eller mulig å etablere et fullverdig RPH-team i små kommuner. Da er det ikke hensiktsmessig å ha et resultatmål som er avgrenset til RPH (siden det ikke er realistisk at alle skal ha RPH i løpet av planperioden). Når resultatmålet operasjonaliseres ved RPH legges en forskningsbasert definisjon av kunnskapsbasert til grunn. Dette synes som en mer snever avgrensning enn det som legges til grunn i OPSY.

Begge disse problemstillingene bør avklares når det gjelder resultatmål 3, siden operasjonalisering kan virke førende på tjenesteutvikling. Dersom det er et mål at kommunene skal ha lavterskeltjenester til både lette og moderate plager, og de med alvorlige og langvarige behov, og alle aldersgrupper, bør dette reflekteres tydeligere i operasjonalisering. Det samme gjelder behandlingsorienterte lavterskeltilbud. En operasjonalisering av kunnskapsbaserte tjenester bør også omfatte tilbud som er realistisk blir etablert i små kommuner. Det vil bygge opp under lokal fleksibilitet, redusere geografiske ulikheter og hjelpe kommunene i å utvikle tjenester som sikrer god bruk av ressursene og gode brukerforløp. Dette støtter opp om OPSY sin definisjon av kunnskapsbaserte tjenester (s. 43): «*Kunnskapsbasert innebærer også at det kommunale handlingsrommet hensyntas, ved at kommunene kan være mer fleksible og ta hensyn til sine erfaringer og lokale rammer og forutsetninger.*»

En slik avklaring er også i tråd med RHFene sin anbefaling om å sette fokus på hvilken form, innhold og innretning lavterskeltilbud bør ha. En slik avklaring kan gjøre det mer forutsigbart for helseforetakene, som skriver ut, eller avviser henvisninger til, pasienter i svært ulikt riggede kommuner.

I arbeidet med årets IS-24/8-skjema er spørsmålene om lavterskeltilbud for voksne omformulert slik at vi kan få mer kunnskap om hvem som er målgruppen for ulike tilbud (forløp 1, 2 eller 3).

5.8 Tydelig forankring i menneskerettigheter og recovery-orientering

Det ble i høringsrunden pekt på at dagens plan i begrenset grad tydeliggjør hvordan menneskerettighetsforpliktelser og recovery-orientert praksis skal realiseres i tjenestene. Norge har nylig tatt inn FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i den norske menneskerettsloven. For å sikre at OPSY bygger opp under sentrale prinsipper i CRPD – som likeverd, selvbestemmelse, brukermedvirkning og deltakelse – og samtidig styrker kvalitet og faglig retning, anbefales det å integrere menneskerettighets- og recovery-perspektivet mer operasjonelt i gjennomføringen av planen. Dette kan innebære å:

- sikre nasjonal innføring av WHO QualityRights som rammeverk for kvalitetsutvikling og tjenesteutforming
- gjøre opplæring i CRPD, rettigheter og recovery-orientert praksis obligatorisk for relevante tjenesteområder
- systematisk involvere bruker- og pårørendeorganisasjoner i arbeid med veikart, implementeringsnettverk og kvalitetsarbeid
- tydeliggjøre hvordan recovery-orienterte prinsipper skal omsettes i praksis i både kommunale og spesialisthelsetjenester, for eksempel gjennom standarder, kompetansekrav og evaluering.

En slik forankring vil bidra til at rettighets- og recoveryorientert praksis ikke fremstår som tilleggselementer, men som grunnleggende føringer for tjenesteutvikling og gjennomføring. Dette styrker både legitimitet, kvalitet og etterlevelse av nasjonale og internasjonale forpliktelser.

5.9 Oppsummering

Den nasjonale implementeringen av OPSY kan styrkes gjennom en mer strukturert og systematisk tilnærming til styring, kapasitetsbygging og læring. Evalueringsresultatene peker på behovet for økt engasjement og eierskap til planen på alle nivå, gjennom en målrettet kommunikasjon, tydeligere faseinndelt gjennomføringsplan, bedre tverrsektoriell forankring, samordning med andre tilgrensende og overlappende planer og strategier, implementeringsstøttesystemer, samordnet kapasitetsstyring, målrettede støttetiltak i kommuner og å sikre nødvendig kapasitet. Samlet vil dette redusere risikoen for geografiske forskjeller, styrke gjennomføringskraften og bidra til at planens brede ambisjoner realiseres.

6 Referanser

- Bakke, T., Udness, E., Harboe, I., 2014. Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring (No. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 23–2011). Kunnskapssenteret.
- Bakken, A., 2025. Ungdata 2025 - Nasjonale resultater 1–68.
- Bergsli, H., Fongar, C., Gotaas, N., Krohne, K., Kårtvedt, L., Nordbø, E., Sylliaas, H., Zeiner, H.H., 2024. Samordning og samarbeid for utvikling av aktivitets-og aldersvennlige nærmiljø. By-og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet-Storbyuniversitetet.
- Brookes, S., Grint, K., 2010. A New Public Leadership Challenge?, in: Brookes, S., Grint, K. (Eds.), The New Public Leadership Challenge. Palgrave Macmillan UK, London, pp. 1–15.
https://doi.org/10.1057/9780230277953_1
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., 2008. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 337, a1655.
<https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- DFØ, 2025. I spenningsfeltet mellom vertikal styring og horisontal tilpasning (No. DFØ-rapport 2025:6).
- DFØ, 2024. Evaluering av kjernegruppeforsøket 2022-2024 (No. DFØ-rapport 2024:7).
- Ellingsen, J., 2025. Utviklingen i diagnoser for unge uføretrygdde i 2024. Statistikknotat. NAV Arbeids- og velferdsdirektoratet/ statistikkseksjonen.
- Enstad, F., Bakken, A., 2025. Ungdata junior 2025 - Nasjonale resultater 1–50.
- Folkehelseinstituttet, 2025. Temautgave av Folkehelse rapporten 2025 Barn og unges psykiske helse.
- Greenhalgh, T., Papoutsis, C., 2018. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine* 16, 95. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
- Helse Sør-Øst RHF, 2023. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri.
- Helse Sør-Øst RHF, 2022. Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helse Sør-Øst.
- Helsedirektoratet, 2017. Veileder for saksbehandling Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 (No. IS-2442).
- Holte, A., 2024. Strategi for et psykisk sunnere folk 2024. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 61, 662–677. <https://doi.org/10.52734/WJKS5460>
- Lawless, A., Baum, F., Delany-Crowe, T., MacDougall, C., Williams, C., McDermott, D., Van Eyk, H., 2018. Developing a Framework for a Program Theory-Based Approach to Evaluating Policy Processes and Outcomes: Health in All Policies in South Australia. *International Journal of Health Policy and Management* 7, 510–521. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.121>
- Leeuw, F.L., 2023. John Mayne and Rules of Thumb for Contribution Analysis: A Comparison With Two Related Approaches. *Canadian Journal of Program Evaluation* 37, 403–421.
<https://doi.org/10.3138/cjpe.75448>
- Mayne, J., 2019. Revisiting Contribution Analysis. *Canadian Journal of Program Evaluation* 34, 171–191.
<https://doi.org/10.3138/cjpe.68004>
- Mundt, A.P., Delhey Langerfeldt, S., Rozas Serri, E., Siebenförcher, M., Priebe, S., 2021. Expert Arguments for Trends of Psychiatric Bed Numbers: A Systematic Review of Qualitative Data. *Front. Psychiatry* 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.745247>
- Ose, S.O., Kaspersen, S.L., 2025. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) - Nasjonale tall på ressursinnsats, kompetanse og innhold i tjenestene, 2025. (No. SINTEF-rapport 2025:01181).
- Palenberg, M.A., 2023. Causal Claims in Contribution Analysis. *Canadian Journal of Program Evaluation* 37, 389–402. <https://doi.org/10.3138/cjpe.75428>
- Pfadenhauer, L.M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K.B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L., Rehfuess, E., 2017. Making sense of complexity in context and

implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implement Sci* 12, 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>

- Rogers, P.J., 2008. Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation* 14, 29–48. <https://doi.org/10.1177/1356389007084674>
- Rutter, H., Savona, N., Glonti, K., Bibby, J., Cummins, S., Finegood, D.T., Greaves, F., Harper, L., Hawe, P., Moore, L., Petticrew, M., Rehfuss, E., Shiell, A., Thomas, J., White, M., 2017. The need for a complex systems model of evidence for public health. *The Lancet* 390, 2602–2604. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31267-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31267-9)
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S.A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J.M., Boyd, K.A., Craig, N., French, D.P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., Moore, L., 2021. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>