Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser

Dokument 3:8 (2025–2026)

ISBN 978-82-8229-648-9

Riksrevisjonen

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:8 (2025–2026) Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser

Dokumentet har følgende inndeling:

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger
Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag
Del 3: Revisjonskriterium og metodisk tilnærming

Riksrevisjonen, 14. april 2026

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Revisjonen er gjennomført som en forvaltningsrevisjon i samsvar med

- lov om Riksrevisjonen § 5-1
- INTOSAI-standarden for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)
- de faglige retningslinjene for forvaltningsrevisjon fra Riksrevisjonen

Riksrevisjonen

Om undersøkelsen

Kort oppsummert

Bakgrunn

Det er viktig at barn og unge med psykiske plager og lidelser får riktig hjelp til rett tid. Barn og unge skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av hvor de bor i Norge. Å investere i barn og unges psykiske helse er lønnsomt både for den enkelte og for samfunnet, ikke bare fordi barn og unge skal ha det bra og fungere godt gjennom barndommen, men også for å legge et godt fundament for voksenlivet.

Formål

Formålet med undersøkelsen har vært å vurdere om kommunene, spesialisthelsetjenesten og de statlige myndighetene legger til rette for at barn og unge med psykiske plager og lidelser får nødvendige tjenester.

Konklusjoner

- Det er for store forskjeller i tilbudet barn og unge med psykiske plager og lidelser får i kommunene.
- Kommunene legger et stort ansvar på helsesykepleierne, selv om disse verken har mandat eller kapasitet til å behandle barn og unge med psykiske plager og lidelser.
- Flere barn og unge får behandling i spesialisthelsetjenesten, men det er store forskjeller i ventetider, i hvor mange henvisninger som blir avslått, i antall kontakter og i det ambulante tilbudet.
- Det har vært en økning i antall årsverk i helseforetakene, men antall innvilgede henvisninger har økt mer.
- Tilbudet til mange barn og unge er ikke tilstrekkelig koordinert og helhetlig.
- Bosted avgjør hvilket tilbud barn og unge med psykiske plager og lidelser får.
- Til tross for flere styringsgrep, er sentrale mål ikke oppnådd og det mangler informasjon for å følge med på området.
- Svakhetene i de psykiske helsetjenestene kan ha store konsekvenser.

Overordnet vurdering

Kritikkverdig

Riksrevisjonen publiserte den 3. juni 2021 en revisjon av psykiske helsetjenester. Stortinget ba i forbindelse med behandlingen av saken om at Riksrevisjonen skulle prioritere å følge utviklingen for et bedre psykisk helsetilbud, særlig for barn og unge. Riksrevisjonen har nå gjennomført en ny revisjon av tilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Antall barn og unge med psykiske plager og lidelser har økt de siste årene. Mange barn og unge bor i kommuner som ikke har et utbygd hjelpetilbud. I store deler av spesialisthelsetjenesten har arbeidsbelastningen økt, og det gjelder særlig seks av helseforetakene. Bosted har betydning for i hvilken grad tilbud gis og hva slags tilbud barn og unge med psykiske plager og lidelser får. Manglende støtte, behandling og

oppfølging kan få store konsekvenser for barna og familiene deres.

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke i tilstrekkelig grad sørget for at barn og unge med psykiske plager og lidelser får den hjelpen de har behov for.

Dette er kritikkverdig.

Anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet

- følger opp at barn og unge med behov for psykiske helsetjenester får et tilstrekkelig behandlingstilbud uavhengig av hvor de bor
- har særlig oppmerksomhet på å forbedre situasjonen til barn og unge som er bosatt i kommuner som har et lite utbygd tjenestetilbud og der det er lite samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten
- styrker arbeidet med å forbedre kunnskapsgrunnlaget for aktørene på feltet, slik at blant annet sentrale mål på området bedre kan følges opp
- fortsetter arbeidet med å tydeliggjøre ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten når det gjelder psykiske helsetjenester til barn og unge

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å styrke kommunenes arbeid med tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Vi anbefaler at departementet:

- tydeliggjør kommunenes ansvar for å følge opp barn og unge som har behov for tjenester også etter at spesialisthelsetjenesten har avsluttet behandlingen
- tydeliggjør hvilken rolle helsesykepleierne skal ha i arbeidet med barn og unge med psykiske plager og lidelser

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet ber de regionale helseforetakene om å:

- sørge for at regionen har tilstrekkelig kapasitet til å gi god behandling til barn og unge som har behov for spesialiserte psykiske helsetjenester
- undersøke de store forskjellene mellom helseforetak i ventetider, i hvor mange henvisninger som blir avslått, i antall kontakter og i det ambulante tilbudet, og iverksette tiltak der det er uønsket variasjon

Innhold

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger 8

1 Bakgrunn 9

2 Mål og problemstillinger 11

3 Konklusjoner 12

4 Overordnet vurdering 13

5 Utdyping av konklusjoner 13

5.1 Det er for store forskjeller i tilbudet barn og unge med psykiske plager og lidelser får i kommunene 13

5.2 Kommunene legger et stort ansvar på helsesykepleierne, selv om disse verken har mandat eller kapasitet til å behandle barn og unge med psykiske plager og lidelser. 20

5.3 Flere barn og unge får behandling i spesialisthelsetjenesten, men det er store forskjeller i ventetider, i hvor mange henvisninger som blir avslått, i antall kontakter og i ambulant behandling 22

5.4 Det har vært en økning i antall årsverk i helseforetakene, men antall innvilgede henvisninger har økt mer 28

5.5 Tilbudet til mange barn og unge er ikke tilstrekkelig koordinert og helhetlig 29

5.6 Bosted avgjør hvilket tilbud barn og unge med psykiske plager og lidelser får 32

5.7 Til tross for flere styringsgrep, er sentrale mål ikke oppnådd og det mangler informasjon for å følge med på området. 35

5.8 Svakhetene i de psykiske helsetjenestene kan ha store konsekvenser 38

6 Anbefalinger 40

7 Statsrådens svar 41

8 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar 41

Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag 42

9 Innledning 43

9.1 Avgrensning av undersøkelsen 43

9.2 Sentrale aktører 43

10 Det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser 44

10.1 Fastlege 44

10.2 Helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skolen 45

10.3 Kommunepsykolog 48

10.4 Rask psykisk helsehjelp og FACT ung-team 49

10.5 Psykiske helsetjenester til barn og unge 51

10.6 Kompetanse og kapasitet i kommunalt psykisk tjenestetilbud 55

10.7 Kommunenes ansvar for å behandle psykiske plager og lidelser 57

10.8 Kommunenes arbeid med helsefremming, forebygging og å identifisere psykisk uhelse 60
10.9 Samarbeid og koordinering i kommunene 65
10.10 Statens forventninger til kommunene 66
11 Spesialisthelsetjenestens tilbud til barn og unge med psykiske lidelser 72
11.1 Arbeidet med å vurdere hvem som skal få spesialisthelsetjenester 72
11.2 Resultatet av vurderingen 78
11.3 Behandling i poliklinikker 80
11.4 Ambulant virksomhet 90
11.5 Døgnbehandling 92
11.6 Statens styring av regionale helseforetakene 93
12 Samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten 94
12.1 Helsefellesskapene 94
12.2 Samarbeid om vurderinger av henvisninger 96
12.3 FACT ung 97
12.4 Samarbeid mellom PP-tjenesten og poliklinikkene i psykisk helsevern 98
13 Tjenestetilbudet belyst på tvers av kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten 100
13.1 Variasjon i det samlede forbruket av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester 100
13.2 Analyse av risiko for at barn og unge ikke får hjelp hverken i kommune eller spesialisthelsetjeneste 102
13.3 Kommunenes og helsesykepleiernes vurderinger av det samlede tilbudet 104
14 Barn og unge som ikke får den hjelpen de har behov for 105
14.1 Kjennetegn ved barn og unge som ikke får de tjenestene de har behov for 105
14.2 Konsekvenser av at barn og unge med psykiske plager og lidelser ikke får den hjelpen de skulle hatt 106
15 Statens tilrettelegging for arbeidet med barn og unge med psykiske plager og lidelser 109
15.1 Behovet for tverrsektorielt samarbeid 110
15.2 Kjernegruppe og etatssamarbeid 111
15.3 Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) 113
15.4 Program for folkehelsearbeid 118
15.5 Arbeidet med å forbedre kunnskapsgrunnlaget 120
Del 3: Revisjonskriterier og metodisk tilnærming 127
16 Revisjonskriterier 128
16.1 Barn og unge skal motta gode tjenester 128

16.2 Mål og krav til kommunenes tjenestetilbud 130
16.3 Mål og krav til spesialisthelsetjenestens tilbud 134
16.4 Mål og krav til den sentrale helseforvaltningen 135
17 Metodisk tilnærming og gjennomføring 137
17.1 Spørreundersøkelser 138
17.2 Analyser av kvantitative data 140
17.3 Intervjuer 148
17.4 Brev med skriftlige spørsmål 150
17.5 Dokumentanalyse/-gjennomgang 151
18 Referanseliste 152
Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet 166
Vedlegg 2: Statsrådens svar 168

Tabelloversikt

Tabell 1 Antall kommuner som mangler tjenester og som inngår i opptaksområdet til poliklinikker som avslår henvisninger, og der det ikke er samarbeid 103
Tabell 2 Resultatmålene fra opptrappingsplanen 115
Tabell 3 Innhentede data som er brukt for å belyse de ulike problemstillingene 137
Tabell 4 Andel og antall helsesykepleierne med tilknytning til de ulike arbeidsstedene som har besvart spørreundersøkelsen 139
Tabell 5 Oversikt over hvor statistikk er innhentet fra 140
Tabell 6 Oversikt over poliklinikkene som er med i analysen 143

Figuroversikt

Figur 1 Sentrale personer og tjenester i et barns liv 10
Figur 2 Kommunalt og fylkeskommunalt tjenestetilbud – over tid, i livet til et barn 14
Figur 3 Kommunestørrelse og antall tiltak 17
Figur 4 Hvem i kommunen behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser? 20
Figur 5 Antall henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere (0–17 år) i perioden 2019–2024 22
Figur 6 Ventetidene i helseforetakene og de private ideelle sykehusene i 2025 24
Figur 7 Antall kontakter det enkelte barn får i gjennomsnitt i de ulike helseforetakene og de private ideelle sykehusene i 2024 25
Figur 8 Endring i henvisninger per årsverk (2019–2024) 28

Figur 9 Antall kontakter om psykisk helse per 10 000 barn og unge per opptaksområde i 2023 33
Figur 10 Kommunestørrelse og rask psykisk helsehjelp 50
Figur 11 Kommunestørrelse og FACT ung 51
Figur 12 Kommunestørrelse og antall tiltak 53
Figur 13 Region og antall tiltak 53
Figur 14 Sentralitet og antall tiltak 54
Figur 15 Kommunestørrelse og tilstrekkelig fagkompetanse 55
Figur 16 Hvem i kommunen behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser? 58
Figur 17 Antall henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere (0–17 år) i perioden 2019–2024 73
Figur 18 Ventetid fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til helsehjelpen er påbegynt (2019-2025) 80
Figur 19 Ventetidene i helseforetakene og de private ideelle sykehusene i 2025 81
Figur 20 Mål for ventetid og faktisk ventetid i dager 82
Figur 21 Antall kontakter det enkelte barn får i gjennomsnitt i de ulike opptaksområdene til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i 2024 84
Figur 22 Endring i henvisninger per årsverk (2019–2024) 86
Figur 23 Utvikling i antall ambulante kontakter per 10 000 innbyggere i perioden 2019 til 2024 91
Figur 24 Antall kontakter om psykisk helse per 10 000 barn og unge per opptaksområde i 2023 101
Figur 25 Kommuner som mangler tjenester, ikke har samarbeid og som tilhører poliklinikk som avviser minst hver femte henvisning, fordelt på kommunestørrelse 103

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Helsesykepleierutdanningen 59
Faktaboks 2 Barn og unge som mottar døgnbehandling 92
Faktaboks 3 Nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale faglige råd og nasjonale veiledere 120

Ordliste og forkortelser

Begreper benyttet i rapporten:

Ambulant behandling er behandling som blir gitt i pasientens eget miljø. Behandlerne oppsøker pasientene hjemme eller på andre arenaer.

Avtalespesialister er legespesialister og spesialister innenfor psykologi som har en driftsavtale med det regionale helseforetaket.

Barn og unge brukes om alle under 18 år.[1]

Døgnbehandling vil si at pasienten er innlagt på sykehus over natten. Innleggelsen kan vare i ett eller flere døgn.

FACT ung-team en tjenestemodell for oppsøkende og helhetlige tjenester til unge personer med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.[2]

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører inn under staten eller fylkeskommunen. Kommunene skal tilby helse- og omsorgstjenester, for eksempel skolehelsetjeneste, helsestasjonstjeneste, legevakt og fastlegeordningen.

Konsultasjoner omfatter møter mellom en pasient og en behandler i helsetjenesten der det gjennomføres utredning eller behandling.

Kontakter med helsetjenestene inkluderer både direkte og indirekte kontakter. Direkte kontakter er utredning eller behandling der pasienten møter behandleren fysisk. Indirekte kontakter er utredning eller behandling der pasienten ikke møter behandleren fysisk, og omfatter blant annet telefonkontakter og videokonferanser. Indirekte kontakter gjelder også møter mellom fagpersoner i spesialisthelsetjenesten eller mellom fagpersoner i spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er et sentralt helseregister som inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester.

Kunnskapsbasert tilbud innebærer at tilbudet er basert på kunnskap fra forskning, fra fagfolks erfaringer og fra brukerne selv.

Lavterskeltilbud er en beskrivelse av tiltak i kommunen som gis til innbyggere uten henvisning, venting eller saksbehandling.

Norsk pasientregister (NPR) er et sentralt helseregister som inneholder helseopplysninger om alle personer som har fått behandling, eller som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten, enten på sykehus, i poliklinikk eller hos avtalespesialister.

---

[1] Enkelte datakilder inkluderer barn og unge til og med 18 år.
[2] Helsedirektoratet (2015, 13. februar). FACT er en forkortelse for Flexible Assertive Community Treatment.

Opptaksområde er de kommunene/bydelene som et helseforetak/et privat ideelt sykehus har ansvar for å betjene.

Poliklinikk er en helseinstitusjon som behandler pasienter som ikke blir innlagt på sengepost. Poliklinikker er vanligvis institusjoner som tar imot pasienter til spesialisert undersøkelse eller behandling etter henvisning fra lege, psykolog eller barnevernsleder.

Psykiske helsetjenester omfatter i denne undersøkelsen både kommunale helse- og omsorgstjenester og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsevern er spesialisthelsetjeneste, og tilbyr utredning og behandling av mennesker med psykiske lidelser. Dette inkluderer døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling, samt ambulante tjenester og øyeblikkelig hjelp.

Psykiske plager brukes om plager som engstelse, nedstemthet og uro. Psykiske plager kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv, ofte knyttet til hendelser og erfaringer. Plagene kan være lette eller sterkere, uten at det nødvendigvis karakteriseres som en lidelse.

Psykiske lidelser er et begrep som først blir brukt når symptombelastningen er stor, varer over tid og oppfyller kriteriene for en klinisk diagnose. Psykiske lidelser omfatter ulike diagnoser med ulike symptomer, som angst, depresjon, ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelser, schizofreni og bipolar lidelse.

Riksrevisjonen kan gi kritikk etter disse tre alvorlighetsgradene:

Ikke tilfredsstillende

Når vi finner svakheter, feil og mangler, men som i mindre grad får direkte konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

Kritikkverdig

Når vi finner betydelige svakheter, feil og mangler som ofte vil kunne få moderate til store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

Sterkt kritikkverdig

Når vi finner alvorlige svakheter, feil og mangler. Ofte vil disse kunne få svært store konsekvenser for enkelt-mennesker eller samfunnet.

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger

1 Bakgrunn

Det er viktig at barn og unge med psykiske plager og lidelser får riktig hjelp til rett tid. Barn og unge skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av hvor de bor i Norge. Å investere i barn og unges psykiske helse er lønnsomt både for den enkelte og for samfunnet, ikke bare fordi barn og unge skal ha det bra og fungere godt gjennom barndommen, men også for å legge et godt fundament for voksenlivet.[3]

Barn og unge med psykiske plager og lidelser er en sårbar gruppe i det norske samfunnet. Da Riksrevisjonen i juni 2021 publiserte rapporten *Psykiske helsetjenester*, ba Stortinget oss følge spesielt med på oppfølgingen av tilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det er bakgrunnen for at vi har gjennomført denne revisjonen.

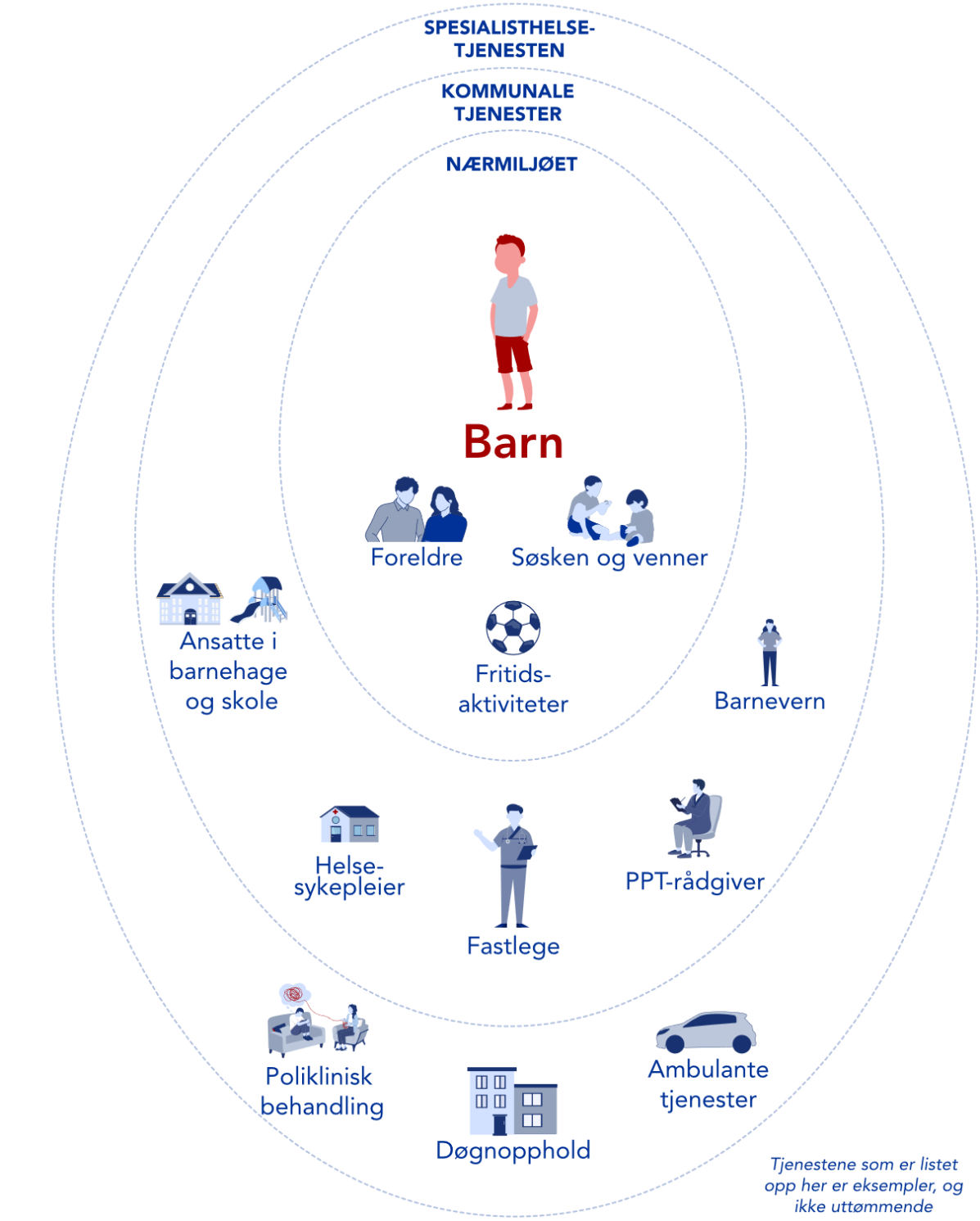
Folkehelseinstituttet slår fast at psykiske plager og lidelser er vanlig blant barn og unge. Forekomsten av de psykiske plagene og lidelsene varierer med kjønn og aldersgruppe.[4] Psykiske plager kan vise seg ved at et barn er nedstemt eller engstelig, og det kan variere fra lette til sterkere plager. Psykiske lidelser skiller seg fra psykiske plager ved at symptombelastingen er stor, og at de ofte fører med seg tap av funksjon, for eksempel i tilknytning til skole og/eller familie.[5] Det er mer vanlig å ha psykiske plager enn psykiske lidelser.

Det har vært en rekke tiltak på området, blant annet *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse* (2019–2024) og *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (2023–2033). Begge opptrappingsplanene slår fast at både kommunen og spesialisthelsetjenesten trenger å styrke tilbudet til barn og unge med psykiske helseutfordringer.

Grunnlaget for god psykisk helse blir lagt gjennom hele livet – i familien, i barnehagen, gjennom skole, venner og gjennom deltakelse i fritids- og kulturaktiviteter. Arenaer som fremmer aktivitet, mening og tilhørighet, fremmer også god psykisk helse og livskvalitet.[6] Figur 1 viser sentrale personer og tjenester som innvirker på et barns psykiske helse.

[3] Prop. 121 S (2018–2019).
[4] Bang, et al., 2024.
[5] Bang, et al., 2024.
[6] Meld. St. 23 (2022–2023).

Figur 1 Sentrale personer og tjenester i et barns liv



Kilde: Riksrevisjonen

Figur 1 viser at barn og unges psykiske helse formes av en rekke personer og tjenester. I denne undersøkelsen har vi valgt å ha oppmerksomhet på helsetjenestene. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har det overordnede ansvaret for helsetjenestene. I tillegg til helsetjenestene har vi valgt å inkludere skolens arbeid med psykisk helse. Samhandling mellom sektorene er også inkludert i undersøkelsen.

2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om kommunene, spesialisthelsetjenesten og de statlige myndighetene legger til rette for at barn og unge med psykiske plager og lidelser får nødvendige tjenester. Vi har fire problemstillinger:

1. I hvilken grad har kommunene psykiske helsetjenester for barn og unge?
2. I hvilken grad har spesialisthelsetjenesten psykiske helsetjenester for barn og unge?
3. Gir kommunene og spesialisthelsetjenesten til sammen nødvendige helsetjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser, og hvilke konsekvenser har et eventuelt mangelfullt tilbud for barn og unge?
4. Legger styringen av sektoren og bruken av statlige virkemidler til rette for at barn og unge får nødvendige psykiske helsetjenester?

Revisjonskriteriene for undersøkelsen er nærmere omtalt i del 3. Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i flere vedtak og forutsetninger:

- Innst. 108 S (2023–2024) Innstilling frå helse- og omsorgskomiteen om Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)
- Innst. 11 S (2023–2024) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2024, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)
- Innst. 125 S (2021–2022) Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester
- helse- og omsorgstjenesteloven: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- spesialisthelsetjenesteloven: lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Undersøkelsen omfatter i hovedsak perioden fra 2019 til 2025 og alle barn og unge fra 0 til fylte 18 år, samt hele videregående skole.

Vi har benyttet disse kildene for å belyse problemstillingene:

- statistikk fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet
- spørreundersøkelser til kommuner og helsesykepleiere
- analyse og sammenstilling av registerdata
- intervjuer med kommunalt ansatte, ansatte i spesialisthelsetjenesten, statlige myndigheter og organisasjoner som representerer brukere/pasienter og pårørende

- dokumentanalyser av relevante styringsdokumenter, sekundærlitteratur og skriftlige svar på våre spørsmål til helseforetak / private ideelle sykehus[7]

Metoden for undersøkelsen er nærmere omtalt i del 3.

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 17. desember 2025. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev 29. januar 2026 gitt kommentarer, og kommentarene er i hovedsak innarbeidet i dette dokumentet.

3 Konklusjoner

- Det er for store forskjeller i tilbudet barn og unge med psykiske plager og lidelser får i kommunene.
- Kommunene legger et stort ansvar på helsesykepleierne, selv om disse verken har mandat eller kapasitet til å behandle barn og unge med psykiske plager og lidelser.
- Flere barn og unge får behandling i spesialisthelsetjenesten, men det er store forskjeller i ventetider, i hvor mange henvisninger som blir avslått, i antall kontakter og i det ambulante tilbudet.
- Det har vært en økning i antall årsverk i helseforetakene, men antall innvilgede henvisninger har økt mer.
- Tilbudet til mange barn og unge er ikke tilstrekkelig koordinert og helhetlig.
- Bosted avgjør hvilket tilbud barn og unge med psykiske plager og lidelser får.
- Til tross for flere styringsgrep, er sentrale mål ikke oppnådd og det mangler informasjon for å følge med på området.
- Svakhetene i de psykiske helsetjenestene kan ha store konsekvenser.

Konklusjonene er utdypet i kapittel 5. For en fullstendig beskrivelse av faktagrunnlaget for den enkelte konklusjon se del 2, kapittel 9 til og med kapittel 15.

[7] Vi har sendt brev til 22 enheter (19 helseforetak og 3 private ideelle sykehus), og alle har svart. Disse er helseforetak, og private ideelle sykehus med avtale med RHF, som gir spesialisthelsetjenester til barn og unge med psykiske lidelser.

4 Overordnet vurdering

Riksrevisjonen publiserte den 3. juni 2021 en revisjon av psykiske helsetjenester. Stortinget ba i forbindelse med behandlingen av saken om at Riksrevisjonen skulle prioritere å følge utviklingen for et bedre psykisk helsetilbud, særlig for barn og unge. Riksrevisjonen har nå gjennomført en ny revisjon av tilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Antall barn og unge med psykiske plager og lidelser har økt de siste årene. Mange barn og unge bor i kommuner som ikke har et utbygd hjelpetilbud. I store deler av spesialisthelsetjenesten har arbeidsbelastningen økt, og det gjelder særlig seks av helseforetakene. Bosted har betydning for i hvilken grad tilbud gis og hva slags tilbud barn og unge med psykiske plager og lidelser får. Manglende støtte, behandling og oppfølging kan få store konsekvenser for barna og familiene deres.

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke i tilstrekkelig grad sørget for at barn og unge med psykiske plager og lidelser får den hjelpen de har behov for.

Dette er kritikkverdig.

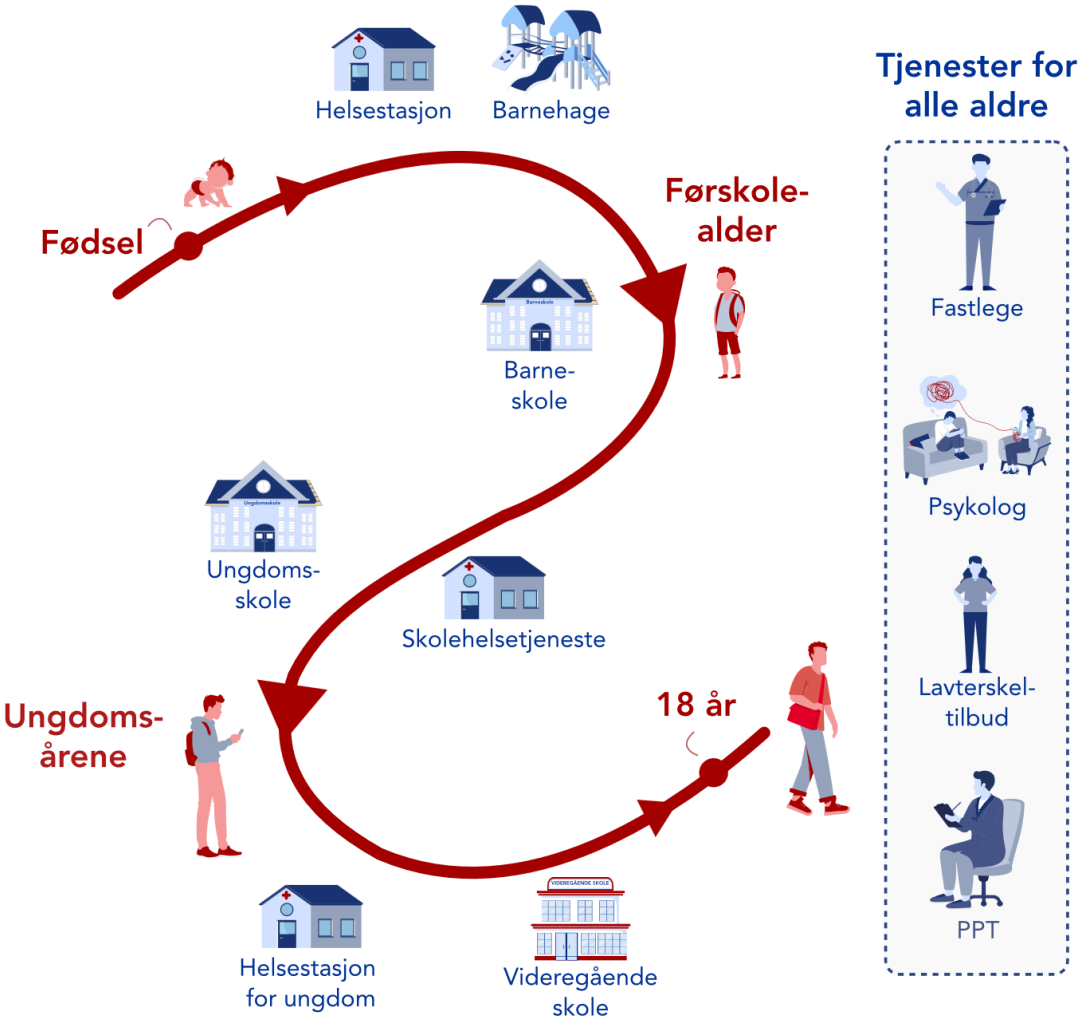
5 Utdyping av konklusjoner

5.1 Det er for store forskjeller i tilbudet barn og unge med psykiske plager og lidelser får i kommunene

Barn og unge lever livet sitt i kommunen, og kommunen skal arbeide med helsefremming, forebygging og behandling.

Det er en rekke tjenester og institusjoner som er relevante for barn og unges psykiske helse. Illustrasjonen nedenfor viser de mest sentrale – fra fødsel til myndighetsalder.

Figur 2 Kommunalt og fylkeskommunalt tjenestetilbud – over tid, i livet til et barn



Kilde: Riksrevisjonen

Figur 2 viser det kommunale og fylkeskommunale tjenestetilbudet for et barn fram til det er 18 år. Noen tjenester omfatter alle aldre, og et eksempel på det er fastlegen. Andre tjenester har ansvar for spesifikke aldergrupper, for eksempel helsestasjonen, skolehelsetjenesten og helsestasjonen for ungdom.

5.1.1 Flere kommuner mangler sentrale elementer i tilbudet til barn og unge

Alle kommuner skal tilby sine innbyggere nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunene bestemmer selv hvordan de organiserer tjenestene sine, men de skal ha en rekke lovpålagte tjenester. De skal ha fastlege til alle innbyggere, helsestasjon- og skolehelsetjeneste og knytte til seg psykologkompetanse.

Alle barn og unge har rett til å ha en fastlege. Per desember 2025 hadde 98 prosent av alle barn og unge fastlege. De aller fleste barna har dermed fastlege, og andelen barn og unge (0–18 år) som har vært hos fastlegen med psykiske plager eller lidelser, har økt med

32 prosent i perioden 2019 til 2023.[8] I 2023 var 8 prosent av barn og unge (0-18 år) hos fastlegen med psykiske plager eller lidelser.

Fastlegene kan både behandle barn og henvise dem som trenger det, til spesialisthelsetjenesten. Våre analyser tyder ikke på at fastlegene selv følger opp denne gruppen tett. De som har vært hos fastlegen for psykiske plager og lidelser, har i gjennomsnitt færre enn to besøk i året. Videre viser undersøkelsen at nesten en fjerdedel av kommunene opplyser at fastlegene ikke er godt integrert i samarbeidet om hvert enkelt barn og hver enkel ungdom som har psykiske plager og lidelser.

Alle kommuner skal ha knyttet til seg psykologkompetanse. Denne undersøkelsen viser at 20,4 prosent av kommunene ikke har knyttet til seg psykolog. Av de kommunene som har psykolog, er det i tillegg 7 kommuner som ikke benytter psykologen til arbeidet med barn og unge, hverken på individ- eller systemnivå. Totalt sett er det altså barn og unge i 23 prosent av kommunene som ikke får tjenester der psykolog er involvert i arbeidet.

Alle kommuner skal ha helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skoler. Tall fra Helsedirektoratet viser at antall årsverk per 1000 elever har økt fra 2020 til 2024 i både helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten. Vi har undersøkt hvor mange kommuner som har helsestasjon for ungdom, og det er 88 prosent av kommunene som opplyser at de har denne tjenesten.[9] Ifølge Helsedirektoratet er det sterkt anbefalt at helsestasjon for ungdom skal komme i tillegg til skolehelsetjenesten og tilby oppfølgende samtaler til ungdommer med utfordringer innen psykisk helse.[10] Vår spørreundersøkelse viser at 27,5 prosent av kommunene ikke tilbyr helsestasjon for ungdom i tråd med disse anbefalingene i den nasjonale faglige retningslinjen.[11]

Rask psykisk helsehjelp er en metodikk for å behandle innbyggere over 16 år med angst, mild til moderat depresjon, søvnvansker og/eller begynnende rusmiddelproblemer. Det slås fast i *Opptrappingsplanen for psykisk helse* at gevinstene og effektene av tilbudet ikke bare er at flere får tilgang til virkningsfull behandling, men også at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt at flere får hjelp på lavest effektive omsorgsnivå.[12] Av kommunene i vår spørreundersøkelse opplyser 33 prosent at de tilbyr rask psykisk helsehjelp for de mellom 16 og 18 år med behov for det. Blant de største kommunene er det flere (80 prosent) som tilbyr rask psykisk helsehjelp enn blant de minste kommunene (16 prosent).[13]

FACT ung-team en tjenestemodell for oppsøkende og helhetlige tjenester til unge personer med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.[14] Helse- og omsorgsdepartementet påpeker i brev av 29. januar 2026 at dette er en tjeneste

[8] Basert på data fra kommunalt pasientregister.
[9] Prosenttallet baserer seg på 269 kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[10] Helsedirektoratet (2017, 8. februar).
[11] Prosenten baserer seg på 269 kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[12] Meld. St. 23 (2022-2023).
[13] De største kommunene er kommunene med 50 000 eller flere innbyggere. Dette vil inkludere bydeler i Oslo. De minste kommunene er kommunene med færre enn 2000 innbyggere. For mer informasjon se punkt 10.4.
[14] Helsedirektoratet (2015, 13. februar). FACT er en forkortelse for Flexible Assertive Community Treatment.

som bidrar til å fremme likeverdige, helhetlige og integrerte tilbud til en målgruppe som det ellers har vært vanskelig å gi et godt nok tilbud om behandling og oppfølging. Det er en samarbeidsmodell mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og har målgruppe helt ned til 12 år. I vår spørreundersøkelse spurte vi om kommunen har FACT ung eller en lignende modell for ungdom med sammensatte og alvorlige problemer. Det er 20 prosent av kommunene som opplyser at de har en slik oppsøkende tjeneste. Blant de største kommunene er det flere (50 prosent) som tilbyr FACT ung enn blant de minste kommunene (14 prosent).[15]

Kommunenes ansvar for å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester omfatter alle pasient- og brukergrupper. Det går fram av forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven at psykisk helsetjeneste er en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester.[16] Det går også fram av opptrappingsplanen at «lavterskeltilbud» er ikke definert i helselovgivningen, men at det er en måte å innrette tjenester. Det er 59 prosent av kommunene som har besvart spørreundersøkelsen vår som opplyser at de har en egen enhet for psykiske helsetjenester (lavterskeltilbud) som behandler barn og unge.[17]

Andre data tyder på at det er en positiv utvikling på dette feltet. SINTEF kartlegger om kommunene har et lavterskeltilbud som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusproblemer og reaksjoner på belastende livshindringer (utenom fastlege og helsestasjons- og skolehelsetjeneste). Det går fram av SINTEFs rapport for 2025 at 72 prosent har et slikt tilbud til barn og unge, som er en økning med 18 prosent fra 2024.

Det er ikke stilt noen organisatoriske krav til hvordan kommunen skal oppfylle ansvaret for psykiske helsetjenester. I denne undersøkelsen har vi derfor valgt å se nærmere på innholdet i de kommunale psykiske helsetjenestene, uavhengig av hvordan de er organisert. I nasjonal veileder for *Psykisk helsearbeid barn og unge*[18] står det at:

- tilbudet bør ha et familieperspektiv og tilby foreldrestøtte og veiledning til foreldre og kommende foreldre.
- kommunen bør ha ulike behandlings- og oppfølgingstilbud til barn og unge og deres foreldre.

Vi har i denne undersøkelsen valgt å undersøke om kommunene tilbyr fire tiltak som i veilederen har karakter av å være behandlingstilbud; individuelle samtaler, foreldreveiledningsprogrammer, familiesamtaler og gruppetilbud.[19]

---

[15] De største kommunene er kommunene med 50 000 eller flere innbyggere. Dette vil inkludere bydeler i Oslo. De minste kommunene er kommunene med færre enn 2000 innbyggere. For mer informasjon se punkt 10.4.
[16] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, og Prop. 91 L (2010-2011).
[17] Prosenttallet baserer seg på 267 kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[18] Helsedirektoratet (2023, 24. oktober).
[19] Veilederen nevner at aktuelle tiltak kan være: hjelp med å finne fram i hjelpeapparatet, veiledning om ulike utfordringer, foreldreveiledningsprogrammer, familiesamtaler, grupper for barn og ungdom med ulike utfordringer, samarbeid med barnehage og skole eller andre arenaer og individuelle samtaler over kortere eller lengre tid.

Vår spørreundersøkelse til kommunene viser at

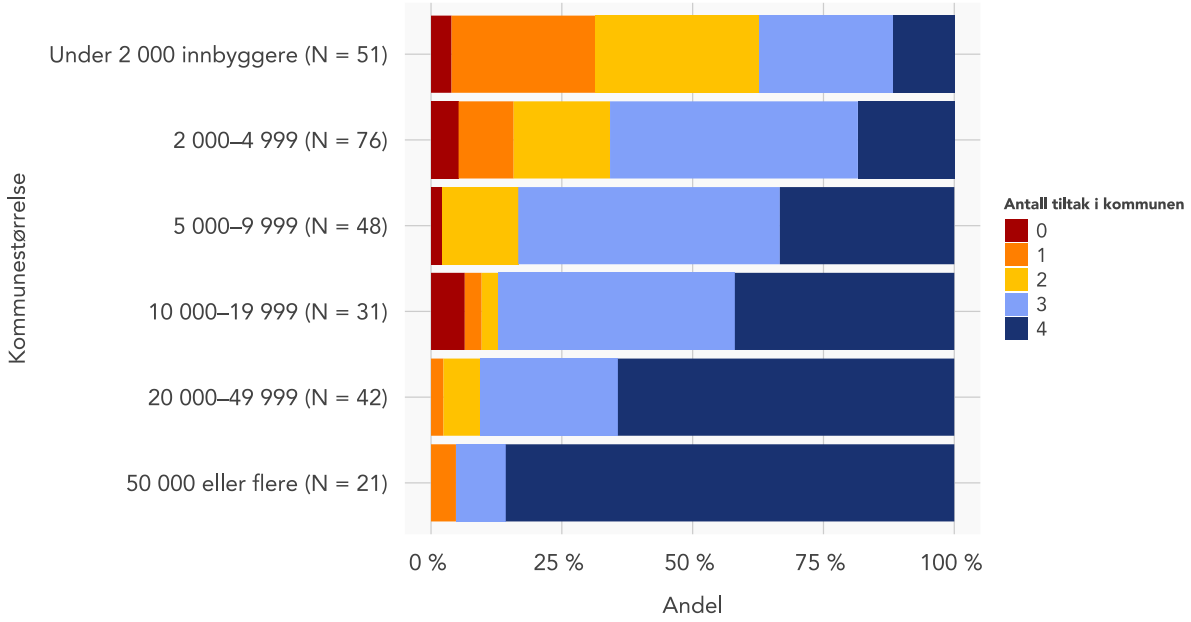
- 4 prosent ikke tilbyr individuelle samtaler
- 56 prosent ikke har grupper for barn og ungdom
- 14 prosent ikke har foreldreveiledningsprogrammer
- 18 prosent ikke har tilbud om familiesamtaler

Analysen viser videre at

- 35 prosent av kommunene tilbyr alle de fire undersøkte tiltakene (94 kommuner).[20]
- 37 prosent tilbyr tre tiltak (100 kommuner)
- 15 prosent tilbyr to tiltak (41 kommuner)
- 9 prosent tilbyr ett tiltak (25 kommuner)
- 3 prosent tilbyr ingen av tiltakene (9 kommuner)

Vi har videre undersøkt om det er en sammenheng mellom kommunestørrelse og antall tiltak.

Figur 3 Kommunestørrelse og antall tiltak



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Figur 3 viser at det er de små kommunene som har de største utfordringene med å levere tiltakene til barn og unge. Andelen kommuner med alle de aktuelle tiltakene stiger med størrelsen på kommunen.

Nærmere analyser viser at andelen kommuner med tiltak stiger med økende grad av sentralitet.[21] Analysen viser også at det er høyest andel av kommunene i Nord-Norge som mangler tiltak til barn og unge med psykiske plager og lidelser.[22]

[20] Prosenttallet baserer seg på 269 kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[21] For mer informasjon se del 2 punkt 10.5.
[22] For mer informasjon se del 2 punkt 10.5.

5.1.2 Det varierer hvor stort behandlingsansvar kommunene mener de har

Helsedirektoratet skriver i nasjonal veileder i *Psykisk helsearbeid barn og unge* at bruken og definisjonen av behandlingsbegrepet i lov og forskrift ikke er entydig. Vi har i spørreundersøkelsen spurt kommunene om de har et behandlingsansvar for barn og unge med psykiske plager og lidelser, og 97 prosent av kommunene opplyser til oss at de har det. Det er imidlertid forskjeller i hvilke grupper barn og unge kommunene mener at de har et behandlingsansvar for:

- 95 prosent av kommunene tar ansvar for å behandle barn og unge med lette psykiske plager og lidelser
- 85 prosent av kommunene tar ansvar for å behandle barn og unge med moderate psykiske plager og lidelser
- i overkant av 70 prosent av kommunene tar ansvar for å behandle barn og unge med komplekse og sammensatte psykiske plager og lidelser etter at de er ferdigbehandlet hos poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge

Dette vil si at flere enn en fjerdedel av kommunene opplyser at de ikke har ansvar for barn og unge med komplekse og sammensatte plager og lidelser etter at de er ferdigbehandlet i poliklinikk for psykisk helsevern.

5.1.3 PP-tjenesten tar ulike roller i arbeidet med barn og unges psykiske helse

Intervjuer med PP-tjenester og lærere viser at det varierer hvilken rolle PP-tjenestene spiller for barn og unge med psykiske plager og lidelser.[23] Variasjonene handler delvis om strukturelle forhold, som

- hvilken tilgang de har til kompetanse, som psykolog og logoped
- hvor god kapasitet de har, og dermed også hvor lange ventetidene på sakkyndige vurderinger er
- hvor tett kontakt de har med den enkelte skole og elev
- hvorvidt de har like mye oppfølging av barnehagene som skolene
- hvordan de fordeler tiden sin mellom de ulike oppgavene de har - sakkyndig vurdering, forebyggende arbeid, og kompetanse- og organisasjonsutvikling

I denne sammenhengen er det imidlertid mest interessant at PP-tjenestene i ulik grad opplever at de har en rolle i arbeidet med psykisk helse. Mens to av de fire tjenestene som er intervjuet, sier at de i liten grad følger opp andre problemstillinger enn dem som gjelder læring, har de to andre en bredere tilnærming.

Utdanningsdirektoratet opplyser at det er store forskjeller i PP-tjenestenes kapasitet. Tjenestene er veldig ulikt organisert og har ulik størrelse, og ifølge direktoratet lykkes de i ulik grad med å finne en god balanse mellom oppgavene. Helse- og

[23] Vi har hatt fire intervjuer med ledere av PP-tjenesten. Se mer om intervjuene i del 3 punkt 17.3.

omsorgsdepartementet opplyser at også de er kjent med at de PP-tjenestene som poliklinikkene i psykisk helsevern samarbeider med, har ulik praksis.

5.1.4 Manglende kommunale tjenester blir ofte forklart med misforhold mellom ansvar og trang kommuneøkonomi

Selv om det har vært flere opptrappingsplaner på dette området, gjenstår det fortsatt utfordringer. Statsforvalterne rapporterte for 2024 på status for hvorvidt kommunenes arbeid på psykisk helse- og rusfeltet utvikles i tråd med Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplanen for psykisk helse (2022–2033)*. Ifølge statsforvalterne lever kommunene i ulik grad opp til forventningene i opptrappingsplanen. Over halvparten av statsforvalterne trekker fram at lavterskeltilbud reduseres eller ikke etableres på grunn av trang kommuneøkonomi.

KS oppgir i brev til Riksrevisjonen at det grunnleggende problemet med *Opptrappingsplanen for psykisk helse* er at den er skrevet i det KS opplever som en nedtrappingstid. Målet i dagens situasjon må ifølge KS være å levere så gode tjenester som mulig. KS uttaler at de mest sentrale hindringene for at kommunene skal kunne levere lovpålagte tjenester, er et misforhold mellom krav og ressurser fra statens side samt rekrutteringsproblemer.

Halvparten av kommunene som har svart på spørreundersøkelsen, erkjenner at de har grupper av barn og unge med psykiske plager og lidelser som ikke får dekket sine behov for tjenester fra kommunen. Likevel opplyser 15 prosent av kommunene at de har planer om å redusere tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Riksrevisjonen mener det er lite betryggende i starten av gjennomføringen av en opptrappingsplan som heller skal bidra til en satsing på slike tjenester.

5.1.5 Det er samlet sett for store kommunale forskjeller i tilbudet

Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i tilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det er store forskjeller i om kommunene har knyttet til seg psykologkompetanse, har helsestasjon for ungdom, har rask psykisk helsehjelp eller FACT-ung team.

Kommunalt selvstyre tilsier at det vil være en viss variasjon i tilbudet. Vi har derfor i tillegg til å se på organiseringen av tilbudet, undersøkt i innholdet i tilbudet. Dette har vi gjort ved å se på i hvilken grad kommunene har tiltak som er relevante for behandling og oppfølging av barn og unge. Når målgruppen er barn, er det viktig å ha tilbud både til barnet og til foreldrene/familien. Vi har sett nærmere på fire tiltak som er anbefalt av staten, og som Riksrevisjonen mener det er rimelig å forvente at kommunene tilbyr for å gi nødvendig hjelp ved ulike behov. Dette er individuelle samtaler, foreldreveiledningsprogrammer, familiesamtaler og gruppetilbud. Det er bare 35 prosent av kommunene tilbyr alle de fire undersøkte tiltakene.

I spørreundersøkelsen vår svarer halvparten av kommunene at de har grupper av barn og unge med psykiske plager og lidelser som ikke får dekket sine behov for kommunale

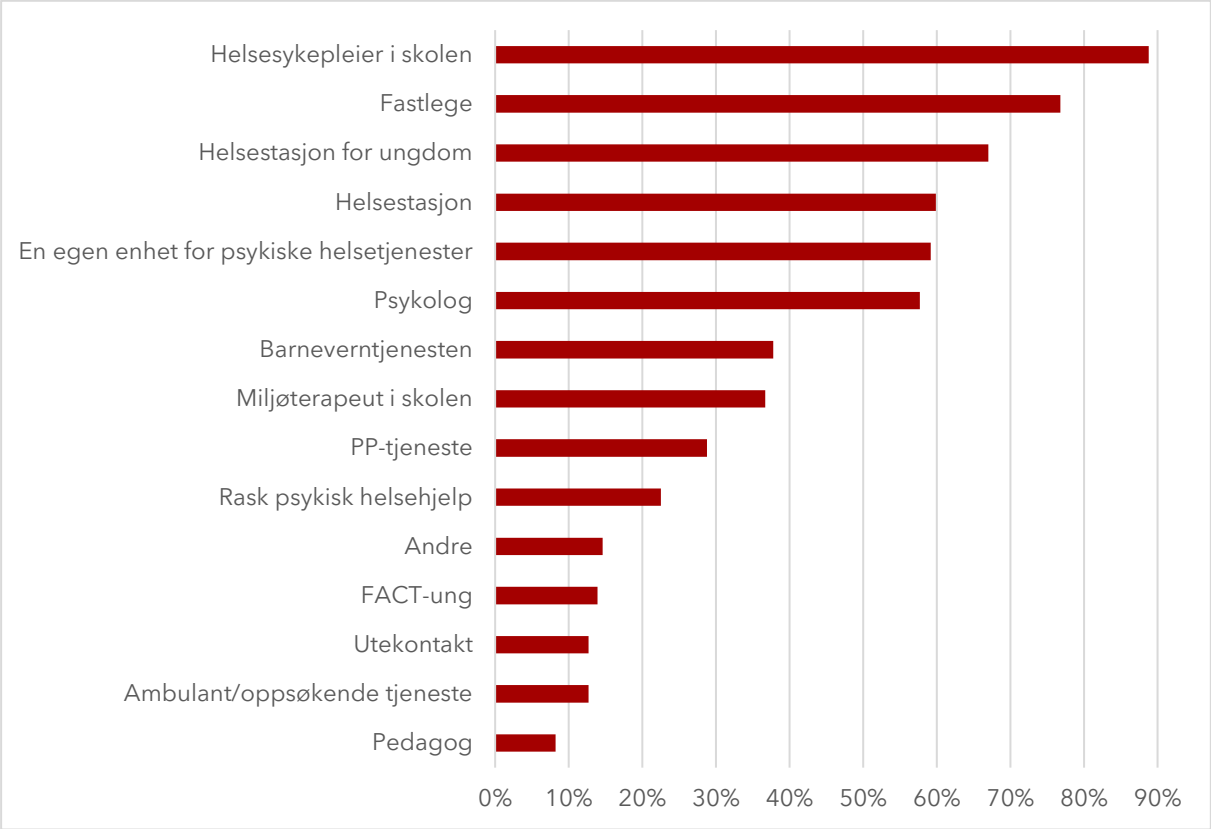
tjenester. Det går videre fram at bare 63 prosent av kommunene svarer at de har tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Blant de største kommunene er det flere (86 prosent) som opplever at de har tilstrekkelig fagkompetanse enn blant de minste kommunene (45 prosent).[24]

Riksrevisjonen mener at dette samlet sett tyder på at det er mange barn og unge som ikke får den hjelpen de trenger.

5.2 Kommunene legger et stort ansvar på helsesykepleierne, selv om disse verken har mandat eller kapasitet til å behandle barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Vi har spurt kommunene om hvem i kommunen som behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser, og figuren under viser hvilke aktører kommunene gir dette ansvaret.

Figur 4 Hvem i kommunen behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser?



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommuner

Kommunene hadde mulighet til å gi flere svar, og som figur 4 viser er helsesykepleierne i skolen sentrale i arbeidet med barn og unges psykiske helse. Nesten 90 prosent av

[24] De største kommunene er kommunene med 50 000 eller flere innbyggere. Dette vil inkludere bydeler i Oslo. De minste kommunene er kommunene med færre enn 2000 innbyggere. For mer informasjon se punkt 10.6.

kommunene oppgir at helsesykepleierne behandler barna og de unge med psykiske plager og lidelser i kommunen. Deretter rangeres fastlege og helsestasjon for ungdom.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at helsestasjonen og skolehelsetjenesten ikke har det som sine kjerneoppgaver og ansvar å behandle barn og unge med psykiske plager og lidelser, men skal drive med helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsedirektoratet opplyser i intervju at helsesykepleiernes rolle og oppgaver har blitt utredet av Helsedirektoratet, og konklusjonen var at helsesykepleierne ikke skal drive med utredning og behandling av barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det er ifølge direktoratet en stor utfordring for helsesykepleierne at de ikke har tilstrekkelig tid til alle oppgavene de har. Hvis helsesykepleierne også skulle behandle barn og unge, ville dette gått ut over det helt sentrale helsefremmende og forebyggende arbeidet som helsesykepleierne skal gjøre. Til tross for dette, er det ifølge direktoratet ikke til å komme unna at det er helsesykepleierne som må følge opp barn og unge med psykiske plager i kommuner der det ikke er etablert et psykisk helsetilbud.

Helsesykepleierne gir også selv uttrykk for at de må ta på seg oppgaver som ligger utenfor deres rolle og kompetanse. Mer enn 60 prosent av helsesykepleierne svarer at de må ha individuelle samtaler om psykisk helse som de selv mener at de ikke har kompetanse til.[25] En helsesykepleier sier det slik:

> Det eneste tilbudet til barn med psykiske plager i kommunen er skolehelsetjenesten, noe som fører til at barna ikke blir fulgt opp av helsepersonell med riktig kompetanse, og til at helsesykepleiere bruker ressursene sine på individuelle samtaler i stedet for helsefremming og forebyggende arbeid.

Over 70 prosent av helsesykepleierne opplever også at de ikke har tilstrekkelig tid til å følge opp elever med psykiske plager og lidelser.[26] Bare 12 prosent opplever at de har tid til dette. En helsesykepleier skriver følgende:

> Selv om jeg kutter til 20 minutter samtaler med hver elev og sitter langt over arbeidstid hver dag, kan jeg ikke klemme inn mer enn ca. 20 samtaler om dagen. Dette er krevende samtaler om vold, overgrep, prevensjonsforskriving m.m. Jeg trenger mer tid per ungdom for å få bedre samtaler, og mange av ungdommene trenger mer enn én samtale. De to første ukene av skoleåret fikk jeg inn ca. 310 ønsker om samtale. Hvordan skal jeg da prioritere hvilke 20 av de 310 som får samtale og hvilke som står uten?

[25] Prosenten baserer seg på 753 helsesykepleiere som arbeider i skolehelsetjenesten for barne- og/eller ungdomsskolen og den videregående skolen. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 kapittel 17.1 (62 prosent er enig, 22,5 prosent er uenig, og 15,5 prosent oppgir hverken eller/vet ikke).

[26] Prosentene baserer seg på 753 helsesykepleiere som arbeider i skolehelsetjenesten for barne- og/eller ungdomsskolen og den videregående skolen. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 kapittel 17.1 (71,6 prosent er uenig, 12,4 prosent er enig, og 16,1 prosent oppgir hverken eller).

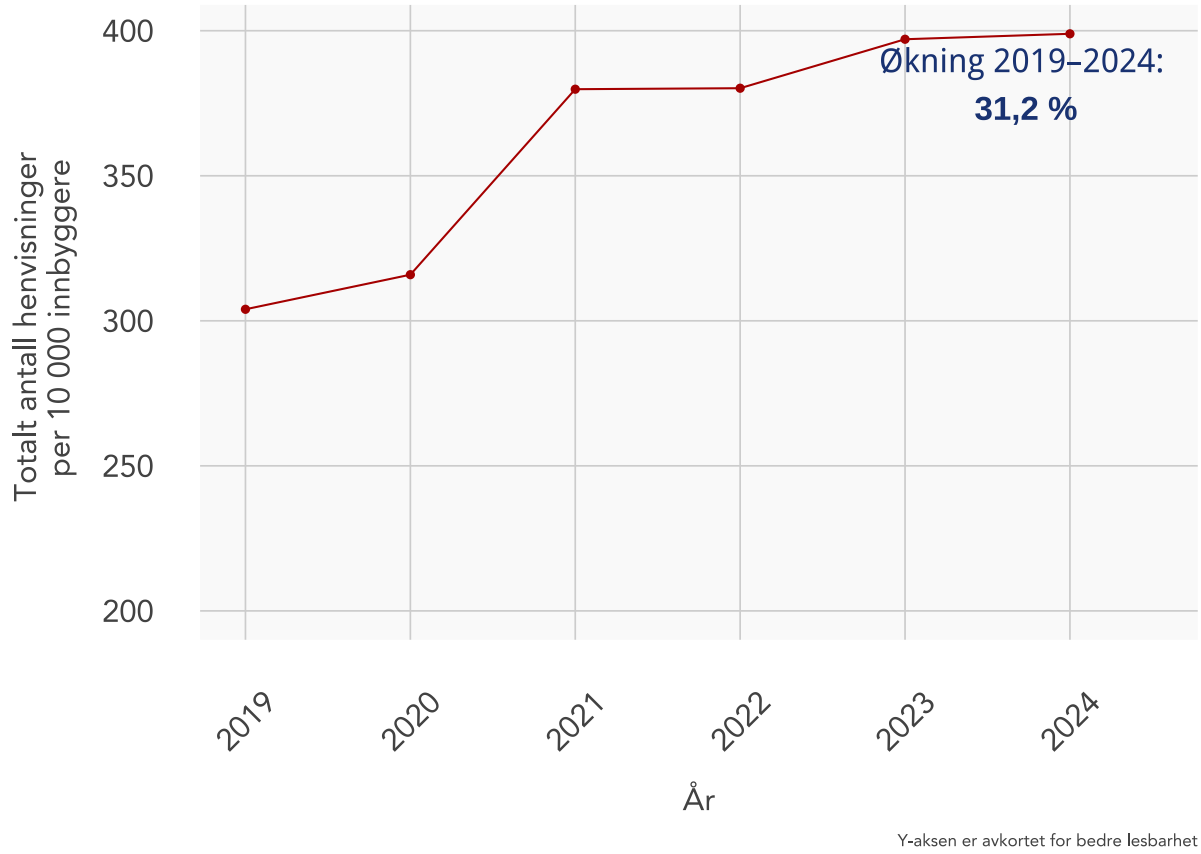
5.3 Flere barn og unge får behandling i spesialisthelsetjenesten, men det er store forskjeller i ventetider, i hvor mange henvisninger som blir avslått, i antall kontakter og i ambulant behandling

5.3.1 Antall henvisninger har økt med over 30 prosent fra 2019 til 2024

Nesten alle planlagte utredninger og behandlinger som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, starter med en henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i all hovedsak fra fastlegene.

I 2024 ble det sendt i alt 44 400 henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge. Figuren under viser antall henvisninger sendt til psykisk helsevern for barn og unge, korrigert for utvikling i antall barn i perioden 2019 til 2024.

Figur 5 Antall henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere (0–17 år) i perioden 2019–2024



Kilde: Folkehelseinstituttet

Figur 5 viser at det var en betydelig oppgang i antall henvisninger særlig under pandemien (2019 til 2021). Det var noe økning også etter pandemien fram til 2023. Antallet henvisninger i 2024 var omtrent på samme nivå som i 2023.

Antall henvisninger per 10 000 innbyggere i alderen 0 til 17 år økte fra 304 i 2019 til 399 i 2024, som tilsvarer en økning på 31 prosent.

Undersøkelsen viser at økningen i antall henvisninger er noe ulik mellom regionene. Det var størst økning i Helse Nord, der antall henvisninger økte med 45 prosent i perioden 2019 til 2024. I Helse Sør-Øst økte antall henvisninger med 33 prosent, i Helse Vest med 28 prosent og i Helse Midt-Norge med 21 prosent.

5.3.2 Nesten alle henvisninger ble vurdert innen fristen

Spesialisthelsetjenesten skal ifølge pasient- og brukerrettighetsloven innen ti virkedager vurdere om henvisningene de mottar fra kommunale helse- og omsorgstjenester, oppfyller vilkårene til nødvendig helsehjelp. Det er positivt at nesten alle henvisningene ble vurdert innen fristen i 2024.

Hver femte henvisning blir avslått

Vurderingen av om en henvisning oppfyller vilkårene til nødvendig helsehjelp, resulterer enten i at henvisningen innvilges og barnet gis rett til behandling, eller i at henvisningen blir avslått.

Undersøkelsen viser at andelen avslåtte henvisninger har ligget stabilt på 21 prosent siden 2018. I 2024 var det i over 9 300 tilfeller slik at den som henviste, mente at barnet trengte behandlere med kompetanse utover kommunens tilbud, samtidig som spesialisthelsetjenesten vurderte at kriteriene for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten ikke var oppfylt.

Undersøkelsen viser videre at andelen avslåtte henvisninger varierer mellom poliklinikkene i psykisk helsevern. Data fra 2023 viser at andelen avslåtte henvisninger varierte mellom 0 og 39 prosent. Riksrevisjonen mener at der det en høy avslagsfrekvens kan dette tyde på at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke har en felles forståelse av hvem som skal gi pasientene behandling.

5.3.3 Antall barn og unge som fikk innvilget rett til helsehjelp i psykisk helsevern har økt med 35 prosent

Undersøkelsen viser at flere barn og unge med psykiske lidelser enn før får hjelp ved poliklinikkene. I 2024 var det 35 300 barn og unge som fikk innvilget rett til helsehjelp i psykisk helsevern, mot 26 500 i 2019.[27] Helsedirektoratet opplyser i intervju at pasientene som får behandling av spesialisthelsetjenesten, typisk har lavere funksjonsnivå enn tidligere.

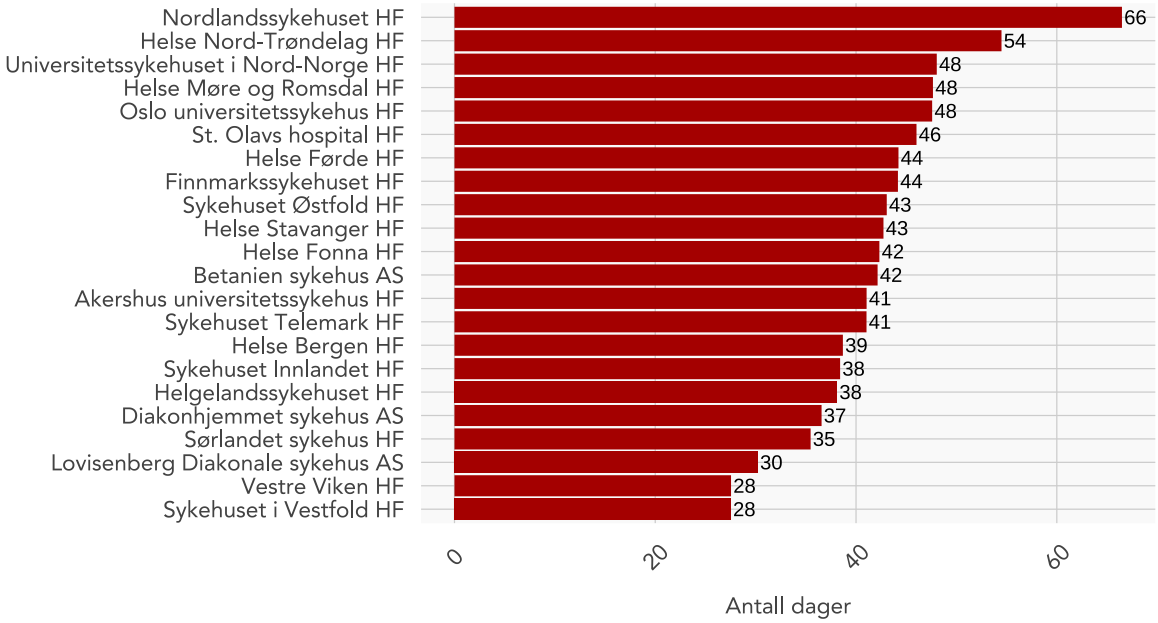
[27] Hvis vi tar hensyn til utviklingen i antall barn i befolkningen, var økningen nesten 35 prosent fra 2019 til 2024.

5.3.4 Ventetidene har gått ned, men det er fortsatt store forskjeller i ventetidene

Det er et mål at barn og unge raskt skal få rask tilgang til helsehjelp. I 2025 var den gjennomsnittlige ventetiden 41 dager fra henvisningen var mottatt, til helsehjelpen var påbegynt.[28] Fra 2019 til 2025 ble ventetidene redusert med 9 prosent (4 dager).

I opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) er et av resultatmålene at den gjennomsnittlige ventetiden til psykisk helsevern for barn og unge skal reduseres og på sikt være kortere enn 35 dager.[29] Figur 6 viser ventetidene i helseforetakene og de private ideelle sykehusene i 2025.

Figur 6 Ventetidene i helseforetakene og de private ideelle sykehusene i 2025



Kilde: Folkehelseinstituttet

Barn som fikk innvilget rett til spesialisthelsetjenester ved Sykehuset i Vestfold HF i 2025, ventet i gjennomsnitt i 28 dager, mens barn i opptaksområdet til Nordlandssykehuset HF måtte vente i gjennomsnitt 66 dager – dette er over to måneder. Det er 38 dager forskjell mellom ventetidene i det helseforetaket med kortest og lengst ventetid.

Da vi gjennomførte undersøkelsen i 2021 varierte ventetidene med 44 dager. Selv om variasjonen er redusert, mener Riksrevisjonen det fortsatt er for store ulikheter i ventetid. Riksrevisjonen er klar over at det fortsatt er mange år til opptrappingsplanens mål skal innfris, men vurderer det som urovekkende at barn og unge flere steder i landet må vente lenge før behandlingen starter.

[28] Vi gjør oppmerksom på at ventetidene for 2025 er basert på et gjennomsnitt av månedstallene for 2025. For mer omtale av dette og eventuelle forbehold se del 3 punkt 17.2.
[29] Meld. St. 23 (2022-2023).

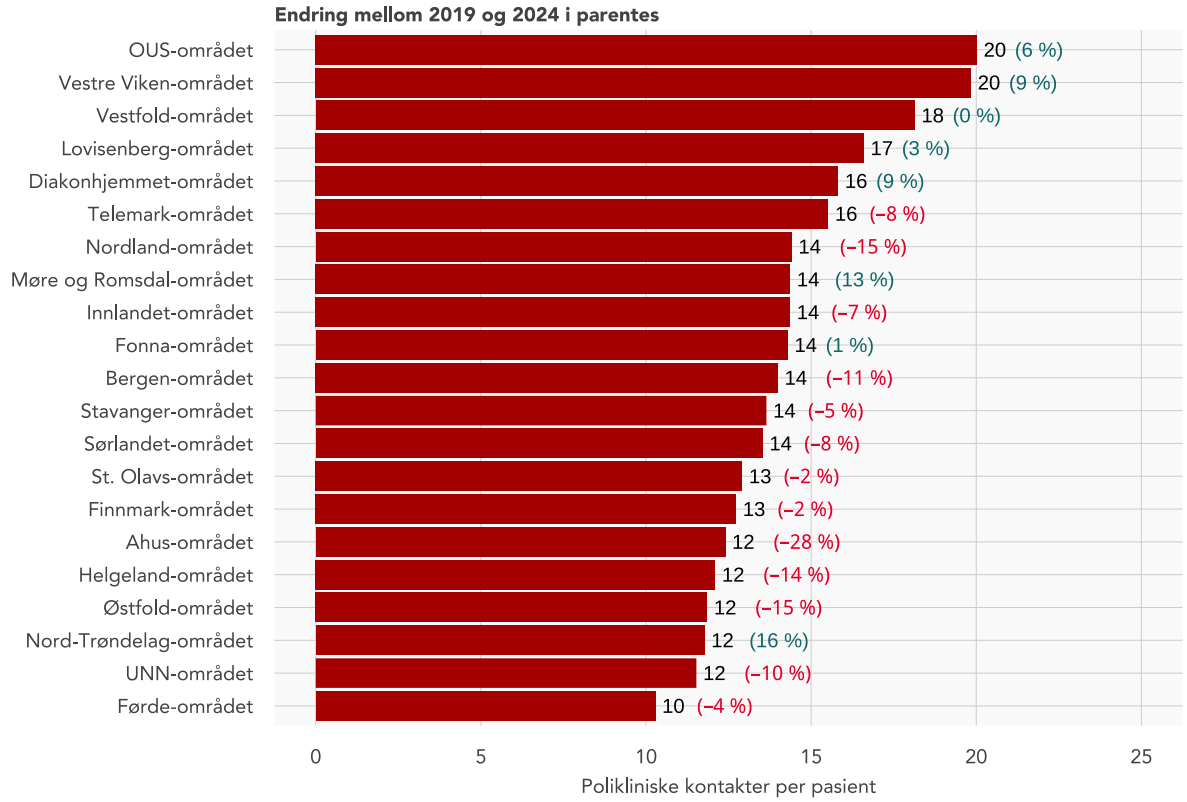
5.3.5 Det er store forskjeller i hvor mange kontakter som blir registrert

En poliklinisk kontakt inkluderer både ordinære polikliniske konsultasjoner, samarbeidsmøter og andre oppfølgingsaktiviteter i tilknytning til behandlingen. For å belyse omfanget av behandlingen har vi sammenlignet hvor mange polikliniske kontakter et barn eller en ungdom får ved de ulike helseforetakene og private ideelle sykehusene.

Analysene viser at det har vært en økning i antall polikliniske kontakter på 23 prosent i perioden 2019 til 2024. Antall pasienter som har fått poliklinisk behandling har økt med 28 prosent. Samtidig, viser analysene at på landsbasis har det gjennomsnittlige antallet kontakter per barn og unge som er i behandling i spesialisthelsetjenesten, gått ned med 5,6 prosent fra 2019 til 2024.[30]

Figuren under viser antall kontakter det enkelte barn får i gjennomsnitt når det får behandling i de ulike helseforetakene og de private ideelle sykehusene.

Figur 7 Antall kontakter det enkelte barn får i gjennomsnitt i de ulike helseforetakene og de private ideelle sykehusene i 2024



Kilde: Helsedirektoratet[31]

[30] I 13 av 21 helseforetak og private ideelle sykehus er antall kontakter med barn og unge redusert i perioden 2019 til 2024. Akershus universitetssykehus har hatt størst reduksjon, med 28 prosent, og Nord-Trøndelag har hatt størst økning, med 16 prosent.

[31] Helsedirektoratet sine tall for antall kontakter og pasienter per opptaksområde inkluderer Vestre Aker bydel i opptaksområdet til Diakonhjemmet sykehus AS. Kontakter og innbyggere hos Betanien sykehus inngår i opptaksområdet til Helse Bergen HF. For mer informasjon se metodekapittel 17.2.

Figuren viser at det varierer betydelig mellom helseforetakene og sykehusene hvor mange kontakter hvert barn får i spesialisthelsetjenesten. De sentrale helsemyndighetene peker på at det kan være ulik praksis for å registrere slike kontakter mellom poliklinikkene, men Riksrevisjonen vurderer det likevel slik at tallene er en indikasjon på at det er reelle ulikheter mellom enhetene. Riksrevisjonen har også merket seg at hvert barn i gjennomsnitt får færre antall kontakter med spesialisthelsetjenesten sammenlignet med 2019.

5.3.6 Tre helseforetak har ikke avsatt noen egne ressurser til ambulant behandling

Arbeidet i poliklinikkene for psykisk helsevern kan utføres enten i poliklinikken eller ambulant, det vil si at behandlingen kan skje utenfor poliklinikkens lokaler. Kontakter som skjer utenfor institusjonen, blir registrert, og de kan for eksempel være hjemme hos pasienten.[32] Tall fra Helsedirektoratet viser at antallet registrerte ambulante kontakter har gått ned fra ca. 76 000 i 2019 til ca. 63 000 i 2023, altså med rundt 16 prosent. Mye av denne reduksjonen skjedde mellom 2019 og 2021. Da ble antall kontakter per 10 000 innbyggere redusert med 42 prosent. Mellom 2021 og 2023 har antallet kontakter økt med 45 prosent.

Undersøkelsen viser at det varierer om poliklinikkene i psykisk helsevern har avsatt årsverk til ambulant behandling. I 2025 var det 3 av 22 helseforetak og private ideelle sykehus som ikke hadde avsatt egne ressurser til ambulant virksomhet, mens 2 helseforetak kun hadde avsatt ambulante ressurser til en bestemt diagnose. Blant de resterende 17 helseforetakene og private ideelle sykehusene varierer de avsatte ressursene fra 0,8 til 48 årsverk.

I tillegg til å avsette egne ressurser til ambulant behandling er det flere helseforetak og private ideelle sykehus som opplyser at behandlerne kan dra ut ambulant som en del av sin vanlige behandling. Noen helseforetak skriver også at behandlerne forventes å gjøre det. Et av dem framhever at dette kan være helt nødvendig for å etablere en relasjon til pasienten og få startet opp behandlingen. Et annet helseforetak skriver:

> Med bakgrunn i den store henvisningsmengden poliklinikkene våre mottar, har vi dessverre ikke kunnet ta i bruk flere ressurser til ambulerende virksomhet. Arbeidsoppgavene har vært svært mange og store, og vi har måttet prioritere å utnytte ressursene våre mest mulig effektivt.

5.3.7 Antall døgnplasser er redusert fra 316 i 2019 til 311 i 2025

Noen barn og unge er så syke at de trenger døgnbehandling på sykehus. Til tross for at helse- og omsorgskomiteen ved flere anledninger har presisert at døgntilbudet til barn og

[32] Helsedirektoratet (2025, 28. juli).

unge ikke må reduseres, er omfanget av døgnplasser noe redusert over tid. Antallet døgnplasser er redusert fra 316 i 2019 til 311 i 2025.[33]

Undersøkelsen viser dessuten at det ved flere sengeposter ikke blir gitt et tilbud i helgene eller i fellesferien. Det er 13 av 19 helseforetak som har redusert tilgjengelighet i helgene, mens 18 av 19 helseforetak har redusert kapasitet i fellesferien. Av disse 18 er det 2 som stenger døgntilbudet helt, mens de andre reduserer plassene med mellom 20 og 67 prosent.

Riksrevisjonen mener at det begrensede eller stengte tilbudet kan føre til at det er familien som da får ansvaret for veldig syke pasienter, noe som kan være svært belastende for mange.

5.3.8 Samlet sett er det store forskjeller i de spesialiserte psykiske helsetjenestene

Barn og unge skal, uavhengig av bosted, få likeverdig tilgang på spesialiserte psykiske helsetjenester. De regionale helseforetakene skal sørge for at barn og unge får de nødvendige helsetjenestene. Det er positivt at nesten alle henvisningene ble vurdert innen fristen, og at flere barn får behandling i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen viser imidlertid også at

- antall kontakter som registreres per barn og unge, er redusert
- omfanget av ambulant behandling er redusert
- antall døgnplasser er noe redusert

Undersøkelsen viser videre at det er store forskjeller i spesialisthelsetjenestens tilbud til barn og unge med psykiske lidelser. Det er blant annet forskjeller i

- andel henvisninger som avslås (fra 0 til 39 prosent)
- ventetider (fra 28 til 66 dager)
- hvor mange kontakter det registreres for de barna og unge som får spesialisert behandling (fra 10 til 20)
- hvilken grad det tilbys ambulant behandling (fra 0 til 48 avsatte årsverk)

Riksrevisjonen konstaterer at det ikke finnes systematisk kunnskap som blant annet forklarer ulikt omfang av polikliniske kontakter og andel avslåtte henvisninger. At det er behov for mer kunnskap om det siste momentet, ble også påpekt av Riksrevisjonen allerede i 2021.

Dette viser etter Riksrevisjonens vurdering at spesialisthelsetjenesten ikke gir et likeverdig tilbud til barn og unge med psykiske lidelser.

[33] For mer informasjon se punkt 11.5.

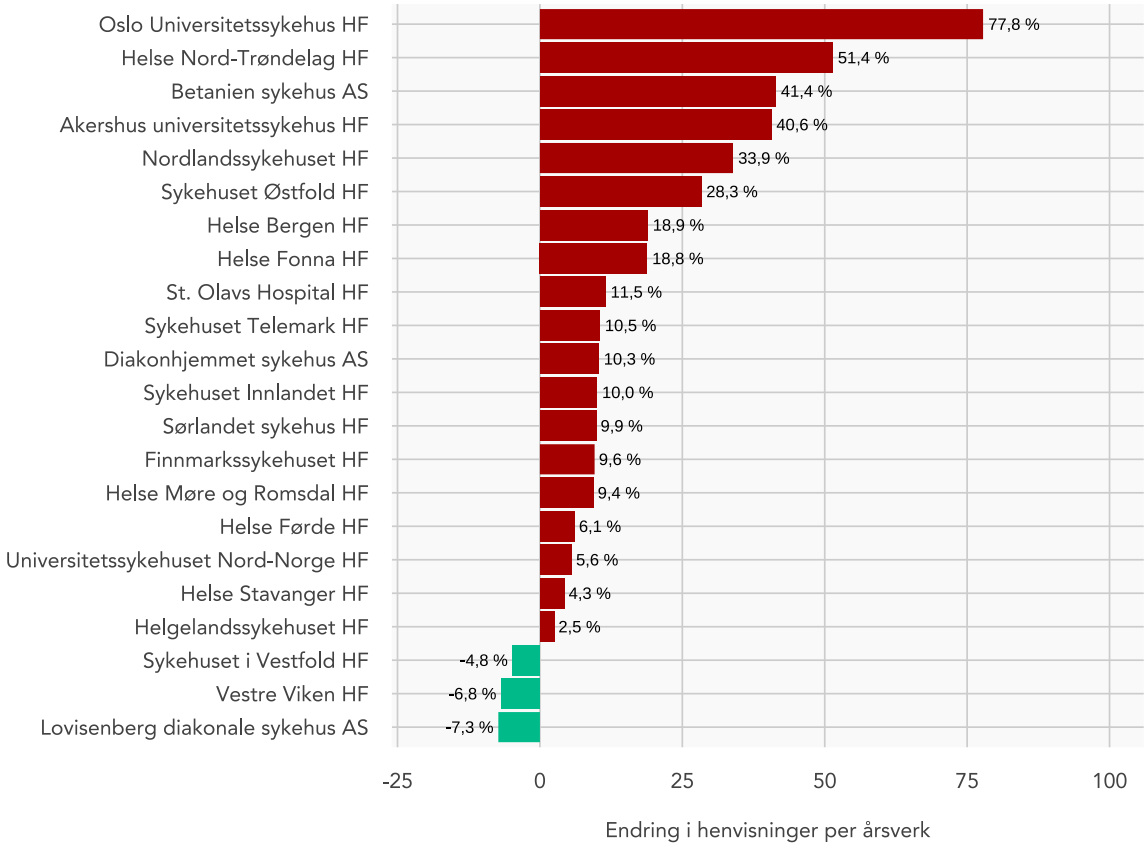
5.4 Det har vært en økning i antall årsverk i helseforetakene, men antall innvilgede henvisninger har økt mer

Helse- og omsorgskomiteen forventer at kapasiteten i psykisk helsevern til barn og unge skal styrkes.[34] Alle helseregioner har økt antallet årsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Det har imidlertid også vært en stor økning i antallet henvisninger og flere barn er blitt innvilget rett til behandling.

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

Figuren nedenfor viser at det er store forskjeller i hvordan antallet innvilgede henvisninger per årsverk har utviklet seg mellom de ulike helseforetakene og de private ideelle sykehusene.

Figur 8 Endring i henvisninger per årsverk (2019–2024)



Kilde: Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet

Figur 8 viser at 19 av 22 helseforetak og private ideelle sykehus har hatt en økning i antall henvisninger per årsverk i perioden. Av disse har 6 hatt over 25 prosent økning.

[34] Innst. 108 S (2023–2024).

Riksrevisjonen stiller spørsmål om hvordan dette henger sammen med resultatmålet i opptrappingsplanen om at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal få bedre tid til pasienter, brukere og faglig utvikling.

Alle lederne for poliklinikker for psykisk helsevern som vi har snakket med, har vært opptatt av kapasitet. Dette sitatet illustrerer noe flere var inne på:

> Vi får beskjed om at ventetidene skal ned, at sykefraværet skal ned, men årsverkene har ikke gått opp – det blir et rart regnestykke som ikke går opp.

Helseforetakene som har hatt en økning i arbeidsbelastning, opplyser at den økte arbeidsbelastningen i stor grad påvirker de ansattes arbeidshverdag. Den viktigste konsekvensen er at presset har blitt så stort at det har skapt frustrasjon og slitne medarbeidere. Det er syv helseforetak som opplyser at sykefravær og turnover har økt.

Det varierer om helseforetakene opplever at den økte arbeidsbelastningen har fått konsekvenser for barna. Noen helseforetak svarer at det forhåpentligvis ikke har hatt noen konsekvenser, mens andre svarer at dette har hatt mange, uheldige og bekymringsfulle konsekvenser. De konsekvensene som nevnes er blant annet:

- økte ventetider
- at bare de barna og unge med alvorlige vansker blir innvilget rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- at det går lengre tid mellom avtalene, og at forløpene dermed blir lengre

En leder av en poliklinikk sa det slik:

> Det er barna og de unge med sammensatte og komplekse tilstander som det må jobbes med over tid, som blir taperne. Tempoet i tjenesten har økt veldig, og dette fungerer ikke i møtet med komplekse tilstander.

5.5 Tilbudet til mange barn og unge er ikke tilstrekkelig koordinert og helhetlig

For å lykkes med å bedre barn og unges psykiske helse må ulike sektorer og myndigheter på ulike nivåer samarbeide godt. Undersøkelsen viser at det finnes gode eksempler på samarbeid, men at det mange steder er et stykke igjen før tjenestene blir helhetlige.

5.5.1 20 prosent av kommunene har ikke etablert modell for helhetlig samarbeidsstruktur

Kommunen skal gi barnet og ungdommen et koordinert helse- og omsorgstilbud. Det betyr at kommunen må legge til rette for at dens ulike tjenester samhandler. Det finnes en rekke modeller for helhetlige samarbeidsstrukturer, for eksempel tverrfaglige team, Familiens hus eller modellen Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI).

Vår spørreundersøkelse viser at 20 prosent av kommunene mangler en helhetlig samarbeidsstruktur innad i kommunen. Selv om kommunen ikke har en slik modell, kan tjenester likevel samarbeide godt om barn. I små kommuner trekker ansatte fram at de har god oversikt, og at de vet hvem som må ta ansvaret for barn og ungdommer med behov for hjelp.

5.5.2 Barnekoordinator har ikke vært benyttet i over 40 prosent kommunene

Barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, har ofte behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Kommunen skal da oppnevne en barnekoordinator dersom foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette.[35] Helse- og omsorgskomiteen har presisert at retten til barnekoordinator ikke bare gjelder somatikk, men også psykiske lidelser eller tilstander.[36]

Av de 269 kommunene som har besvart vår spørreundersøkelse, er det 115 kommuner som ikke har brukt barnekoordinator for barn og unge med psykiske plager og lidelser. Kommunene forklarer dette med:

- Barnekoordinatorordningen er ikke etablert for *noen* barn og unge i kommunen – heller ikke for somatisk syke.
- Kommunen har ikke hatt barn og unge med psykiske plager og lidelser med behov for barnekoordinator.
- De ansvarlige tjenestene er mangelfullt ledet og organisert.

Det er også flere kommuner som trekker fram at barnekoordinatorrollen pga. avgrensede ressurser er blitt avgrenset til barn med store og sammensatte funksjonsnedsettelser.

5.5.3 Det er store forskjeller i om poliklinikk og kommuner samarbeider, også innenfor opptaksområdet til en og samme poliklinikk

For barn og unge som har behov for spesialisthelsetjenester, er det viktig at poliklinikken i psykisk helsevern har god kommunikasjon med kommunen om henvisning ved inntak og ved utskriving etter ferdig behandling. Undersøkelsen viser at det er store forskjeller i hvor mye kommunene og poliklinikkene samarbeider.

Opptaksområdet til en poliklinikk omfatter flere kommuner og/eller bydeler. Undersøkelsen viser at poliklinikker kan ha tett samarbeid med én kommune og lite samarbeid med en annen. For eksempel kan en kommune og poliklinikk ha etablert et felles system for vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Ansatte fra poliklinikk og kommune kan da diskutere henvisningene de er i tvil om, og bli enige om hvem av dem som gjør hva i fortsettelsen. Dette legger et godt grunnlag for at barn og

[35] Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.
[36] Innst. 581 L (2020–2021), Innst. 108 S (2023-2024).

unge kan få helhetlige og koordinerte tjenester. En leder av en poliklinikk for psykisk helsevern for barn og unge beskriver samarbeidet på denne måten:

> De kommunene der det er inngått avtale om dialogbasert inntak, har vi dialogbaserte inntaksmøter med hver eller annenhver uke. Når jeg sitter og fatter vedtak om det er rett til helsehjelp, men er i tvil, mangler informasjon, eller tenker at dette ikke skal til BUP, tar jeg saken opp i dialogmøte, hvis foreldre eller barn har gitt samtykke til det. Kommunene gjør det på samme måte med sine saker. PPT, barnevern, skolehelsetjenesten og psykisk helse førstelinje, kommuneoverlegen og barnekoordinator sitter i disse møtene. I møtene blir vi enige om videre oppfølging og hvem som gjør hva.

Lederne i poliklinikker som vi har intervjuet, peker på at ikke alle kommuner vil forplikte seg til denne typen samarbeid. Andre har ikke de tjenestene som skal være etablert for å inngå i samarbeidet. Én poliklinikkleder sa det slik:

> Vi har dialogbasert inntak med tre kommuner, men de tre andre kommunene har ikke villet forplikte seg til samarbeid, eller så har de ikke de tjenestene som skal være etablert.

Vår spørreundersøkelse viser at bare 36 prosent av kommunene deltar i et samarbeid om felles inntak med poliklinikken. Hvis en kommune selv har et bredt tjenestetilbud, indikerer undersøkelsen også økt sannsynlighet for at kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeider om inntak.

Videre er det etablert 19 helsefelleskap der helseforetakene og kommunene i opptaksområdet møtes. Det er fem pasientgrupper som helsefellesskapene skal prioritere, og barn og unge med store og sammensatte behov er en av disse gruppene. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at det varierer om kommunene synes helsefelleskapene har tilstrekkelig oppmerksomhet på barn og unge med psykiske plager og lidelser og om helsefelleskapet har bidratt positivt til bedre samarbeid om barn og unge med psykiske plager og lidelser. Over 50 prosent av kommunene opplyser "hverken eller" eller at de ikke vet når de svarer på disse spørsmålene.

5.5.4 Det er flere eksempler på at det er uklar oppgavedeling mellom PP-tjenesten og poliklinikkene for psykisk helsevern

De intervjuene vi har gjennomført i fire kommuner, tyder på at det i tre av dem er en uklar oppgavedeling mellom PP-tjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten ved utredning av en del barn og unge. Ansatte i poliklinikkene for psykisk helsevern mener at PP-tjenesten burde ha utredet mer før det blir henvist til poliklinikken, mens ansatte i PP-tjenesten på sin side opplever at poliklinikkene forventer utredninger som det ikke er pedagogisk grunnlag for å gjennomføre. Disse tilfellene handler ifølge de som er intervjuet ofte om utredninger av barnets eller ungdommens evner eller språk.

5.5.5 Det er positivt at antallet FACT ung-team har økt, og at det er etablert flere tverrsektorielle samarbeidsorganer på både departements- og direktoratsnivå

FACT ung er en tjenestemodell for aktivt oppsøkende behandlingsteam, og både kommunen og spesialisthelsetjenesten er involvert i driften av disse teamene. Tjenestemodellen er rettet mot personer mellom 12 og 25 år som har sammensatte vansker og nedsatt fungering på flere områder. Ifølge budsjettproposisjonen for Helse- og omsorgsdepartementet for 2026 var det per 2025 om lag 26 FACT ung-team og 15 FACT ung-team i forprosjekt. Selv om antall FACT ung-team i dag ikke dekker det estimerte behovet, er det positivt at det har blitt flere team de siste årene.

De siste årene er det etablert flere tverrsektorielle samarbeidsorganer på både departements- og direktoratsnivå. Det er positivt at aktører som jobber med tiltak mot samme målgruppe, samarbeider. Undersøkelsen viser likevel at det fortsatt er utfordringer med siloer, sektorinndelte tiltak og virkemidler.

5.6 Bosted avgjør hvilket tilbud barn og unge med psykiske plager og lidelser får

I punkt 5.1 og 5.2 har analysene av tjenestene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten blitt presentert hver for seg. I dette punktet ønsker vi å belyse i hvilken grad kommunene og spesialisthelsetjenesten til sammen gir nødvendige helsetjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det gjør vi ved å se på

- det samlede forbruket av tjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten, for å belyse om det er store forskjeller avhengig av hvor man bor
- i hvilken grad barn og unge bor på steder der det er risiko for at hverken kommunen eller spesialisthelsetjenesten fanger dem opp

5.6.1 Det er variasjon i det samlede forbruket av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester

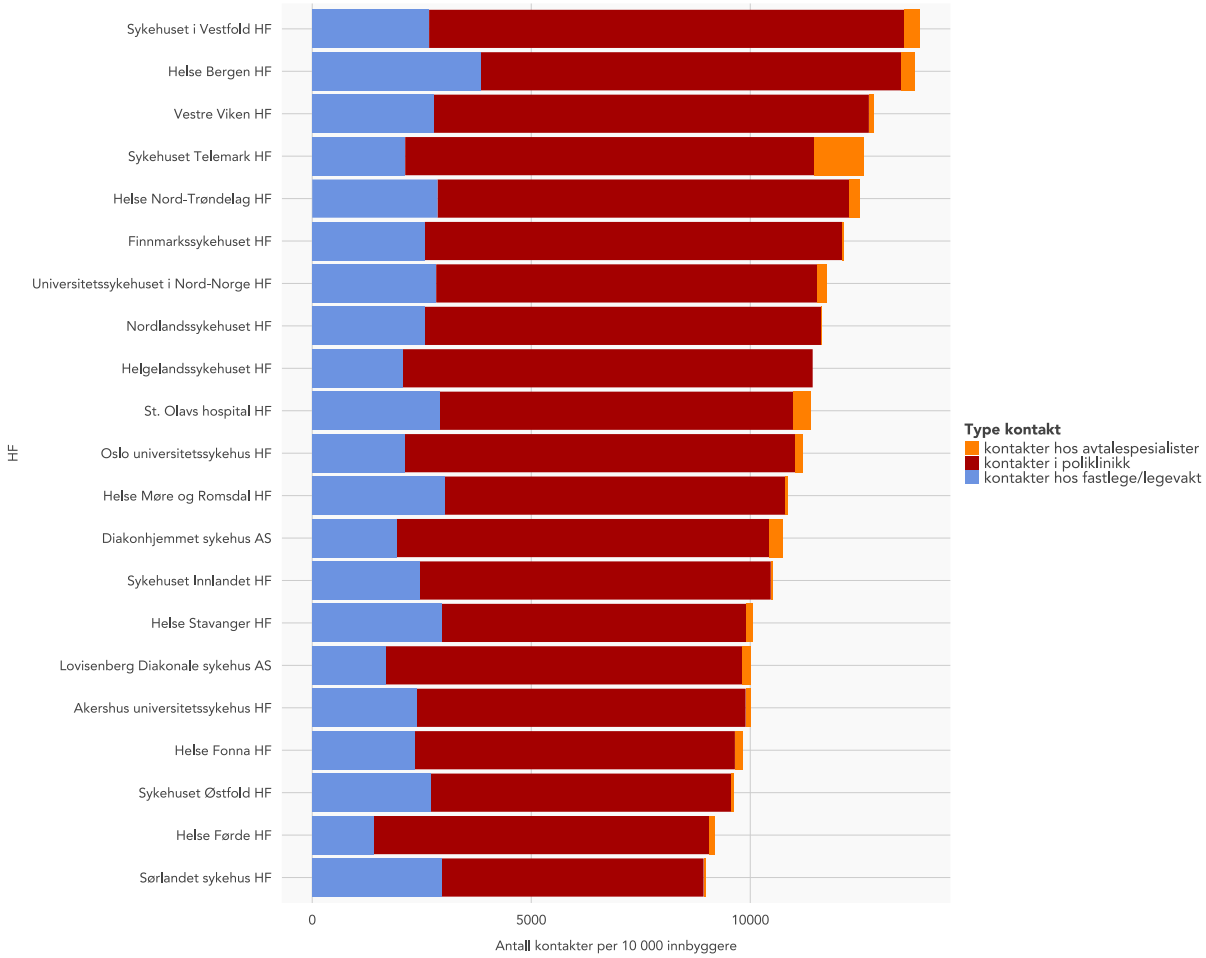
Vi har målt hvor mye de ulike helsetjenestene brukes, ved å telle antall ganger hver pasient med psykiske plager og lidelser har vært i kontakt med en av disse tjenestene:[37]

- fastleger og legevakt i kommunehelsetjenesten
- polikliniske tjenester og avtalespesialister i spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene kan inngå avtaler med avtalespesialister, og avtalespesialistene skal bidra med å oppfylle sørge-for-ansvaret til det regionale helseforetaket.

[37] I dette kapittelet viser kontakter til bruken både i spesialisthelsetjenesten og hos fastlege/legevakt. Antall kontakter er beregnet per 10 000 barn og unge per opptaksområde. For mer omtale se metodekapittel 17.2.

Figur 9 Antall kontakter om psykisk helse per 10 000 barn og unge per opptaksområde i 2023



Kilde: Kommunalt pasientregister og Helsedirektoratet[38]

Figur 9 viser at barn og unge har langt flere kontakter med poliklinikkene i psykisk helsevern enn med fastlege/legevakt, og at avtalespesialistene nesten ikke behandler barn og unge som har psykiske lidelser.

Figuren viser videre at den samlede bruken av disse helsetjenestene er minst i opptaksområdet til Sørlandet sykehus HF[39] og størst i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF[40]. Barn og unge med psykiske plager og lidelser i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold har 55 prosent flere kontakter enn barn og unge i opptaksområdet til Sørlandet sykehus.

[38] Helsedirektoratet sine tall for antall kontakter og SSBs tall for antall innbyggere per opptaksområde inkluderer Vestre Aker bydel i opptaksområdet til Diakonhjemmet sykehus AS. Kontakter og innbyggere hos Betanien sykehus inngår i opptaksområdet til Helse Bergen HF. For mer informasjon se metodekapittel 17.2.
[39] Dette helseforetaket har færrest kontakter totalt sett med 8977 kontakter.
[40] Dette helseforetaket har flest kontakter totalt sett med 13876 kontakter.

Når vi analyserer den samlede bruken på regionalt nivå, er forskjellene mindre. I regionen/opptaksområdet til Helse Nord er den samlede bruken 6 prosent høyere enn i regionen til Helse Sør-Øst.[41]

Vi gjør oppmerksom på at det er begrensninger i datagrunnlaget som gjør det vanskelig å gi et bilde av det totale omfanget. Se omtale av begrensningene i metodebeskrivelsen (17.2.4).

5.6.2 Analyse av risiko for at barn og unge ikke får hjelp hverken i kommune eller spesialisthelsetjeneste

Vi har undersøkt hvor mange barn og unge som

- bor i kommuner som ikke har
    - full fastlegedekning for alle barn og unge, eller
    - knyttet til seg kommunepsykolog, eller
    - helsestasjon for ungdom som er et tilbud ut over skolehelsetjenesten og som tilbyr oppfølgende samtaler,
- bor steder der det ikke er samarbeid mellom kommune og poliklinikk i psykisk helsevern om henvisningene som sendes, og
- tilhører opptaksområdet til poliklinikker som avslår minst hver femte henvisning

Analysene viser at 68 av de undersøkte kommunene mangler en eller flere av de undersøkte tjenestene, ikke samarbeider med poliklinikk og sogner til poliklinikker som avslår minst hver femte henvisning. Analysen viser videre at 65 prosent av disse 68 kommunene har lavt innbyggertall (færre enn 5000 innbyggere), og at de er spredt mellom de ulike regionene.[42]

Det bor til sammen 122 040 barn og unge i disse 68 kommunene. Ettersom så mange henvisninger avslås, er det forhøyet risiko for at barn og ungdom som bor i disse kommunene, ikke får et egnet tilbud fra kommunen eller fra spesialisthelsetjenesten.

Det er ikke slik at alle barn og unge har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, men hvis spesialisthelsetjenesten gir avslag på rett til nødvendig helsehjelp, er det sannsynlig at barnet/ungdommen vil ha behov for behandling og oppfølging i kommunen. Denne undersøkelsen viser som tidligere nevnt at bare ⅓ av kommunene mener de klarer å gi et godt nok tilbud til barn og unge som får avslag fra poliklinikk i psykisk helsevern.

Hvor barn og unge bor, vil ifølge våre analyser ha stor betydning for hvilken hjelp de får. Riksrevisjonen mener at dette viser at barn og unge med psykiske plager og lidelser ikke får likeverdige helse- og omsorgstjenester på tvers av kommuner og helseregioner.

---

[41] Barn og unge i opptaksområdet Helse Sør-Øst RHF har færrest kontakter totalt sett (10973 kontakter), mens barn og unge i Helse Nord RHF har flest kontakter (11720 kontakter).
[42] For mer informasjon se del 2 punkt 13.2.

5.7 Til tross for flere styringsgrep, er sentrale mål ikke oppnådd og det mangler informasjon for å følge med på området.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har det overordnede ansvaret for at barn og unge får likeverdige helse- og omsorgstjenester. Undersøkelsen viser at Helse- og omsorgsdepartementet har benyttet både juridiske, økonomiske, organisatoriske og pedagogiske virkemidler. Helse- og omsorgsdepartementet påpeker i brev 29. januar 2026 at det er vanskelig å finne fagområder som har vært gjenstand for mer uttalt styring enn psykisk helsefeltet de siste 25 årene, og da særlig tilbudet til barn og unge.

5.7.1 Barn og unge med psykiske plager og lidelser har ikke et likeverdig tilbud

Som det er redegjort for i punktene 5.1 til 5.6 er det store forskjeller i tilbudet barn og unge med psykiske plager og lidelser får, og flere av ulikhetene har vært kjent over år. Dette er sentrale momenter når Riksrevisjonen her konkluderer med at styringen av feltet ikke har gitt et likeverdig tilbud.

5.7.2 Det er fortsatt uklarheter i ansvarsforhold og dette påvirker tilbudet til barn og unge

Undersøkelsen viser at det er bare 24 prosent av kommunene som mener at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er klart når det gjelder barn og unge med psykiske plager og lidelser.

De aller fleste kommuner tar behandlingsansvar for barn og unge med psykiske plager og lidelser, men som tidligere omtalt viser undersøkelsen at det er ulike meninger om hvor langt kommunenes behandlingsansvar for denne gruppen strekker seg. Ifølge Helsedirektoratet er det kjent at bruken og definisjonen av behandlingsbegrepet i loven og forskriften ikke er entydig. Undersøkelsen viser at kommunene i varierende grad tar ansvar for behandling av barn og unge, både dem som har moderate utfordringer, og dem som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. For eksempel mener flere enn en fjerdedel av kommunene at de ikke har ansvar for barn og unge med komplekse og sammensatte plager og lidelser etter at de er ferdigbehandlet i poliklinikk for psykisk helsevern.

Det går fram av undersøkelsen at selv om barnet eller ungdommen er ferdigbehandlet av spesialisthelsetjenesten, er det mange som trenger oppfølging, og uten hjelp i kommunen blir mange henvist på nytt til spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgskomiteen har lagt til grunn at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, i tråd med det såkalte LEON-prinsippet. Det vil i praksis si at helsehjelp som ikke krever at barn og unge trenger tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten. Riksrevisjonen vil framheve at rehenvisninger er belastende for barna og ungdommene, og konstaterer at dette også er en lite hensiktsmessig ressursbruk for samfunnet.

Undersøkelsen viser videre at kommunene i stor grad tillegger helsesykepleierne et stort ansvar for behandlingen av barn og unge på kommunalt nivå, noe de ikke er utdannet til.

5.7.3 Det er uklart hvordan flere av målene i opptrappingsplanen skal følges opp

Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse* (2023–2033) er en plan for å bedre den psykiske helsen i Norge og for å utvikle det samlede tjenestetilbudet de neste årene. Riksrevisjonen mener det er positivt at ambisjoner for tilbudet til barn og unge er eksplisitt omtalt i planen. For å kunne følge utviklingen og måloppnåelsen gjennom planperioden, er det formulert åtte resultatmål.

Alle de åtte resultatmålene er omtalt i 15.3.2. Vi går her inn på tre utvalgte resultatmål:

- Resultatmål 3: Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus
- Resultatmål 4: Barn og unge som henvises til psykisk helsevern for barn og unge, får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Resultatmål 8: Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling».

Når det gjelder **resultatmål 3** om at «Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus» er det utfordringer med hvordan dette måles. Målet er operasjonalisert ved å innhente informasjon om kommunene tilbyr «rask psykisk helsehjelp», og deretter innhente supplerende informasjon om det er etablert andre lavterskeltiltak som er relevante.

Helsedirektoratet skriver i rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet at de ikke har noe grunnlag for å si i hvilken grad disse «andre lavterskeltilbudene» som inngår i den supplerende informasjonen, er kunnskapsbaserte tjenester.[43] Det vil si at hovedindikatoren på resultatmål 3 bare gir informasjon om ungdommer over 16 år får tilbud om rask psykisk helsehjelp, og at det ellers vil være uklart om de øvrige tjenestene til barn og unge er kunnskapsbaserte.

Helse- og omsorgsdepartementet understreker i brev fra 29. januar 2026 at det finnes mange kunnskapsbaserte behandlingsmetoder som har vist effekt ved behandling av psykisk lidelse som kan gis innenfor andre rammer enn rask psykisk helsehjelp. Rask psykisk helsehjelp er imidlertid en helhetlig modell som er forsket på og som har gode resultater. Dette betyr imidlertid ikke at det ikke kan gis kunnskapsbasert hjelp innenfor andre rammer. Departementet har gitt tilbakemelding til Helsedirektoratet om at om at hovedindikatoren framover også må inneholde andre lavterskeltilbud.

[43] Helsedirektoratet. (2025). Opptrappingsplan for psykisk helse. Utvikling og status for resultatmålene ved starten av opptrappingsplanen.

Når det gjelder **resultatmål 4** om at «barn og unge som henvises til psykisk helsevern får tilbud om en vurderingssamtale», er det flere uklarheter. Dokumentgjennomgangen viser at Helse- og omsorgsdepartementet de siste årene har gitt litt ulike styringssignaler om hvor mange barn og unge som skal være omfattet av vurderingssamtaler. Undersøkelsen viser at det er store forskjeller i hvor mye og hvordan vurderingssamtaler brukes, og om dette er en samtale med den enkelte pasienten eller er en dialog mellom kommunen og poliklinikken. Undersøkelsen viser at noen poliklinikker tar alle henviste barn og unge inn til en vurderingssamtale, mens andre poliklinikker gjør dette i mindre grad. Dagens rapportering av resultatmålet er på systemnivå og ikke på individnivå. Det betyr at vi ikke vet hvor mange barn som i dag får vurderingssamtale. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt et oppdrag til Helsedirektoratet om vurderingssamtaler, og direktoratet samarbeider med de regionale helseforetakene om å lage en overordnet modell for å tydeliggjøre når vurderingssamtalen skal gjennomføres.

Det går fram av opptrappingsplanen at det i hovedsak skal benyttes eksisterende datakilder for å følge med på utviklingen, men at det for enkelte av målene må utvikles nye indikatorer. De fleste av målene har hovedindikatorer og kilder, men **resultatmål 8** mangler dette. Dette er ikke på plass 3 år inn i opptrappingsplanen, og dette resulterer i at det ikke finnes et datagrunnlag for å belyse og følge opp resultatmålet om at «Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling». Helsedirektoratet opplyser at det per oktober 2025 ikke er besluttet hvordan dette resultatmålet skal måles, men at det arbeides med å definere et bedre informasjonsgrunnlag fram mot rapporteringen i 2026.

Riksrevisjonen har merket seg at departementet arbeider med å forbedre informasjonsgrunnlaget. Slik det er nå, gjør manglene i informasjonen det vanskelig å vite hva status for sentrale mål i opptrappingsplanen er. Det gjør det også vanskelig å vurdere behovet for å endre bruken av virkemidler i gjennomføringen.

5.7.4 Det er fortsatt store mangler i kunnskapsgrunnlaget

Undersøkelsen viser at det fortsatt er store mangler i kunnskapsgrunnlaget. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for å sikre at de nasjonale målene på dette området nås.

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre at befolkningen får likeverdige helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde indikatorer som skal være et hjelpemiddel for ledelsesarbeid og kvalitetsforbedring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten.

Det er nå fem kvalitetsindikatorer som belyser tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Én gjelder årsverk i kommunehelsetjeneste, og fire måler tjenester i spesialisthelsetjenesten. Etter Riksrevisjonens vurdering har dermed kommunene og spesialisthelsetjenesten et begrenset grunnlag for å følge med på utviklingen i kvalitet, og for departementet til å vurdere likeverdigheten i tjenestene.

Da Riksrevisjonen gjennomførte undersøkelsen i 2021 var det sju kvalitetsindikatorer som belyste tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Alle de sju gjaldt tjenester i spesialisthelsetjenesten. Antallet kvalitetsindikatorer har altså gått ned siden forrige undersøkelse, og det skyldes ifølge Helsedirektoratet at tre indikatorer som knytter seg til pasientforløp er satt på vent i påvente av at endringer i måling av pasientforløp tas i bruk.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er opprettet for å dokumentere behandlingsresultater, gi grunnlag for kvalitetsforbedring og forskning. Riksrevisjonen påpekte i 2018 at det manglet helsedata på store fagområder som blant annet psykiske lidelser. Kontroll- og konstitusjonskomiteen pekte den gangen på at mangel på registre vanskeliggjør det systematiske arbeidet med å analysere hvilke behandlingsmetoder som gir best effekt. I 2025 er det to nasjonale medisinske kvalitetsregistre på fagområdet psykiske lidelser som inkluderer barn og unge, men det ene registeret har lav dekningsgrad, og det andre registeret er foreløpig ikke operativt. Det vil si at de to registrene bidrar lite i det systematiske arbeidet med å analysere hvilke behandlingsmetoder som gir best effekt.

SINTEF har fra og med 2007 kartlagt kommunalt psykisk helsearbeid på oppdrag fra Helsedirektoratet. Innholdet i kartleggingen har i perioden variert ut fra behov, men helt fra oppstarten har det blitt samlet inn årsverkstall for psykisk helsearbeid. Ifølge Helsedirektoratet registrerte kommunene i 2024 dataene om årsverk på ulik måte. Noen kommuner har for eksempel trolig registrert alle årsverk som inngår i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, mens andre kommuner bare har registrert årsverk som spesielt er avsatt til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid. Informasjonen som er samlet inn, kan derfor ikke benyttes til å sammenligne kommunenes kapasitet, ifølge direktoratet. Riksrevisjonen mener det er uheldig at informasjonen som er registrert og samlet inn, ikke kan benyttes til å sammenligne kommuner.

Dette er eksempler på at det er mangler i kunnskapsgrunnlaget om tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Riksrevisjonen konstaterer i lys av dette at det er utfordrende – både for statlige myndigheter, spesialisthelsetjenesten og kommunene – å bygge kunnskap om effekten av tjenester og tiltak og å styre feltet på en god måte.

5.8 Svakhetene i de psykiske helsetjenestene kan ha store konsekvenser

I spørreundersøkelsen til helsesykepleiere har vi spurt om de barna og ungdommene som ikke får de tjenestene de har behov for, har noen kjennetegn til felles.[44] De kjennetegnene som nevnes hyppigst, er

[44] Spørreundersøkelsen er beskrevet nærmere i del 3 punkt 17.1.

- at de tilhører en gruppe som faller mellom to stoler, ved at de har psykiske plager som trenger mer oppfølging enn kommunen gir, men ikke vurderes å være syke nok for spesialisthelsetjenesten
- at de kommer fra familier med begrensede ressurser
- at de har utfordringer med atferdsvansker og angst. I tillegg nevnes blant annet utfordringer som kan tyde på depresjon, spiseforstyrrelser, nevroutviklingsforstyrrelser, selvskading og traumer

Denne undersøkelsen viser at:

- mange kommuner har store utfordringer med å få på plass et tjenestetilbud
- barna som får behandling i spesialisthelsetjenesten, får mindre behandling
- det mange steder er krevende å etablere et godt samarbeid på tvers av tjenester og nivåer

Dette kan til sammen få store konsekvenser for barna og familiene deres.

Vi har spurt helsesykepleiere, pasient- og pårørendeorganisasjoner, ansvarlige ledere i kommuner[45] og ledere i poliklinikker for psykisk helsevern om hvilke konsekvenser det har at barn og ungdommer med psykiske plager og lidelser ikke får de tjenestene de har behov for. Selv om barn og unge selvsagt reagerer ulikt, er det enkelte konsekvenser som nevnes av mange:

- alvorligere sykdom
- skolevansker, skolefravær og skolefrafall
- utenforskap og ensomhet
- selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord
- rus og destruktiv atferd
- tap av troen på seg selv og hjelpeapparatet
- økt belastning for familien
- tap av verdifull tid

Den viktigste konsekvensen av at barn og unge ikke får tilstrekkelig hjelp med sine plager og lidelser, er at de kan bli sykere. Flertallet av aktørene vi har innhentet informasjon fra, er også enige om at manglende behandling av psykiske plager og lidelser kan føre til skolevansker, skolefravær og til slutt til skolefrafall. De økende psykiske plagene kan for eksempel gjøre det vanskeligere for elevene å få gjort skolearbeidet, samtidig som de også faller utenfor sosialt, slik en helsesykepleier beskriver det:

> [Manglende oppfølging kan] føre til ytterligere psykisk uhelse, hvor barnet mister helt troen på seg selv. Barnet mangler mestring og blir isolert fra venner og mister glede. De får stadig større skolefravær og faller ut både sosialt og faglig.

[45] I spørreundersøkelsen ba vi den i kommunen med best oversikt over de psykiske helsetjenestene til barn og unge svare på spørsmålene.

Når psykiske vansker hos barn og unge ikke følges opp, får det ofte store ringvirkninger for hele familien. Familien blir sittende med ansvar og bekymringer, uten å motta tilstrekkelig støtte, veiledning og hjelp.

Psykiske plager hos barn og unge som ikke følges opp tidlig, kan utvikle seg til lidelser som krever langvarig behandling. Riksrevisjonen konstaterer at det ikke har skjedd tilstrekkelige forbedringer i tilbudet til barn og unge siden forrige undersøkelse i 2021. Manglene i de psykiske helsetjenestene kan føre til store negative konsekvenser for barn og unges hverdag og framtid.

6 Anbefalinger

Det er for store forskjeller i tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det er derfor behov for tiltak som sørger for at denne gruppen får et bedre og mer likeverdig tilbud.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet:

- følger opp at barn og unge med behov for psykiske helsetjenester får et tilstrekkelig behandlingstilbud uavhengig av hvor de bor
- har særlig oppmerksomhet på å forbedre situasjonen til barn og unge som er bosatt i kommuner som har et lite utbygd tjenestetilbud og der det er lite samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten
- styrker arbeidet med å forbedre kunnskapsgrunnlaget for aktørene på feltet, slik at blant annet sentrale mål på området kan følges bedre opp
- fortsetter arbeidet med å tydeliggjøre ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten når det gjelder psykiske helsetjenester til barn og unge

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å styrke kommunenes arbeid med tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Vi anbefaler at departementet:

- tydeliggjør kommunenes ansvar for å følge opp barn og unge som har behov for tjenester også etter at spesialisthelsetjenesten har avsluttet behandlingen
- tydeliggjør hvilken rolle helsesykepleierne skal ha i arbeidet med barn og unge med psykiske plager og lidelser

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet ber de regionale helseforetakene om å:

- sørge for at regionen har tilstrekkelig kapasitet til å gi god behandling til barn og unge som har behov for spesialiserte psykiske helsetjenester
- undersøke de store forskjellene mellom helseforetak i ventetider, i hvor mange henvisninger som blir avslått, i antall kontakter og i det ambulante tilbudet, og iverksette tiltak der det er uønsket variasjon

7 Statsrådens svar

Dokument 3:8 (2025–2026) *Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser* ble sendt til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet til uttalelse. Svaret fra departementet datert 23. mars 2026 følger i vedlegg 2.

8 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar

Riksrevisjonen merker seg statsrådens presisering av at forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten legger rammer for helsestasjons- og skolehelsetjenestens virksomhet, men at den ikke begrenser helsesykepleiers anledning til å yte helsehjelp til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Riksrevisjonen har senere mottatt brev fra administrasjonen i Helse- og omsorgsdepartementet datert 26. mars 2026, hvor det framkommer følgende:

«På s. 21 annet avsnitt står det at: 'Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at helsestasjonen og skolehelsetjenesten ikke har det som sine kjerneoppgaver og ansvar å behandle barn og unge med psykiske plager og lidelser, men skal drive med helsefremmende og forebyggende arbeid.' Vi ser ved siste gjennomgang at dette kan fremstå slik at departementet mener at helsestasjon og skolehelsetjeneste ikke skal yte behandling til målgruppen. Slik det framgår av statsrådens svar på Riksrevisjonens rapport så er det ikke noe i regelverket for helsestasjon og skolehelsetjenesten som er til hinder for at helsesykepleiere yter slik hjelp, i henhold til sin kompetanse og kravene som følger av helsepersonelloven. På den bakgrunn ber vi om overnevnte setning tas ut før publisering.»

Riksrevisjonen viser til sin anbefaling om at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør hvilken rolle helsesykepleierne skal ha i arbeidet med barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 7. april 2026

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Solveig Horne

Harald Tom Nesvik

Tom-Christer Nilsen

Jens A. Gunvaldsen

Kollegiemedlemmet Rigmor Aasrud har vært inhabil i saken.

Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag

9 Innledning

I denne delen legger vi fram faktagrunnlaget i revisjonen av tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

9.1 Avgrensning av undersøkelsen

I denne undersøkelsen har vi oppmerksomheten på barn og unge med psykiske plager og lidelser. Vi undersøker arbeidet med å identifisere barn og unge der det er risiko, og med tiltak og behandling. Forebygging er også viktig, men det forebyggende arbeidet i kommunene er ikke systematisk kartlagt i denne revisjonen. Bakgrunnen for dette er at Helsetilsynet i 2024 gjennomførte et landsomfattende tilsyn med hvordan kommunene arbeidet for å fremme god psykisk helse hos barn og unge. Vi bygger på deres arbeid, og relevante funn fra tilsynet er tatt inn i rapporten.

I denne undersøkelsen har vi sett på det universelle tjenestetilbudet til alle barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det tilsier at vi har ikke hatt spesiell oppmerksomhet på spesielle diagnoser eller grupper. Barn som er i barnevernet, er en særlig utsatt gruppe som Stortinget også har vært opptatt av. Vi har imidlertid avgrenset oss mot å systematisk gjennomgå barnevernets bidrag ettersom Riksrevisjonen våren 2025 kom med *Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til utfordringer i barnevernet* (Dokument 3:10 (2024–2025)). Den rapporten slår blant annet fast at samarbeidet mellom barneverntjenestene og flere velferdstjenester utenfor barnevernet ikke fungerer godt nok.

9.2 Sentrale aktører

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet skal iverksette vedtatt politikk og har flere forvaltningsoppgaver som er delegert fra Helse- og omsorgsdepartementet. De har myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk.

De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Vi har fire regionale helseforetak: Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF. De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i opptaksområdet. Dette kan de gjøre gjennom helseforetak de selv eier[46], eller gjennom å inngå avtaler med private virksomheter. Helse Sør-Øst RHF har inngått avtaler med Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg diakonale sykehus AS om levering av spesialiserte psykiske helsetjenester til barn og unge, mens Helse Vest RHF har inngått avtale med Betanien sykehus. Til sammen

[46] Det er 20 helseforetak, og 19 av disse har ansvar for psykiske helsetjenester til barn og unge. Sunnaas sykehus HF tilbyr høyspesialisert rehabilitering til mennesker som har vært utsatt for alvorlig sykdom eller skade. (Sunnaas. (2023).)

er det 22 *helseforetak* og *private ideelle sykehus* som leverer tjenester til barn og unge med psykiske lidelser. Disse er den utøvende virksomheten i spesialisthelsetjenesten.

Poliklinikker for psykisk helsevern for barn og unge er en del av spesialisthelsetjenesten og tilbyr utredning, diagnostisering og behandling til barn og unge mellom 0 og 18 år med psykiske helseutfordringer. Poliklinikkene er underlagt et helseforetak eller et privat ideelt sykehus som det regionale helseforetaket har inngått avtale med, og behandler pasienter uten at de er innlagt.

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og nødvendige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose.

Statsforvalteren er statens representant i fylket og skal bidra til iverksetting av nasjonal politikk. Dette gjøres blant annet gjennom veiledning, dialog og tilsyn med kommunene.

10 Det kommunale tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunenes ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder barn og unge med psykiske plager og lidelser. Kommunene skal forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne.

Kommunenes selvstyre tilsier at den enkelte kommunen har frihet til selv å organisere egen virksomhet. Kommunene utøver sitt selvstyre innenfor nasjonale rammer, men bør ikke begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål (forholdsmessighetsprinsippet).

Tilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser skal dekke et vidt spekter av behov. Tilbudet må være en del av et helhetlig og koordinert system, slik at barn i ulike aldre og med ulike utfordringer får hjelp. Vi vil videre i dette kapittelet beskrive det kommunale tilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

10.1 Fastlege

Fastlegen er pasientens viktigste og ofte første kontakt i helsetjenestene. Alle barn og unge har rett til å ha en fastlege, og fram til vi er 16 år, er tjenesten gratis. Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.[47]

Fastlegene registrerer hvorfor pasientene oppsøker dem. Tall fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) viser at 8 prosent av alle barn (0–18 år) var hos fastlege med

[47] Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012) § 1.

problemstillinger relatert til psykiske helseplager i 2023. Dette tilsvarer 93 569 personer. Våre analyser viser at andelen av barnepopulasjonen som har vært hos fastlege med psykiske plager eller lidelser, har økt med 32 prosent i perioden fra 2019 til 2023.

Det går fram av *Helseatlas for psykisk helsevern for barn og unge* at for perioden 2019 til 2023 var det liten geografisk variasjon

- i antall barn og unge som har vært hos fastlegen for psykiske helseplager
- i antall kontakter barn og unge har med fastlegen om psykiske helseplager

Mental Helse Ungdom forteller i intervju at det er svært varierende hvilken hjelp barn og unge får av fastlegen. Fastlegene setter av ulikt med tid til pasientene, og det er forskjeller i hvilken kompetanse fastlegene har i psykiske plager og lidelser. Ifølge foreningen gir noen fastleger pasientene tett og god oppfølging, mens andre ikke tar ansvar for pasientens psykiske helse.

Våre analyser av data fra KPR viser at barn og unge mellom 0 og 18 år som har vært hos fastlegen for psykiske plager og lidelser, i gjennomsnitt hadde færre enn 2 besøk i året i 2023. Av dem som hadde vært hos fastlegen for å få hjelp med disse plagene, hadde 57 prosent bare én konsultasjon hos fastlegen sin i 2023. Videre var det 22 prosent som hadde to konsultasjoner, 10 prosent hadde tre konsultasjoner, og 11 prosent hadde flere enn tre konsultasjoner hos fastlegen.

Tall fra Helsedirektoratet viser at det per desember 2024 var 31 500 barn og unge som ikke har fastlege. Det tilsvarer 2,7 prosent av alle barn og unge. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev av 29. januar 2026 at denne andelen er redusert til 2 prosent per desember 2025.

10.2 Helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skolen

Alle kommuner skal ha en helsestasjonstjeneste og en helsetjeneste i skoler.[48] De ansatte er typisk helsesykepleier, lege og jordmor. I tillegg kan tjenestene ha andre yrkesgrupper som f.eks. fysioterapeut og psykolog.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en arena som gir store muligheter for å fremme, forebygge og oppdage barn og ungdom med psykiske vansker og lidelser. Dette kommer blant annet av at helsesykepleierne har regelmessige møter med alle elevene på skolen gjennom helsekontroller og vaksinering.

Helse- og omsorgskomiteen viser i 2019 til at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er tjenester som har et stort potensial for å identifisere hjelpebehov hos barn, unge og

[48] Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-2. Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018) § 3 første ledd bokstav b.

familier. Ifølge komiteen må en ambisjon være at ingen skal møte en lukket dør hos helsestasjons- og skolehelsetjenesten.[49]

Tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten besto fra 2014 til 2025 av et øremerket tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet og rammetilskudd forvaltet av Kommunal- og distriktsdepartementet. Fra 2026 er det øremerkede tilskuddet avviklet. Hoveddelen av midlene er overført til en tverrsektoriell tilskuddsordning med programfinansiering. Rammetilskuddet er videreført.

10.2.1 Helsestasjon

Helsestasjonstjenesten skal gi tilbud til gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere og barn og ungdom 0–20 år.

Helsestasjon 0–5 år

Helsestasjonen skal og bør tilby en rekke aktiviteter for de yngste barna (fra 0 til 5 år).[50] Det er anbefalt at helsestasjonen tilbyr universelle, primærforebyggende foreldreveiledningsprogrammer.[51] Hensikten med disse er å fremme barnets utvikling og forebygge psykiske vansker hos barnet gjennom å styrke foreldrenes mestring av omsorgsrollen.[52] Det går fram av spørreundersøkelsen vår til helsesykepleiere at 63 prosent av dem som arbeider ved helsestasjon for barn fra 0 til 5 år, mener at helsestasjonen tilbyr gode, universelle, primærforebyggende foreldreveiledningsprogrammer.[53]

Fra 2020 til 2024 økte antall årsverk per 1 000 barn i helsestasjon for barn fra 0 til 5 år fra 4,6 til 4,8. Antallet årsverk i kommunene varierte i 2024 fra omtrent 2 til over 20 registrerte årsverk per 1 000 barn.[54]

Helsesykepleiere som jobber på helsestasjon for barn og unge fra 0 til 5 år, har kompetanse til å identifisere barn og familier som har behov for mer oppfølging enn det helsestasjonen kan tilby. I spørreundersøkelsen svarer 55 prosent av helsesykepleierne at de har tid og kapasitet til å identifisere barn som kan ha behov for mer oppfølging enn det helsestasjonen kan tilby. Det er i underkant av 30 prosent som mener det motsatte.

Av helsesykepleierne som jobber på helsestasjonen for barn fra 0 til 5 år, er det 41 prosent som er uenig i at kommunen har et godt tilbud til familier som har utfordringer som kan påvirke barnas psykiske helse. Det er 38 prosent som mener at kommunens tilbud er godt.

[49] Innst. 131 S (2019-2020).
[50] Helsedirektoratet (2017, 8. februar).
[51] Dette er en svak anbefaling. Svak anbefaling brukes når ulike valg vil kunne være riktig, avhengig av pasient og situasjon. Helsedirektoratet (2017, 8. februar).
[52] Helsedirektoratet (2017, 8. februar).
[53] Prosenttallet baserer seg på 376 helsesykepleiere som arbeider på helsestasjon for barn og unge fra 0 til 5 år. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[54] Helsedirektoratet (2010, 18. juni).

Helsestasjon for ungdom

Som tidligere omtalt skal alle kommuner skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0–20 år.[55] Tilbudet til ungdom bør, ifølge nasjonal retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, organiseres som en helsestasjon for ungdom. Vi har spurt kommunene om de har helsestasjon for ungdom, og det er 88 prosent av kommunene som opplyser at de har dette.[56]

Helsestasjon for ungdom innebærer åpningstider etter skoletid, mulighet for drop-in-konsultasjoner og ansatte med gode kommunikasjonsferdigheter og god kunnskap om ungdomshelse. Ifølge Helsedirektoratet er det sterkt anbefalt at helsestasjon for ungdom skal komme i tillegg til skolehelsetjenesten og tilby oppfølgende samtaler til ungdommer med utfordringer innen psykisk helse.[57] Vår spørreundersøkelse viser at 27,5 prosent av kommunene ikke tilbyr helsestasjon for ungdom i tråd med disse anbefalingene i den nasjonale faglige retningslinjen.[58]

Tall fra Helsedirektoratet viser at det samlede antallet årsverk i helsestasjonene for ungdom økte fra 132 i 2020 til 164 i 2024.[59]

Vi har i en spørreundersøkelse til helsesykepleierne spurt om de som arbeider ved helsestasjon for ungdom, har kapasitet til å gjennomføre oppfølgende samtaler om ungdommenes psykiske helse. Det er 44 prosent av helsesykepleierne som er enig i dette.[60]

10.2.2 Skolehelsetjeneste

Skolehelsetjenesten skal nå alle barn og unge som går på skolen.[61] Skolehelsetjenesten deles opp i tre nivå:

- skolehelsetjenesten i barneskolen
- skolehelsetjenesten i ungdomsskolen
- skolehelsetjenesten i videregående skole

Tall fra Helsedirektoratet viser at antall årsverk per 1 000 elever har økt fra 2020 til 2024 på alle tre nivåene. På barneskolen har antallet økt fra 3 til 4,8, på ungdomsskolen fra 3 til 3,3 og på videregående skole fra 1,6 til 1,7.

Det er store forskjeller mellom kommunene i antall årsverk i skolehelsetjenesten på barneskolen og ungdomsskolen. Det var flere kommuner som i 2024 benyttet færre enn 2 årsverk i skolehelsetjenesten per 1 000 elever, men det er også en del kommuner som registrerte at de benyttet mer enn 10 årsverk i barneskolen og 20 årsverk på

[55] Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 3 første ledd bokstav b.
[56] Prosenttallet baserer seg på de 269 kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[57] Helsedirektoratet (2017, 8. februar).
[58] Prosenten baserer seg på 269 antall kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[59] Helsedirektoratet (2021, 18. juni).
[60] Prosenttallet baserer seg på 285 antall helsesykepleiere som arbeider på helsestasjon for ungdom. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1. Det er 43,5 prosent som er enige, 21,4 som svarer hverken eller, og 35,1 prosent som er uenig.
[61] Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 6.

ungdomsskolen per 1 000 elever. På videregående skole var forskjellene mellom fylkene mindre, der varierte antall årsverk per 1 000 elever mellom 1,5 og 2,7 årsverk.

Helsedirektoratet opplyser i brev at mange kommuner er små og har relativ få barn, men at disse kommunene likevel må ha et visst antall ansatte. Det kan føre til at dekningsgraden i noen kommuner kan framstå som høy.

De helsesykepleierne som arbeider i skolehelsetjenesten i barne- og/eller ungdomsskolen, skal utføre en rekke oppgaver. De skal for eksempel tilby lovpålagte oppgaver, som vaksinasjon i tråd med barnevaksinasjonsprogrammet.[62] Nesten halvparten av helsesykepleierne i spørreundersøkelsen vår opplyser at de ikke har nok tid til å gjøre de lovpålagte oppgavene.[63]

Videre er det sterkt anbefalt i *den nasjonale faglige retningslinjen for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom at skolehelsetjenesten* at tjenesten bør støtte barn og ungdom med psykiske plager ved å tilby oppfølgende samtaler individuelt eller i grupper. Imidlertid opplever over 70 prosent av helsesykepleierne at de ikke har nok tid til å følge opp elever med psykiske plager og lidelser. Bare 12 prosent opplever at de har tid til dette.[64] En helsesykepleier skriver følgende:

> Selv om jeg kutter til 20 minutter samtaler med hver elev og sitter langt over arbeidstid hver dag, kan jeg ikke klemme inn mer enn ca. 20 samtaler om dagen. Dette er krevende samtaler om vold, overgrep, prevensjonsforskriving m.m. Jeg trenger mer tid per ungdom for å få bedre samtaler, og mange av ungdommene trenger mer enn én samtale. De to første ukene av skoleåret fikk jeg inn ca. 310 ønsker om samtale. Hvordan skal jeg da prioritere hvilke 20 av de 310 som får samtale og hvilke som står uten?

Mental Helse Ungdom opplyser i intervju at de får innspill fra sine medlemmer om at skolehelsetjenesten ofte er utilgjengelig. På grunn av manglende kapasitet har skolehelsetjenesten mange steder ventelister. Mental Helse Ungdom mener at ventelistene ikke reflekterer det faktiske behovet for tjenesten, fordi mange barn og ungdom ikke setter seg på venteliste når de vet at det vil ta tid før de får hjelp.

10.3 Kommunepsykolog

Siden 2020 har det vært et lovkrav at alle kommuner skal ha knyttet til seg psykologkompetanse for å kunne yte nødvendige helse- og omsorgstjenester.[65]

---

[62] Helsedirektoratet (2017, 8. februar).
[63] Det er 47 prosent som er uenig i at de har tilstrekkelig tid til de lovpålagte oppgavene, og 35,5 prosent som er enig. Prosenttallene baserer seg på 753 helsesykepleiere som arbeider i skolehelsetjenesten for barne- og/eller ungdomsskolen og den videregående skolen. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[64] Prosenttallene baserer seg på 753 helsesykepleiere som arbeider i skolehelsetjenesten for barne- og/eller ungdomsskolen og den videregående skolen. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1. Det er 71,6 prosent som er uenig, 12,4 prosent som er enig, og 16,1 prosent som svarer hverken eller.
[65] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

Det går ikke fram av loven hvordan psykologen skal benyttes i kommunens arbeid. Psykologen kan benyttes i arbeidet med både barn, ungdom og voksne og kan brukes til helsefremming, forebygging, behandling eller til systemarbeid. Det går fram av vår spørreundersøkelse til kommunene at 20,4 prosent av kommunene ikke har knyttet til seg psykolog.[66]

Av de kommunene som har psykolog, er det i tillegg 7 kommuner som ikke benytter psykologen til arbeidet med barn og unge, hverken på individ- eller systemnivå. Det vil si at barn og unge i 23 prosent av kommunene ikke får tjenester der psykolog er involvert i arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet kommenterer i brev av 29. januar 2026 at det har vært en økning i psykologårsverkene i helse- og omsorgstjenesten de siste årene. Departementet viser til tall fra SSB der dette går fram. De siste tallene fra SSB viser også at om lag 15 prosent av kommunene mangler psykologkompetanse, og at det er de små kommunene som har størst utfordringer med å knytte til seg psykologkompetanse. 96 prosent av befolkningen bor i en kommune som har knyttet til seg psykologkompetanse.

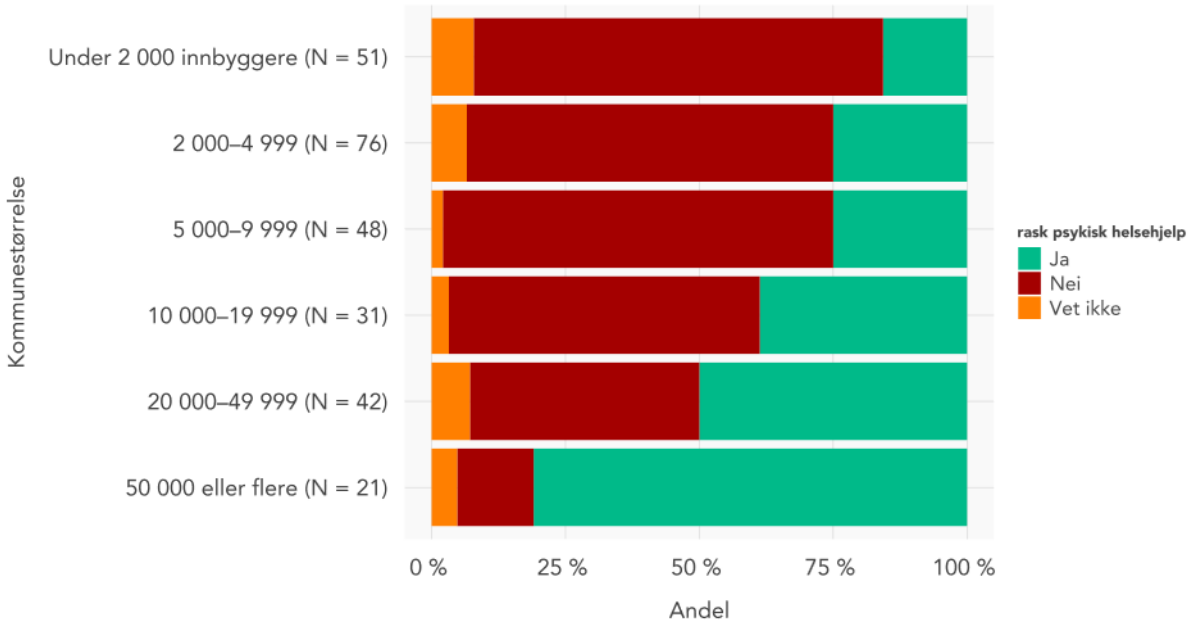
10.4 Rask psykisk helsehjelp og FACT ung-team

Rask psykisk helsehjelp er en metodikk for å behandle innbyggere over 16 år med angst, mild til moderat depresjon, søvnvansker og/eller begynnende rusmiddelproblemer. Det slås fast i *Opptrappingsplanen for psykisk helse* at gevinstene og effektene av tilbudet ikke bare er at flere får tilgang til virkningsfull behandling, men også at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt at flere får hjelp på lavest effektive omsorgsnivå.[67] Av kommunene i vår spørreundersøkelse opplyser 33 prosent at de tilbyr rask psykisk helsehjelp for de mellom 16 og 18 år med behov for det.

Nærmere analyser viser at det er sammenheng mellom kommunestørrelse og tilbudet av rask psykisk helsehjelp.

[66] Prosenttallet baserer seg på 269 antall kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[67] Meld. St. 23 (2022-2023).

Figur 10 Kommunestørrelse og rask psykisk helsehjelp



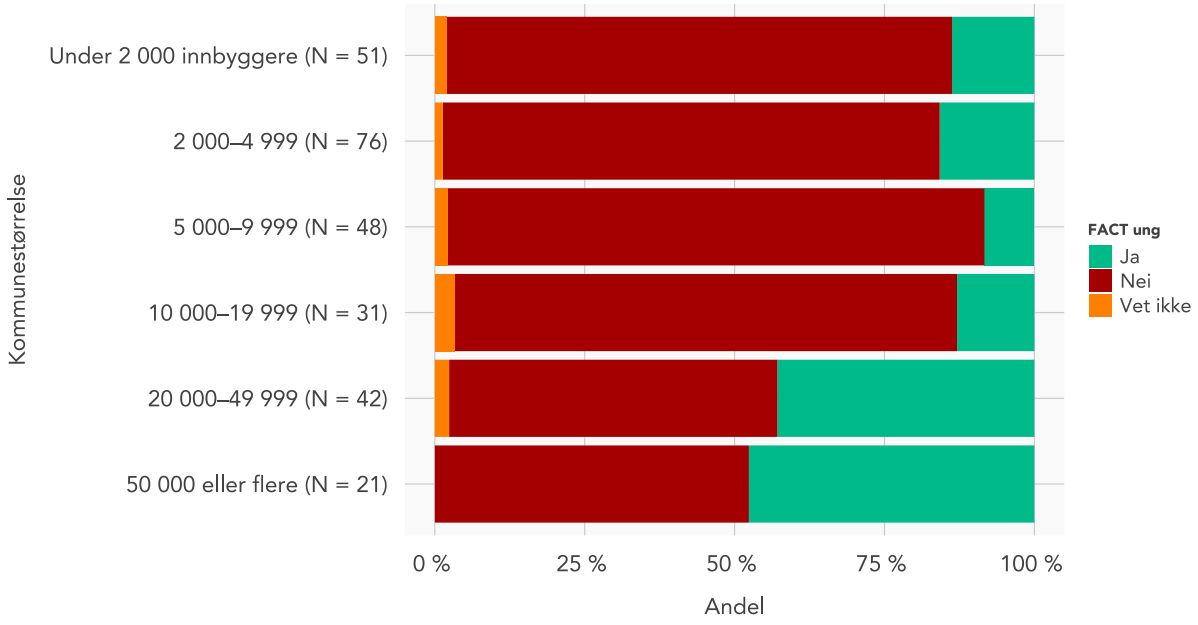
Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Blant de største kommunene er det flere (80 prosent) som tilbyr rask psykisk helsehjelp enn blant de minste kommunene (16 prosent). [68]FACT ung-team en tjenestemodell for oppsøkende og helhetlige tjenester til unge personer med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.[69] Helse- og omsorgsdepartementet påpeker i brev av 29. januar 2026 at dette er en tjeneste som bidrar til å fremme likeverdige, helhetlige og integrerte tilbud til en målgruppe som det ellers har vært vanskelig å gi et godt nok tilbud om behandling og oppfølging. Det er en samarbeidsmodell mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og har målgruppe helt ned til 12 år. Samarbeidsmodellen omtales nærmere i kapittel 12. I vår spørreundersøkelse spurte vi om kommunen har FACT ung eller en lignende modell for ungdom med sammensatte og alvorlige problemer. Det er 20 prosent av kommunene som opplyser at de har en slik oppsøkende tjeneste.

Analysene viser at det, i likhet med for rask psykisk helsehjelp, er en sammenheng mellom kommunestørrelse og tilbudet av FACT ung.

[68] De største kommunene er kommunene med 50 000 eller flere innbyggere. Dette vil inkludere bydeler i Oslo. De minste kommunene er kommunene med færre enn 2000 innbyggere.
[69] Helsedirektoratet (2015, 13. februar).

Figur 11 Kommunestørrelse og FACT ung



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Blant de største kommunene er det flere (50 prosent) om tilbyr FACT ung enn blant de minste kommunene (14 prosent).[70]

10.5 Psykiske helsetjenester til barn og unge

Kommunenes ansvar for å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester omfatter alle pasient- og brukergrupper. I forarbeidene til loven kommer det fram at departementet legger til grunn at psykisk helsetjeneste er en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. [71] Det er ikke stilt noen organisatoriske krav til hvordan kommunen skal oppfylle ansvaret for psykiske helsetjenester.[72]

Lavterskeltilbud er en måte organisere tjenestetilbudet på, og i opptrappingsplanen er det et mål om at innbyggere i alle kommuner skal ha tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus. Det går fram av opptrappingsplanen at «lavterskeltilbud» ikke er definert i helselovgivningen, men er en måte å innrette tjenester på og et uttrykk for egenskaper ved tjenestens tilgjengelighet. Dette innebærer ofte at man ikke trenger henvisning og som regel vil det være rask tilgang til hjelp. Lavterskeltilbud kan omfatte både forebygging, tidlig intervensjon, behandling og skadereduksjon.

[70] De største kommunene er kommunene med 50 000 eller flere innbyggere. Dette vil inkludere bydeler i Oslo. De minste kommunene er kommunene med færre enn 2000 innbyggere.
[71] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, og Prop. 91 L (2010-2011).
[72] Helsedirektoratet (u.å.).

Det er 59 prosent av kommunene som har besvart spørreundersøkelsen vår som opplyser at de har en egen enhet for psykiske helsetjenester (lavterskeltilbud) som behandler barn og unge.[73]

Andre data tyder på at det er en positiv utvikling på dette feltet. SINTEF kartlegger om kommunene har et lavterskeltilbud som gir tidlig hjelp og behandling til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusproblemer og reaksjoner på belastende livshindringer (utenom fastlege og helsestasjons- og skolehelsetjeneste). Det går fram av SINTEFs rapport for 2025 at 72 prosent av kommunene har et slikt tilbud til barn og unge, som er en økning med 18 prosent fra 2024.[74]

I denne undersøkelsen har vi valgt å se nærmere på innholdet i de kommunale psykiske helsetjenestene, uavhengig av hvordan de er organisert. I nasjonal veileder for *Psykisk helsearbeid barn og unge*[75] står det at:

- tilbudet bør ha et familieperspektiv og tilby foreldrestøtte og veiledning til foreldre og kommende foreldre.
- kommunen bør ha ulike behandlings- og oppfølgingstilbud til barn og unge og deres foreldre.

Veilederen nevner flere aktuelle tiltak som kommunene kan ha[76], og vi har i denne undersøkelsen valgt å undersøke om kommunene tilbyr fire tiltak som i veilederen har karakter av å være behandlingstilbud. Dette er individuelle samtaler, gruppetilbud, foreldreveiledningsprogrammer og familiesamtaler.

Vår spørreundersøkelse til kommunene viser at

- 4 prosent ikke tilbyr individuelle samtaler
- 56 prosent ikke har grupper for barn og ungdom
- 14 prosent ikke har foreldreveiledningsprogrammer
- 18 prosent ikke har tilbud om familiesamtaler

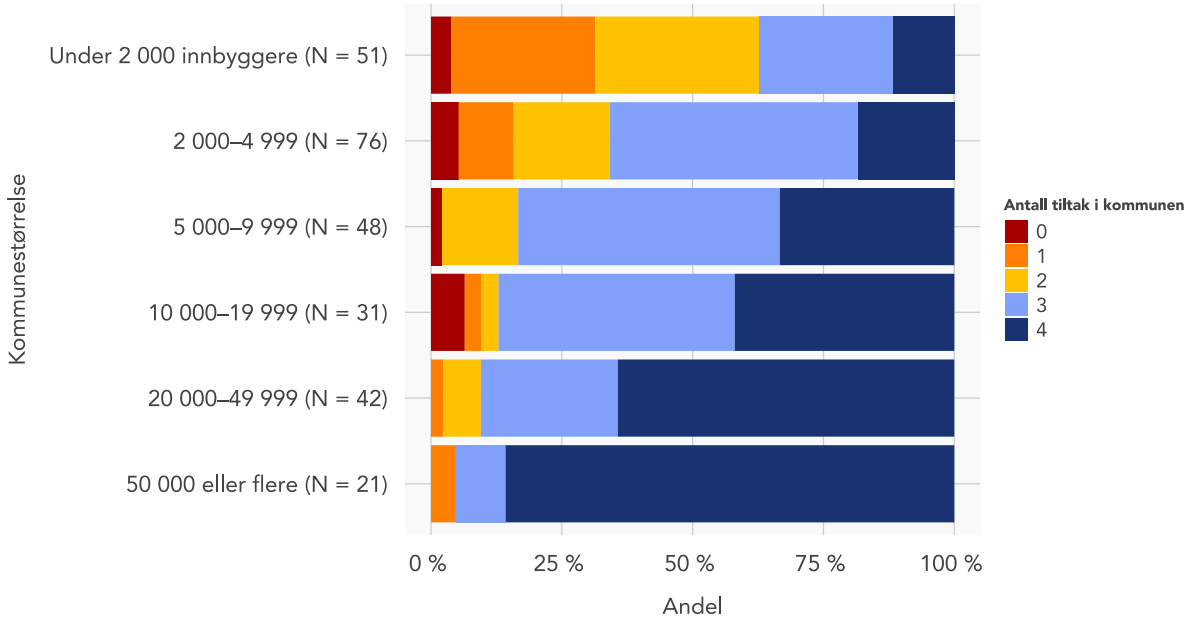
Analysen viser videre at

- 35 prosent av kommunene tilbyr alle de fire undersøkte tiltakene (94 kommuner).[77]
- 37 prosent tilbyr tre tiltak (100 kommuner)
- 15 prosent tilbyr to tiltak (41 kommuner)
- 9 prosent tilbyr ett tiltak (25 kommuner)
- 3 prosent tilbyr ingen av tiltakene (9 kommuner)

[73] Prosenttallet baserer seg på 267 antall kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[74] Ose, S. O. og Kaspersen, S. L. (2025).
[75] Helsedirektoratet (2023, 24. oktober).
[76] Veilederen nevner at aktuelle tiltak kan være: hjelp med å finne fram i hjelpeapparatet, veiledning om ulike utfordringer, foreldreveiledningsprogrammer, familiesamtaler, grupper for barn og ungdom med ulike utfordringer, samarbeid med barnehage og skole eller andre arenaer og individuelle samtaler over kortere eller lengre tid.
[77] Prosenttallet baserer seg på 269 kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.

Vi har videre undersøkt om det er en sammenheng mellom kommunestørrelse og antall tiltak.

Figur 12 Kommunestørrelse og antall tiltak

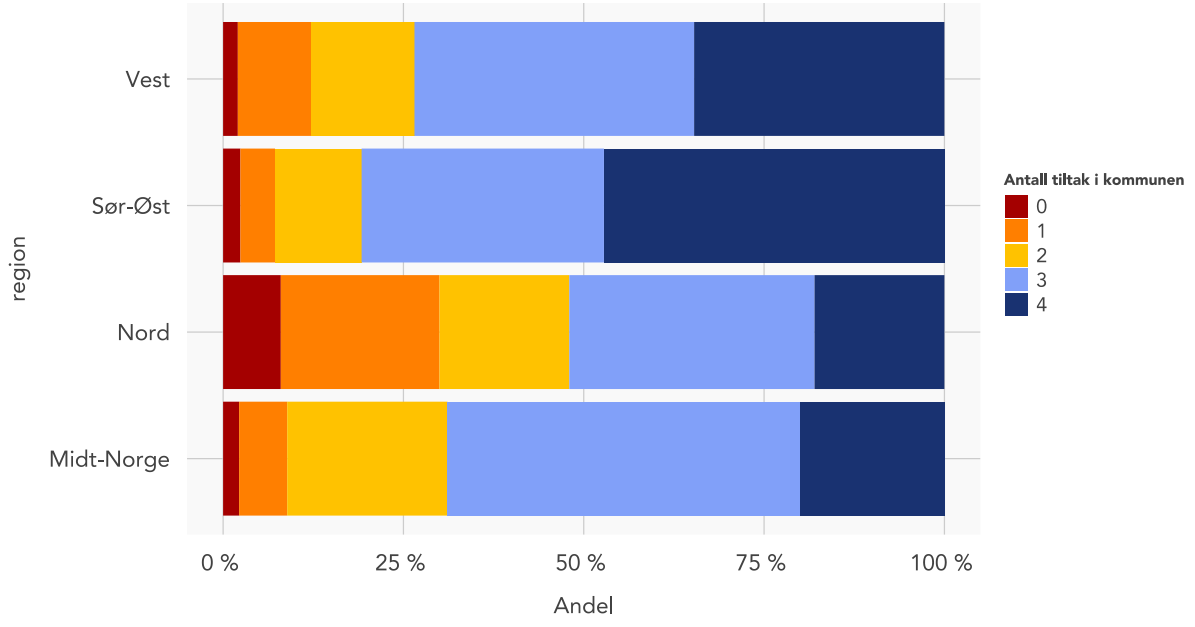


Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Figuren viser at det er de små kommunene som har de største utfordringene med å levere tiltakene til barn og unge. Andelen kommuner med alle de aktuelle tiltakene stiger med størrelsen på kommunen.

Vi har også analysert andel kommuner per region, etter hvor mange tiltak de har.

Figur 13 Region og antall tiltak

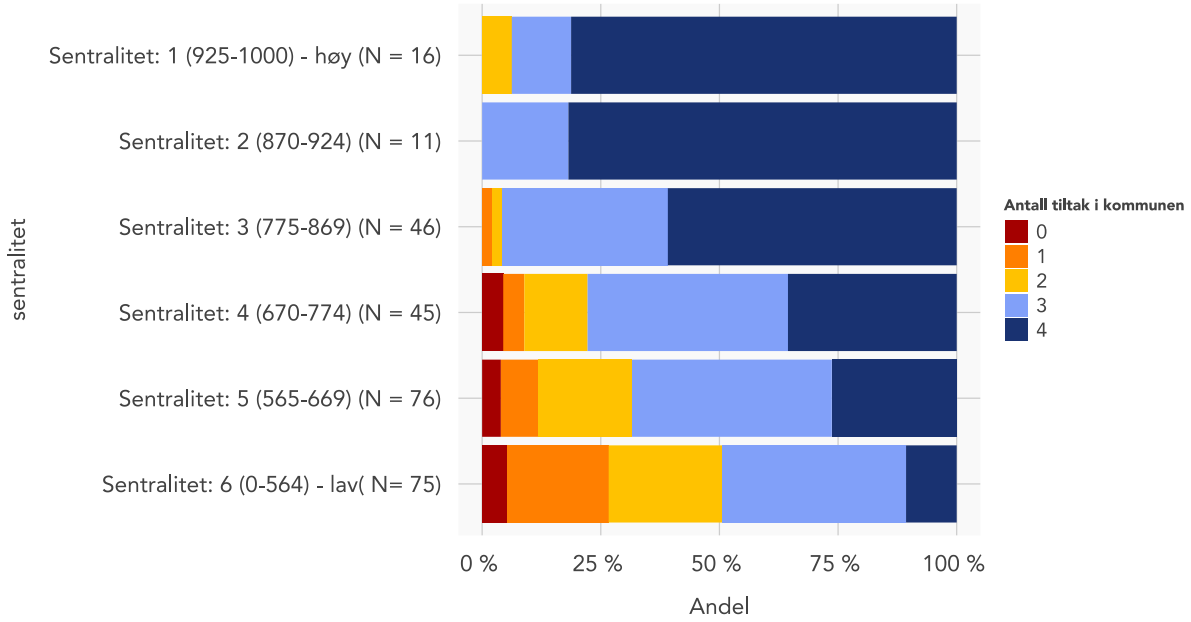


Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Figuren viser at det er høyest andel kommuner i Nord-Norge som mangler tiltak til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Vi har også benyttet Statistisk sentralbyrå sin sentralitetsindeks.[78] Dette er en kompleks indeks, men enkelt forklart er indeksen en måte å måle hvor sentral en kommune er med grunnlag i befolkning, arbeidsplasser og servicetilbud.

Figur 14 Sentralitet og antall tiltak



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Figur 14 viser at antall tiltak i stor grad faller med lavere sentralitet. Dette vil si at kommuner med lav sentralitet har færre tiltak, enn kommuner med høyere grad av sentralitet.

Selv om det er de små kommunene som har størst utfordringer med å få på plass tjenester og tiltak, er det også små kommuner som har et omfattende tilbud. En av kommunene vi har intervjuet, har etablert et godt tilbud med stor oppmerksomhet på å utnytte ressursene på tvers av sektorene:

- Det er et tett samarbeid mellom helsetjenestene og opplæringssektoren for barn og unge, og kommunen har kombinasjonsstillinger slik at noen ansatte kan jobbe med både oppfølging av helse og opplæring.
- Kommunen jobber etter modellen Bedre tverrfaglig innsats og sørger for et tett samarbeid mellom helsetjenester, PP-tjenesten og barnevernstjenesten.
- Det tilbys foreldrekurs, der ansvaret for å arrangere dem rulleres mellom PP-tjenesten, barnevernstjenesten og helsestasjonen.

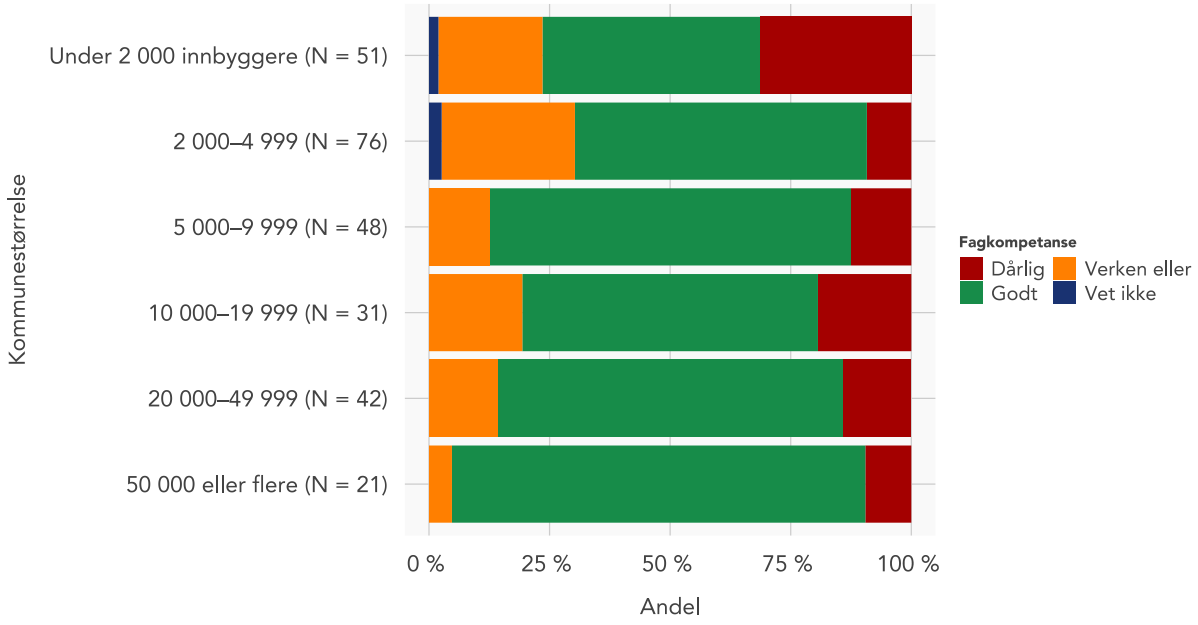
[78] Statistisk Sentralbyrå. (u.å.c). For mer informasjon om sentralitetsindeksen se Høydahl, E. (2020).

Pårørendesenteret i Oslo (PIO) får tilbakemeldinger fra foreldre. Når det gjelder psykisk helse, forteller foreldrene at den største utfordringen er at det ikke finnes et egnet tilbud når barna og familien trenger det. De rapporterer om et stort behov for kurs, individuell veiledning eller bare å møte andre foreldre i samme situasjon. Som vår spørreundersøkelse viser, har imidlertid familienes bosted mye å si for hva som finnes av kommunale tilbud. I tillegg har PIO erfart at de tilbudene som finnes, har begrenset kapasitet, og at stram kommuneøkonomi i noen tilfeller har gjort at tilbud er lagt ned.

10.6 Kompetanse og kapasitet i kommunalt psykisk tjenestetilbud

I spørreundersøkelsen til kommunene har vi spurt om de har tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser. I overkant av 63 prosent av kommunene svarer at en slik påstand stemmer godt for deres kommune.[79]

Figur 15 Kommunestørrelse og tilstrekkelig fagkompetanse



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Blant de største kommunene er det flere (86 prosent) som opplever at de har tilstrekkelig fagkompetanse enn blant de minste kommunene (45 prosent).[80]

Analysen viser videre at selv kommuner som har et bredt tjenestetilbud, merker at det etterspørres mer behandlingskompetanse enn de har tilgjengelig. En kommune skriver dette i spørreundersøkelsen:

[79] Ca. 15 prosent svarer at dette stemmer dårlig/svært dårlig. Det er nesten 20 prosent som svarer hverken eller.
[80] De største kommunene er kommunene med 50 000 eller flere innbyggere. Dette vil inkludere bydeler i Oslo. De minste kommunene er kommunene med færre enn 2000 innbyggere.

> Vi har ansatte som arbeider lavterskel i vårt tilbud til barn og unge, men de kan ikke alltid gjennomføre terapeutiske samtaler der det kreves mer spesifikk utdannelse som klinisk terapeut. Selv om vi gir foreldreveiledning og skaper flere gruppetilbud til barn og unge nå, så kommer vi ikke fra at det som flest etterspør er individuelle skreddersydde behandlingsløp.

I spørreundersøkelsen vår svarer halvparten av kommunene at de har grupper av barn og unge med psykiske plager og lidelser som ikke får dekket sine behov for kommunale tjenester. I tillegg svarer 30 prosent at de ikke vet om det er tilfellet. Det er altså bare rundt 20 prosent av kommunene som svarer nei på dette spørsmålet.

Det at kommuner ikke har tilbud til barn og unge, kan ha en rekke konsekvenser, og spørreundersøkelsen til helsesykepleierne viser at en tredjedel av helsesykepleierne som arbeider i skolehelsetjenesten, har kviet seg for å identifisere elever med psykiske plager og lidelser, fordi det mangler tilbud å vise elevene videre til.[81]

Videre har vi spurt kommunene om de har planer om å redusere tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser i 2025. Det er 15 prosent av kommunene som i spørreundersøkelsen svarer bekreftende på dette.[82]

SINTEF innhenter på oppdrag fra Helsedirektoratet rapportering fra kommunene om hvor mange egne årsverk de benytter til psykisk arbeid for barn og unge i målgruppen.[83] I 2024 var det 351 av 373 kommuner og bydeler i Oslo som rapporterte. Av disse oppga 67, altså i underkant av en av fem, at de ikke har egne årsverk som går til dette arbeidet.

Tall fra Helsedirektoratet viser at kommunene i gjennomsnitt benyttet 2,8 årsverk til psykisk helse- og rusarbeid (for både voksne og barn) per 1 000 innbyggere i 2024. Det var noe spredning på fylkesnivå, fra 2,1 årsverk i Oslo til 3,9 i Agder.[84]

Helsedirektoratet opplyser at tallene for årsverk ikke kan sammenlignes mellom kommunene, da kommunene benytter ulike metoder for å anslå årsverk i psykisk helse- og rusarbeid.[85] Det varierer trolig blant annet om kommunene inkluderer alle de ansatte i skolehelsetjenesten eller ikke, eller om de har inkludert bare ansatte som jobber med målgruppen.[86]

Både kommunene og helsesykepleierne gir i svarene på spørreundersøkelsene flere eksempler på at begrenset kapasitet er en utfordring. To kommuner skriver for eksempel:

---

[81] Prosenten baserer seg på 753 antall helsesykepleiere som arbeider på barneskole, ungdomsskole og videregående skole. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[82] I tillegg har 53 prosent av kommunene svart at de er uenige i at tilbudet vil bli redusert, mens 13 prosent har svart «verken eller», og 18 prosent har svart «vet ikke».
[83] Ose, S. O. og Kaspersen, S. L. (2024).
[84] Helsedirektoratet (2024, 5. desember). for mer informasjon om statistikken se 15.5.4. Årsverkstall for 2024 kan ikke sammenlignes med tidligere år på grunn av endringer i rapporteringen.
[85] Helsedirektoratet (2024, 5. desember). Helsedirektoratet opplyser videre om at tallene brukes til å analysere utvikling og endringer i ressursbruk innen én og samme kommune over tid, og for å følge utviklingen nasjonalt.
[86] Helsedirektoratet (2025, 28. mai).

> Det er altfor lite kapasitet i lavterskel psykisk helsetjeneste. Dette resulterer i at skolehelsetjenesten ofte sitter med disse sakene selv, til tross for at de ofte ikke har den rette kompetansen. Når plagene og symptomene har blitt så alvorlige at de har rett på hjelp i spesialisthelsetjenesten, da får de hjelp i BUP. Det er også altfor lite kapasitet til å kunne gi foreldreveiledning/familieterapi til foreldre med sped- og småbarn.
>
> Her jeg jobber er det en psykolog fordelt på fem kommuner, behovet er egentlig en psykolog i hver kommune.

En helsesykepleiere beskriver det slik:

> Kommunepsykolog i kommunen har sprengt kapasitet og da blir elevene gående hos meg, som er helt feil både med tanke på kompetanse hos meg, men også at de ikke får den hjelpen de har krav på.

KS peker på i brev at det er variasjon i kommunenes kapasitet og kompetanse til å drive gode tjenester. I en del kommuner er det betydelige utfordringer med å rekruttere kompetent personell, som gjør det krevende å levere alle de lovpålagte tjenestene. Mange rapporterer om utfordringer med å rekruttere psykologer, men det er også en sterk økning i antallet kommuner som har problemer med å rekruttere sykepleiere, inkludert helsesykepleiere, vernepleiere og sosionomer. I noen deler av landet er det ekstra vanskelig å få tak i spesialisert arbeidskraft, og rekrutteringen skjer ofte i direkte konkurranse med andre kommuner, med spesialisthelsetjenesten eller med privat sektor. En trend som ytterligere forverrer situasjonen, er ifølge KS at ønsker/krav fra statlig hold om at kommunale helse- og omsorgstjenester skal matche spesialisthelsetjenestens oppbygging og behandlingsforløp. Det fører ifølge KS til at kommunene må bruke ressurser på å lete etter kompetanse som ofte ikke er til å få tak i, eller at man blir sittende med kompetanse som ikke passer med kommunens øvrige behov.

10.7 Kommunenes ansvar for å behandle psykiske plager og lidelser

Helsedirektoratet skriver i nasjonal veileder i *Psykisk helsearbeid barn og unge* at bruken og definisjonen av behandlingsbegrepet i lov og forskrift ikke er entydig. Vi har i spørreundersøkelsen spurt kommunene om de har et behandlingsansvar for barn og unge med psykiske plager og lidelser, og 97 prosent av kommunene opplyser til oss at de har det. Det er imidlertid forskjeller i hvilke grupper barn og unge kommunene mener at de har et behandlingsansvar for.

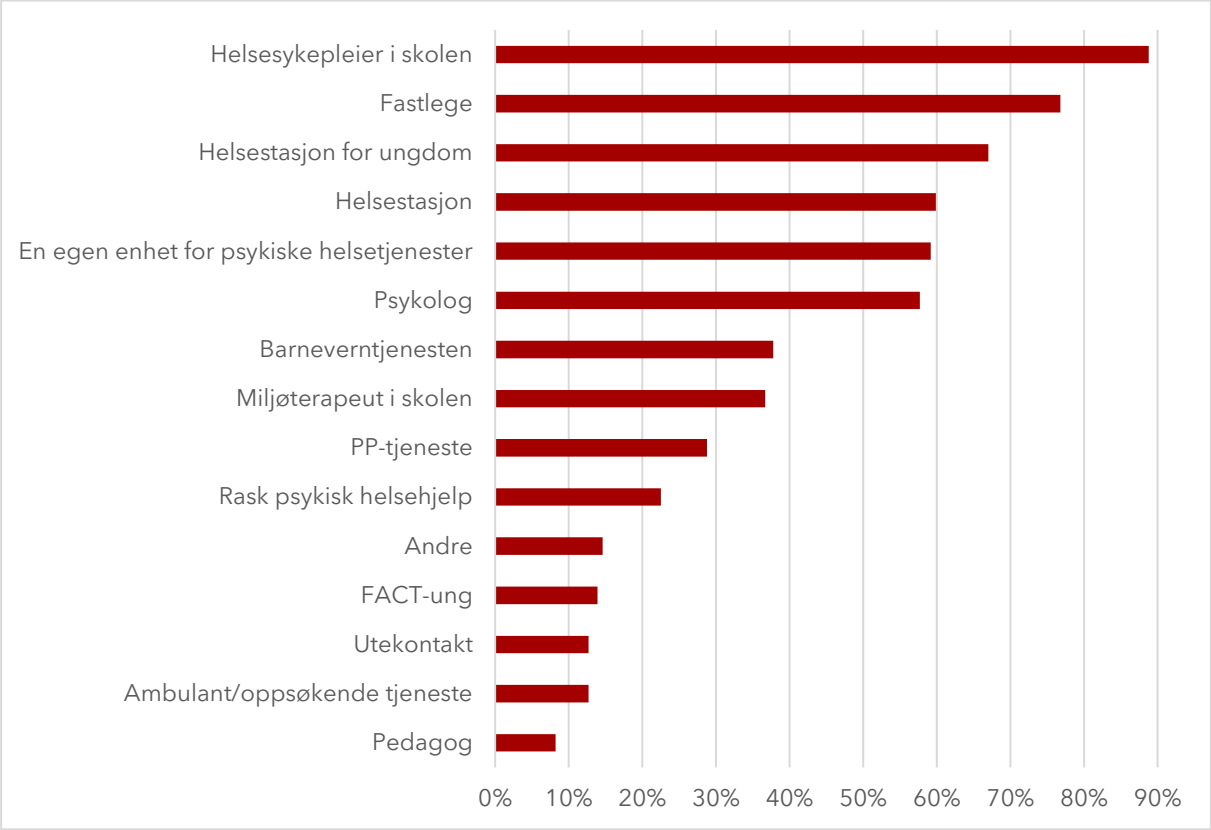
- 95 prosent av kommunene tar ansvar for å behandle barn og unge med lette psykiske plager og lidelser.
- 85 prosent av kommunene tar ansvar for å behandle barn og unge med moderate psykiske plager og lidelser.

- I overkant av 70 prosent[87] av kommunene tar ansvar for å behandle barn og unge med komplekse og sammensatte psykiske plager og lidelser etter at de er ferdigbehandlet hos poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge.

KS peker i brev på at kommunens ansvar følger generelt og også på dette området av lov og forskrifter. Veiledningsmateriell er ikke i seg selv rettslig bindende for kommunene, men kan inneholde nyttige anbefalinger og tips om kommunens oppgaver innenfor de forpliktelsene som følger av lov og forskrift. Videre peker KS på at alle kommuner har en fastlegeordning som ivaretar kommunenes lovfestede behandlingsansvar. Hva som ligger i ordet behandling, er ikke nærmere definert i loven. Kommunene skal kunne gi et psykisk helsetilbud, men i motsetning til hva som står i veilederen, trenger ikke kommunene å ha en dedikert psykisk helsetjeneste.

Vi har spurt kommunene som behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser, om hvem i kommunen som gir behandling. Kommunene kunne krysse av på flere ulike svaralternativer.

Figur 16 Hvem i kommunen behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser?



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse

Figuren viser at nesten 90 prosent av kommunene trekker fram at helsesykepleierne i skolen behandler barna og unge med psykiske plager og lidelser i kommunen. Andre som

[87] Det er 72,5 prosent av kommunene som tar ansvar for å behandle barn og unge med komplekse og sammensatte plager og lidelser etter at de er ferdigbehandlet hos poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge. Prosenttallet baserer seg på 269 kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.

nevnes er blant annet: fastlegene (77 prosent), helsestasjon for ungdom (67 prosent), helsestasjon (60 prosent), en egen enhet for psykiske helsetjenester (59 prosent), psykolog (58 prosent), barneverntjenesten (38 prosent), miljøterapeut i skolen (37 prosent) og PP-tjenesten (29 prosent).

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at helsestasjonen og skolehelsetjenesten ikke har det som sine kjerneoppgaver og ansvar å behandle barn og unge med psykiske plager og lidelser, men skal drive med helsefremmende og forebyggende arbeid. I de nasjonale retningslinjene står det at skolehelsetjenesten bør tilby oppfølgende samtaler for de med psykiske plager, og at tjenestens rolle er å støtte barn og ungdom som er i behandling for psykiske lidelser.[88]

Faktaboks 1 Helsesykepleierutdanningen

Nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanningen omtaler i flere sammenhenger psykisk helse. Det står bl.a. at helsesykepleiere skal:

- bidra til å fremme psykisk og fysisk helse (§ 2)
- ha har avansert kunnskap om spedbarn, barn og unges fysiske, psykiske, seksuelle og sosiale helse og utvikling (§ 7)
- ha ferdigheter til å forebygge, avdekke og følge opp fysiske og psykiske helseplager hos barn og unge (§ 8)

Kilde: Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning

Helsedirektoratet opplyser i intervju at helsesykepleiernes rolle og oppgaver har blitt utredet av Helsedirektoratet, og konklusjonen var at helsesykepleierne ikke skal drive med utredning og behandling av barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det er ifølge direktoratet en stor utfordring for helsesykepleierne at de ikke har tilstrekkelig tid til alle oppgavene de har. Hvis helsesykepleierne også skulle behandle barn og unge, ville dette gått ut over det helt sentrale helsefremmende og forebyggende arbeidet som helsesykepleierne skal gjøre. Til tross for dette, er det ifølge direktoratet ikke til å komme unna at det er helsesykepleierne som må følge opp barn og unge med psykiske plager i kommuner der det ikke er etablert et psykisk helsetilbud.

I spørreundersøkelsen svarer mer enn 60 prosent av helsesykepleierne at de må gjennomføre individuelle samtaler om psykisk helse som de selv mener at de ikke har kompetanse til.[89] En helsesykepleier sier det slik:

> Det eneste tilbudet til barn med psykiske plager i kommunen er skolehelsetjenesten, noe som fører til at barna ikke blir fulgt opp av helsepersonell med riktig kompetanse, og til at helsesykepleiere bruker ressursene sine på individuelle samtaler i stedet for helsefremming og forebyggende arbeid.

[88] Helsedirektoratet (2017, 8. februar).
[89] Prosenttallene baserer seg på 753 helsesykepleiere som arbeider i skolehelsetjenesten for barne- og/eller ungdomsskolen og videregåendeskolen. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.

En helsesykepleier formulerer det på denne måten:

> Disse ungdommene blir gående hos helsesykepleier i måneder og år, og man kommer aldri helt i mål. Helsesykepleiere ønsker å jobbe mer forebyggende og helsefremmende, men det blir mest brannslukking. Resultatet er at barn og unge ikke får den hjelpen de burde fått og har krav på.

10.8 Kommunenes arbeid med helsefremming, forebygging og å identifisere psykisk uhelse

10.8.1 Kommunenes arbeid med helsefremming og forebygging

Kommunene skal arbeide med helsefremming og forebygging.[90] Det helsefremmende og forebyggende arbeid kan beskrives ut fra hvor mange og hvem tiltakene retter seg mot. Helsefremming skal nå *alle* barn, unge og de foresatte i en kommune. Forbyggende arbeid handler blant annet å identifisere barn og unge *der det er risiko*, og å iverksette tiltak.[91] Helsestasjonen og skolehelsetjenesten er sammen med andre tjenester innenfor oppvekst- og utdanning, plan, kultur og nærmiljø, samt sosialtjenester viktige kommunale aktører i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Folkehelseloven definerer kommunens ansvar for å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne helseforskjeller. I 2024 gjennomførte statsforvalterne tilsyn med hvordan kommunene arbeidet for å fremme god psykisk helse hos barn og unge.[92] Tilsynet bygger på folkehelseloven og *nasjonal veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge*, som beskriver hva som forventes av systematikk i det lokale helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unges psykiske helse. Veilederen beskriver blant annet hvilke kilder som skal benyttes i oversiktsarbeidet, hvordan kommunen skal bruke oversikten i planarbeidet, og hvordan tiltak skal planlegges og utvikles.

Tilsynet viser at kommunene har stor oppmerksomhet på barn og unges psykiske helse, men at kun 4 av de 30 intervjuede kommunene kunne sies å jobbe fullt ut systematisk for å fremme barn og unges psykiske helse.

Videre viser tilsynet at mange kommuner mangler både en rød tråd i det systematiske arbeidet og ett eller flere elementer i arbeidet med oversikt, planverk, tiltak og evaluering. Ifølge Helsetilsynet er den manglende systematikken noe som skyldes

- mangelfullt eller utdatert oversiktsdokument
- mangelfull oppfølging av aktuelle utfordringer i kommunens planverk
- at iverksatte tiltak ikke bygger på en oversikt over identifiserte utfordringer for barn og unges psykiske helse i deres kommune
- mangelfull internkontroll med folkehelsearbeidet

[90] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.
[91] Helsedirektoratet (2023, 24. oktober).
[92] Helsetilsynet (2025).

Vi har spurt helsesykepleierne som arbeider ved barne-, ungdoms- og videregående skole om det er tydelige forventninger fra statlige myndigheter til hva helsesykepleierne skal gjøre. I overkant av 40 prosent er enige i at det er klare forventninger til hvordan de skal forebygge psykiske plager og lidelser, mens nesten 30 prosent er uenige.[93] Videre er i underkant av 30 prosent enige i at det er klare forventninger til hva helsesykepleier skal gjøre for å følge opp elever med psykiske plager og lidelser, og i overkant av 40 prosent som er uenige i dette.[94]

Mental Helse Ungdom framhever i intervju at det for barn og unge er viktig med tjenester som når alle. Et godt lokalmiljø med tilbud om ulike fritidsaktiviteter legger et grunnlag for god psykisk helse. I dag er det ifølge foreningen slik at hvilket postnummer et barn har, er avgjørende for hvilke tjenester barnet og familien får.

10.8.2 Psykisk helse i skolen

Kirke-, utdannings- og forskningskomiteen uttalte i Innst. 152 S (2015-2016) at fellesskolen er en spesielt god arena for det forebyggende psykiske helsearbeidet fordi den er en møteplass for alle barn og unge. Komiteen mener skolen som folkehelsearena bør styrkes, og at arbeidet med psykisk helse må få en større plass i dette arbeidet.

Helse- og omsorgskomiteen viser i 2019 til at barn og unge er store deler av dagen i barnehagen og på skolen. Komiteen mener at de som jobber med barn, må ha tid og kompetanse til å oppdage når barn og familier ikke har det bra. Skolen og barnehagen er viktige arenaer for å forebygge og fange opp utfordringer rundt barn.[95]

Skolene bestemmer selv hvordan de vil involvere helsesykepleierne i arbeidet med psykisk helse. Spørreundersøkelsen til helsesykepleierne viser at blant dem som arbeider ved barne- og ungdomsskolene blir nesten 70 prosent involvert av skoleledelsen i arbeid som angår elevenes psykiske helse. Videre svarer over 60 prosent at de opplever at skolen ønsker at de bidrar i undervisningen om psykisk helse, og nesten 90 prosent har god tilgang til klassene på de skolene der de jobber.[96]

I det følgende vil vi belyse tre faktorer som har betydning for skolens og lærernes arbeid med psykisk helse:

- folkehelse og livsmestring i læreplanen
- pedagogisk-psykologisk tjenestes arbeid med psykisk helse
- støtten rundt lærerne

[93] Prosenttallet baserer seg på 753 antall helsesykepleiere som arbeider i barne-, ungdoms- eller videregående skole. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1. Det er 27 prosent som svarer «hverken eller».
[94] 30 prosent svarer «verken eller».
[95] Innst. 131 S (2019–2020).
[96] Prosenttallet baserer seg på 657 antall helsesykepleiere som arbeider i barne- og ungdomsskolen. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1 Det er 72 prosent av de som jobber i videregående skole, som mener dette.

Folkehelse og livsmestring

Temaet «folkehelse og livsmestring» ble innført i 2020 for elever i grunnskolen.[97] Det er et tverrfaglig tema som inngår i den overordnede delen av læreplanen.[98] Målet med temaet er at det skal hjelpe elever med å forstå og håndtere faktorer som påvirker deres evne til å mestre eget liv.

Utdanningsdirektoratet opplyser i intervju at erfaringen med «folkehelse og livsmestring» er positiv, og at det er behov for temaet. Direktoratet får dessuten tilbakemeldinger om at det er spennende å arbeide med temaet.

Utdanningsdirektoratet opplyser videre at det er opp til skolene hvordan de velger å innrette sitt helhetlige arbeid med temaet. Det er en utfordring at skolene har ulik forståelse av hvordan de best jobber med de tverrfaglige temaene, og derfor varierer det hvordan og hvor mye det undervises i folkehelse og livsmestring. Det er ifølge direktoratet store forskjeller mellom kommuner i kapasitet og kompetanse i skolen og med hensyn til hvor systematisk skolene jobber.

Skolehelsetjenesten har kunnskap om psykisk helse, men det er opp til den enkelte skole å bestemme om og eventuelt hvordan skolehelsetjenesten skal bidra i arbeidet.[99] Vår spørreundersøkelse til helsesykepleiere viser at over 40 prosent av helsesykepleierne ikke har vært involvert i skolens arbeid med livsmestring.

Utdanningsdirektoratet utvikler kompetansepakker for faglig påfyll og støtte til å utvikle kompetanse og praksis i skolene. Det arbeides nå med en kompetansepakke om folkehelse og livsmestring, og denne pakken skal bidra til refleksjon hos lærere og ledere om det tverrfaglige temaet. Helsedirektoratet samarbeider med Utdanningsdirektoratet om kompetansepakken og psykisk helse skal inngå som tema. Kompetansepakken skal være ferdig til publisering 1. januar 2027.

Det går fram av samtalene vi har hatt med ansatte på skoler, at det er ulikt hvor systematisk skolene jobber med folkehelse og livsmestring.[100] Enkelte skoler benytter helt spesifikke metodikker utviklet for å undervise i temaet, mens det ved andre skoler er opp til den enkelte lærer hvordan de jobber med temaet. På de sistnevnte skolene velger noen av lærerne bort livsmestring fra sine fagtimer.

De lærerne vi har snakket med, er positive til livsmestring som tema, og flere trekker fram at det er spennende å jobbe med dette. En lærer sier det slik:

> *Livsmestring går jo rett inn i skolens samfunnsoppdrag.*

Mental Helse Ungdom har inntrykk av at mange lærere synes det er vanskelig å undervise i folkehelse og livsmestring. Det blir derfor en enorm variasjon i hvilket tilbud elevene får i

[97] Dvs. barne- og ungdomsskolen.
[98] Utdanningsdirektoratet (u.å).
[99] Helsedirektoratet (2017, 8. februar).
[100] Vi har hatt sju intervjuer med ansatte på skoler. Se mer om intervjuene i del 3 punkt 17.3.

temaet. Noen lærere snakker ikke om livsmestring, mens andre inkluderer det godt i undervisningen.

Pedagogisk-psykologisk tjenestes rolle i arbeidet med psykisk helse

Hos noen barn vil det ikke være opplagt om det er lærevansker eller for eksempel psykiske vansker som kan gjøre et barns skolehverdag utfordrende. Dette gjør at også pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten) kan spille en rolle for å identifisere barnets behov for psykiske helsetjenester.

Kommuner og fylkeskommuner skal ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste.[101] Tjenesten skal bistå barnehagen i arbeidet med kompetanse- og organisasjonsutvikling for å tilrettelegge barnehagetilbudet for barn med særlige behov.[102] Videre skal PP-tjenesten samarbeide med og støtte skolene i det forebyggende arbeidet for å gi et inkluderende opplæringstilbud til elever som kan ha behov for tilrettelegging av opplæringen.[103] PP-tjenesten utarbeider sakkyndige vurderinger for barn og elever som kan ha behov for spesialpedagogisk hjelp i barnehagen eller individuelt tilrettelagt opplæring i skolen.[104]

Intervjuer med PP-tjenester og lærere viser at PP-tjenestene spiller en ulik rolle for barn og unge med psykiske plager og lidelser.[105] Variasjonene i hvordan PP-tjenesten jobber, handler delvis om strukturelle forhold, som

- hvilken tilgang de har til kompetanse, som f.eks. psykolog og logoped
- hvor god kapasitet de har, og dermed også hvor lange ventetider det er på sakkyndige vurderinger
- hvor tett kontakt de har med den enkelte skolen og eleven
- hvorvidt de har like mye oppfølging av barnehagene som skolene
- hvordan de fordeler tiden sin mellom de ulike oppgavene de har - sakkyndig vurdering, forebyggende arbeid, og kompetanse- og organisasjonsutvikling

I denne sammenhengen er det imidlertid mest interessant at PP-tjenestene i ulik grad opplever at de har en rolle i arbeidet med psykisk helse. Mens to av de fire tjenestene som er intervjuet, sier at de i liten grad følger opp andre problemstillinger enn dem som gjelder læring, har de to andre en bredere tilnærming. For eksempel er PP-tjenesten i en av disse kommunene involvert i å arrangere foreldrekurs ved at ansvaret for kursene rulleres mellom PP-tjenesten, barnevernstjenesten og helsestasjonen. I den andre kommunen viser lederen til at PP-tjenesten kan stille opp selv om en elevs utfordringer ikke gjelder lærevansker:

[101] Barnehageloven § 33-35, opplæringsloven §11-13.
[102] Barnehageloven § 33.
[103] Opplæringsloven § 11-13.
[104] Barnehageloven § 34.
[105] Vi har hatt fire intervjuer med ledere av PP-tjenesten. Se mer om intervjuene i del 3 punkt 17.3.

> Vi er en tjeneste i en liten kommune. Mandatet til PP-tjenesten strekker seg bredt ut. Vi er tett på, og vi tar i et tak der det trengs. Hvis skolehelsetjenesten ikke klarer å dekke opp, er PPT inne på samtalenivå. Dette skjer oftest på ungdomsskolenivå.

Det forebyggende arbeidet til PP-tjenesten er vektlagt i den nye opplæringsloven som trådte i kraft 1. august 2024. Ifølge Utdanningsdirektoratet står PP-tjenesten i et krysspress mellom mange ulike forventninger. Det er et stort behov for forebygging, samtidig som mange elever har behov for sakkyndige utredninger. PP-tjenesten forsøker ifølge direktoratet å dreie sin virksomhet mot forebygging, og den er nå mer til stede i skolen enn for 10 år siden.

Utdanningsdirektoratet opplyser videre at det er store forskjeller i PP-tjenestens kapasitet. Tjenestene er veldig ulikt organisert og har ulik størrelse, og ifølge direktoratet lykkes de i ulik grad med å finne en god balanse mellom oppgavene.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at også de er kjent med at de PP-tjenestene som poliklinikkene i psykisk helsevern samarbeider med, har ulik praksis. Helse- og omsorgsdepartementet er opptatt av at barns behov er forskjellige, og at det viktigste er at man får til et godt samarbeid lokalt om det enkelte barn.

Støtten rundt lærerne

Ifølge nasjonal faglig retningslinje for *Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge* er det en sterk anbefaling at ledelsen i kommunene tar ansvar for at ansatte som arbeider med barn og unge, har generell kunnskap som gjør det mulig å oppdage utsatte barn og unge tidlig.[106]

Vi har snakket med lærere ved fire skoler i fire kommuner om hvordan de merker at elever har psykiske plager og lidelser.[107] Flere av de ansatte synes det er vanskelig både å oppdage og å beskrive elever med psykiske plager og lidelser, og spesielt gjelder det guttene. Mange gutter er i utgangspunktet stille og ønsker ikke å prate med læreren om det som er vanskelig.

Kjennetegn ved elever som har psykiske plager og lidelser, og som kan observeres i klasserommet, er ifølge lærerne at de trekker seg unna fellesskapet i klassen og isolerer seg fra medelevene at de strever med konsentrasjonsvansker og uro, og at fraværet øker.

Hvis det ikke er uttrykk som kan observeres, er læreren helt avhengig av å ha en god relasjon til eleven for å få innsikt i hvordan hen har det.

Bekymring for barn og unge bør, ifølge den nasjonale faglige retningslinjen *for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge*, blant annet være basert på systematiske observasjoner.[108] Det går fram av retningslinjen at det er ulike barrierer som gjør at ansatte

[106] Helsedirektoratet (2019, 3. desember).
[107] Vi har hatt sju intervjuer med ansatte på skoler. Se mer om intervjuene i del 3 punkt 17.3.
[108] Helsedirektoratet (2019, 3. desember).

ikke handler når de er bekymret. En viktig barriere ansatte rapporterer om, er redsel for å stå alene. Derfor er det viktig at lærerne har et lag rundt seg som de kan støtte seg på.

De lærerne vi har snakket med, trekker fram lærerteamet, sosiallæreren og helsesykepleieren som viktige støttespillere når de mistenker og undersøker om en elev kan ha psykiske plager og lidelser. Enkelte lærere benytter PP-tjenesten, mens andre har fått informasjon om at PP-tjenesten kun skal brukes ved fagvansker.

Samtalene med lærerne viser videre at det varierer om skolene benytter metodikker til hjelp i arbeidet. Flere viser til at de har tilgang til metodikk som hjelper dem med blant annet å kartlegge hvordan elevene deres har det. De kan også ha tilgang til ressurser som undervisningsøkter, opplegg for samtaler og rollespill. Dette opplever de som gode verktøy blant annet for å starte samtaler med elever om hvordan de har det. En lærer sier det slik:

> Som fast rutine ved hver elevsamtale, fyller eleven ut et skjema med spørsmål om trivsel som de besvarer med å krysse ut riktig smilefjes på en skala. Dette gir meg veldig mye informasjon om hvordan barna og ungdommene har det. Når avkryssingen er der; da blir det så mye lettere å snakke om dette.

10.9 Samarbeid og koordinering i kommunene

Kommunen skal gi det enkelte barn og ungdom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud.[109] Det betyr at kommunen må legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester i kommunen.[110]

Gjennom spørreundersøkelsen til kommunene har vi forsøkt å måle samarbeidet på tvers innad i de kommunale tjenestene. En fjerdedel av kommunene sier at fastlegene ikke er godt integrert i samarbeidet om det enkelte barnet eller den enkelte ungdommen som har psykiske plager og lidelser. Tilsvarende er det bare 3 og 6 prosent som sier det samme om henholdsvis skolehelsetjenesten og barnehagen/skolen.

Det finnes en rekke modeller for helhetlige samarbeidsstrukturer, for eksempel tverrfaglige team, Familiens hus eller Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI-modellen). Vår spørreundersøkelse til kommunene viser at 20 prosent av dem mangler en helhetlig samarbeidsstruktur.[111] Videre har vi spurt de kommunene som har en slik, om strukturen gjør at de kan ta raske avgjørelser i det daglige arbeidet, og et stort flertall (67 prosent) er enige i dette.[112]

Selv om det ikke er etablert overordnede strukturer for samarbeid, kan kommunene samarbeide godt om barn. I små kommuner kan de finne løsninger, selv om det ikke er etablert en systematisk samarbeidsstruktur. En ansatt i PP-tjenesten sier det slik:

---

[109] Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.
[110] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4.
[111] Prosenten baserer seg på 269 antall kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[112] Det er fem prosent av kommunene som er uenige i dette. 27 prosent svarer verken eller.

> Så langt har vi hatt et «lappeteppe-system» som har gjort at det har gått bra. Alle stepper opp og tar ansvar fordi kommunen er så liten. Vi ser at hvis ikke vi gjør noe, blir ikke noe gjort. Når systemet ikke er på plass, har de folkene som er der, tatt ansvar. De iverksetter noe, og får det til – men nå ønsker de å få innført litt mer forløps-tankegang. Det vil bli bedre for alle.

For familier som har barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som har behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, skal kommunen oppnevne en barnekoordinator dersom foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette.[113] Det er hvilket hjelpebehov barnet eller ungdommen har, og ikke om vedkommende har eller kommer til å få en diagnose som er avgjørende. Stortinget har presisert at retten til barnekoordinator ikke bare gjelder somatikk, men også psykiske lidelser eller tilstander.[114]

Rett i overkant av 40 prosent av kommunene opplyser at de har erfaring med å bruke barnekoordinatorordningen for barn og unge som primært har psykiske plager og lidelser. Det er også drøyt 40 prosent av kommunene som ikke har erfaring med å bruke barnekoordinatorordningen for disse barna og ungdommene.[115] Dette utgjør 115 kommuner, og vi har spurt disse kommunene om hvorfor barnekoordinatorordningen ikke er tatt i bruk for denne gruppen. De følgende er vanlige årsaker som kommunene trekker fram:

- 23 kommuner opplyser at de ikke har etablert barnekoordinatorordningen for noen barn og unge i kommunen.
- I overkant av 30 kommuner opplyser at de ikke har hatt barn og unge med psykiske plager og lidelser med behov for barnekoordinator.
- 30 kommuner opplyser at det er mangelfull ledelse og organisering.

Flere kommuner trekker fram at det mangler ressurser, og at barnekoordinatorrollen derfor har blitt avgrenset til barn med store og sammensatte funksjonsnedsettelser.[116]

10.10 Statens forventninger til kommunene

Statens styring av kommunene er begrenset til lov- og budsjettvedtak som setter rammer for kommunenes virksomhet.[117]

Statsforvalteren er statens organisatoriske virkemiddel i styringen. Statsforvalteren har ansvar for å følge opp nasjonale vedtak og retningslinjer samt å samordne statlig virksomhet regionalt. Når det gjelder kommunene, er skriftlige veiledere fra staten det mest bruke pedagogiske virkemiddelet.[118] Nasjonale faglige råd og veiledere og andre

[113] Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.
[114] Innst. 581 L (2020–2021), Innst. 108 S (2023-2024).
[115] 17 prosent svarte vet ikke.
[116] En evaluering av bl.a. barnekoordinatorordningen er omtalt i kapittel 15.1.
[117] Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2020).
[118] Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2020).

normerende produkter kan også omfatte spesialisthelsetjenesten, og disse er omtalt i kapittel 15.

10.10.1 Lovvedtak og anbefalinger

Det er fattet lovvedtak om at alle kommuner skal

- tilby sine innbyggere fastlege
- tilby sine innbyggere helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- ha knyttet til seg psykologkompetanse

Kommunen skal videre

- fremme befolkningens helse og livskvalitet
- fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse

Utover dette er det forventet at alle kommuner tilbyr sine innbyggere nødvendige tjenester innen helsefremming, forebygging og behandling. Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger i intervju at det er kommunene selv som er ansvarlige for å etablere og tilby et forsvarlig tjenestetilbud. Departementet opplyser at det kommunale tjenestetilbudet skal være til innbyggere i alle aldre og med alle diagnoser, og det er derfor ikke alltid hensiktsmessig å se tjenestene til psykiske plager og lidelser for seg selv. Departementet viser til at kommunens ansvar for å tilby psykiske helsetjenester er konkretisert i veilederen *Psykisk helsearbeid barn og unge*.

54 prosent av kommunene i vår spørreundersøkelse svarer at de mener at staten har klare forventninger til hva de kommunale tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser skal inneholde.[119]

Helsedirektoratet opplyser i intervju at mange kommuner har tatt innover seg forventningene som ligger i veilederen[120], men at det også gjenstår implementeringsarbeid. Det er ifølge direktoratet særlig to forhold som påvirker kommunenes tjenestetilbud til barn og unge med psykiske plager og lidelser:

1. Den første utfordringen er økonomi. Mange kommuner har trang økonomi, og de kutter i psykiske helsetjenester når pengene må prioriteres.
2. Den andre utfordringen er juridiske forhold. Det er litt ulike oppfatninger av hvor langt kommunenes lovfestede ansvar for psykiske helsetjenester går. Helsedirektoratets jurister er helt tydelige på at kommunene innenfor dagens regelverk har et klart ansvar for å ha en psykisk helsetjeneste, og at dette går klart fram av forarbeidene til loven. Noen kommuner har imidlertid en fortolkning av helse- og omsorgstjenesteloven der de ikke oppfatter at de har en forpliktelse til å levere psykiske helsetjenester utover de lovpålagte tjenestene.

[119] Det er 26,3 prosent som mener hverken eller, 15,6 prosent som er uenige, og 4,1 prosent som svarer at de ikke vet.
[120] Helsedirektoratet (2023, 24. oktober).

Helse- og omsorgsdepartementet bekrefter i intervju at statens forventninger utfordres av økonomiske hensyn. Departementet viser til at staten i veilederen *Psykisk helsearbeid barn og unge* har konkretisert at kommunene har et lovfestet ansvar for å tilby psykiske helsetjenester. Samtidig er departementet klar over at det ikke alltid oppfattes slik i en kommunes diskusjoner om økonomiske prioriteringer.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra departementet å vurdere lovfesting av lavterskeltjenester.[121] I sin utredning anbefaler direktoratet at gjeldende rett tydeliggjøres, men ikke å lovfeste et lavterskeltilbud. Det vil kunne begrense det kommunale selvstyret mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål, jamfør kommuneloven § 2-2. Departementet opplyser i intervju at det ikke er aktuelt med en slik lovfesting nå. Det er de økonomiske og pedagogiske virkemidlene som blir prioritert framover.

De fire kommunedirektørene vi har intervjuet, har ulike utgangspunkt når de snakker om temaet psykisk helsetjenester til barn og unge.[122] En kommunedirektør mener at det er tydelige forventninger til hva som skal leveres av psykiske helsetjenester til barn og unge, fordi det er forventet at kommunen skal løse det aller meste. To kommunedirektører mener det er utfordrende at det ikke er klare forventninger på feltet, mens den siste kommunedirektøren uttaler at det er forståelig at det ikke er mer tydelige forventninger. Han peker på at feltet er så komplekst at det ikke er egnet for detaljerte føringer som passer for alle de ulike kommunene.

To kommunedirektører trekker fram at de forholder seg til de lovpålagte oppgavene, og at det er disse som blir prioritert. De to andre kommunedirektørene mener at skillet mellom lovpålagte og anbefalte tjenester ikke lenger finnes.

En kommunedirektør framhever at kommunen jobber systematisk med tjenestene til barn og unge. Kommunen har gjennomført ståstedsanalyser som viser at det lønner seg for kommunen å prioritere tidlig innsats og forebygging. Kommunen har derfor satset på dette, til tross for stram kommuneøkonomi. Kommunedirektøren sier dette:

> Det er ungene som taper om vi ikke har ting på plass! Det hjelper ikke dagens barn og ungdom at vi får tjenestene på plass om fem år; vi taper årskull med unge for hvert år som går.

Kommunedirektørene har i ulik grad forklaringer på hvorfor de har nettopp det psykiske helsetilbudet de har til barn og unge. En kommunedirektør sier det slik:

> Utformingen av tjenestene er hos oss basert på historikk. Forventningene styres også historisk. Dårlig nivå på tjenestene er greit om det er det folk er vant med. I tillegg handler det litt om hvem som har hatt rollen som kommunedirektør og ordfører tidligere, og hva de var opptatt av.

[121] Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 30. januar). TB2024-17.
[122] Det står mer om intervjuene i del 3 punkt 17.3.

KS peker i brev på flere hindringer for at alle kommuner skal kunne levere lovpålagte tjenester som er relevante for barn og unge med psykiske plager og lidelser. KS viser til generalistkommuneutvalgets utredning NOU 2023: 9, som omtaler at omfanget av lovkrav overfor kommunene er stort og uoversiktlig, og at ingen kommuner er i stand til å oppfylle alle lovkrav. KS mener dette blant annet skyldes et misforhold mellom lovkravene som stilles, og de ressursene staten stiller til rådighet for å sette kommunene i stand til å innfri lovkravene.

10.10.2 Økonomiske virkemidler som skal støtte opp om arbeidet med barns psykiske helse

Utover rammetilskuddet til kommunene, har Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet flere tilskudd som i ulik grad er relevante for barn og unges psykiske helse. Fram til høsten 2025 har det vært minst 14 tilskudd i denne kategorien.[123] Disse er først og fremst rettet mot kommuner, men også helseforetak, fylkeskommuner, helsefellesskap, frivillige og ideelle organisasjoner og eiere av antimobbe- og læringsmiljøprogrammer.

Det er gjennom flere år påpekt av blant annet Sluttrapporten fra 0–24-samarbeidet og Utdanningsdirektoratet at tilskudd som er rettet mot utsatte barn og unge, er fragmenterte.[124] Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet har også orientert Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet om en mulig overlapp i tilskuddsordningene på feltet. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen Psykisk helse i skolen, mens Utdanningsdirektoratet forvalter prosjektmidler til antimobbeprogrammer og læringsmiljøprogrammer. Det kan være de samme aktørene som søker på begge, og det er en utfordring at ordningene har overlappende formål. Slik systemet er i dag, er det ifølge Utdanningsdirektoratet mulig at tilskuddsmottakere får dobbeltfinansiering.

De største tilskuddene over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett har vært *Styring og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (ca. 463 millioner kroner i 2025) og *Tilbud til barn og unge med psykiske plager og problematisk rusmiddelbruk og behov for sammensatte tjenester* (ca. 240 millioner kroner i 2025).

Det sistnevnte tilskuddet har hatt et todelt formål og prioritering:

1. delfinansiering av etablering og drift av FACT ung-team
2. utvikling, tilpasning og etablering av psykisk helsetjenester for barn og unge basert på veileder psykisk helsearbeid barn og unge

[123] Oppfølging av barn og unge med psykiske helseutfordringer og rusmiddelrelaterte problemer, Psykisk helse i skolen, Hjelpetelefon- og chattilbud innen psykisk helse-, rus og voldsfeltet, Samtale- og mestringstilbud innen psykisk helse-, rus og voldsfeltet, Styring og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Styrket arbeid med forebygging, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser, Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver, Kommunalt rusarbeid, Systematisk identifikasjon og oppfølging av utsatte barn, Foreldrestøttende tiltak, Inkludering av barn og unge, Antimobbeprogrammer og læringsmiljøprogrammer, ABC for god psykisk helse og Rekrutterings- og samhandlingstilskudd.

[124] Hansen, I.L.S, Jensen, R.S, Hansen, H.C. (2020). Utdanningsdirektoratet (2023).

Helse- og omsorgsdepartementet har i intervju gjort rede for sine generelle erfaringer med tilskudd rettet mot kommunene på dette feltet. Departementet peker på at det gjerne er de kommunene som har gode tjenester fra før, som er mest aktive med å søke tilskudd.

Helsedirektoratet viser i intervju til at noen kommuner har en administrasjon som har kompetanse og kapasitet til å søke på tilskudd, mens andre kommuner ikke har disse ressursene. Dette fører til at noen kommuner søker på mange tilskudd, mens andre kommuner med samme behov nesten ikke søker på noen tilskudd. Tilskuddene når ikke alltid de kommunene eller aktørene som trenger det mest. En illustrasjon på dette er tilskuddet *Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, som det var få kommuner fra Finnmark som søkte om, selv om behovet der var stort. I dette tilfellet tok statsforvalteren kontakt med alle kommunene som ikke hadde søkt på tilskuddet, og motiverte dem til å sende inn søknader.

Begge de to sentrale tilskuddene over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett er foreslått endret i budsjettproposisjonen for 2026:

- Tilskuddsordningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten er foreslått avviklet. Midlene skal inngå i en ny tverrsektoriell tilskuddsordning til kommuner for forebyggende tiltak for barn og unge, over Barne- og familiedepartementets budsjett. Den nye ordningen er ment å være en gradvis omlegging av eksisterende tilskuddsordninger fra flere sektorer rettet mot barn og unge, til en felles tverrsektoriell tilskuddsordning med flerårig finansiering.
- Tilskuddet *Tilbud til barn og unge med psykiske plager og problematisk rusmiddelbruk og behov for sammensatte tjenester* er, sammen med tilsvarende tilskuddsordning for voksne, foreslått avviklet. I stedet skal det etableres to nye tilskuddsordninger:
    - en for etablering av ACT-, FACT- og FACT ung-team
    - en for utvikling, tilpasning og etablering av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innenfor psykisk helse og rus

10.10.3 Statsforvalternes arbeid

Statsforvalteren skal bidra til å iverksette nasjonal politikk innen psykisk helse. Dette gjøres gjennom veiledning, dialog og tilsyn med kommunene.[125] Det ble i 2024 gjennomført et landsomfattende tilsyn om hvordan kommunene arbeidet for å fremme god psykisk helse hos barn og unge i 2024 (tidligere omtalt i punkt 10.8.1).

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at statsforvalterne nå brukes aktivt for å nå flere kommuner. Statsforvalterne er ifølge departementet tett på kommunene og kan bruke informasjon om tilskudd aktivt i sin veiledning. Departementet har hatt gode erfaringer med hvordan statsforvalterne har arbeidet med å følge opp tilskudd. Samtidig har statsforvalterne generelt utfordringer med å sikre nok kapasitet og ressurser til alle

[125] Folkehelseloven § 23.

oppgaver som skal gjøres. Helsedirektoratet har også erfart at statsforvalterne har ulik kapasitet til å veilede kommunene, og at de i ulik grad lykkes med å få kommuner til å søke om tilskudd.

Regjeringen besluttet i februar 2025 å kartlegge balansen mellom ressurser og oppgaver hos statsforvalteren. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe ledet av Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet, med deltakelse fra de åtte departementene som gir statsforvalterne flest oppgaver.[126]

Det er ifølge rapporten en felles oppfatning blant statsforvalterne av at Helse- og omsorgsdepartementets tildeling ikke er i henhold til mengden og kompleksiteten i oppdrag/oppgaver. Videre er det en felles oppfatning av at statsforvalterne ikke er i stand til å innfri oppdragsgivernes, helsevirksomhetenes eller befolkningens forventninger til oppdragsløsningen. Hvordan den konkrete ressurssituasjonen avtegner seg mellom embetene, varierer imidlertid noe.

Rapporten oppsummerer at statsforvalterne «opplever at det over tid er blitt mindre anledning til å jobbe langsiktig og systematisk og med stor nok tyngde og på de viktigste områdene: Kvalitet og pasientsikkerhet gjennom gode, planlagte tilsyn, og som pådriver for større nasjonale reformer. Mindre enkeltoppdrag og 'sekretariatsoppgaver' for nemder og kommisjoner, samt enkeltsaker, har etter hvert tatt mesteparten av ressursene, en utvikling statsforvalterne beklager sterkt.»

I 2024 fikk statsforvalterne i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gi en vurdering av om kommunenes arbeid på psykisk helse- og rusfeltet utvikles i tråd med *Opptrappingsplanen for psykisk helse*.[127] Rapporteringen fra statsforvalterne tyder på at kommunene i ulik grad lever opp til forventningene i opptrappingsplanen. Ifølge statsforvalterne er tjenestetilbudet i varierende grad i tråd med veilederen for psykisk helsearbeid barn og unge. En av statsforvalterne beskriver det slik:

> Vår erfaring er at veilederen har blitt tatt imot noe ulikt. Noen kommuner har allerede en psykisk helsetjeneste til barn og unge, mens andre har begynt på ulike måter å utrede/etablere en slik tjeneste. Vi har fått noen tilbakemeldinger om at noen kommuner opplever dette som krav om en helt ny tjeneste som det er utfordrende å lykkes med å etablere, gitt ressursutfordringene i kommune.

Rapporteringen fra statsforvalterne tyder videre på at lavterskeltjenester ikke når opp i kommunenes prioriteringer. Over halvparten av statsforvalterne trekker fram at lavterskeltilbud ikke etableres, eller at det reduseres på grunn av trang kommuneøkonomi. Kommunene oppgir at de prioriterer lovpålagte oppgaver, og at slike lavterskeltjenester ikke oppfattes å være det.[128]

---

[126] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet (2025).
[127] Kommunal- og distriktsdepartementet (2024) *Oppdrag 7.3.3.1.*
[128] Statsforvalterne (2024).

11 Spesialisthelsetjenestens tilbud til barn og unge med psykiske lidelser

Nesten alle planlagte utredninger og behandlinger i spesialisthelsetjenesten, starter med en henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i all hovedsak fra fastlegene.[129]

Fastlegen skal ved behov henvise sine pasienter til spesialisthelsetjenesten eller kommunale helse- og omsorgstjenester.[130] Henvisning til poliklinikk i psykisk helsevern skjer ved mistanke om moderate til alvorlige psykiske lidelser hos bare og unge som fører til nedsatt funksjon. Det går fram av *Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge* at aktuelle henvisningsgrunner kan være

- mistanke om moderate til alvorlige psykiske lidelser som medfører vansker med å fungere i familien, barnehagen, skolen, fritidsaktiviteter eller arbeid
- selvmordstanker og moderat til alvorlig selvskading
- konsentrasjonsvansker, uoppmerksomhet og/eller hyperaktivitet[131]

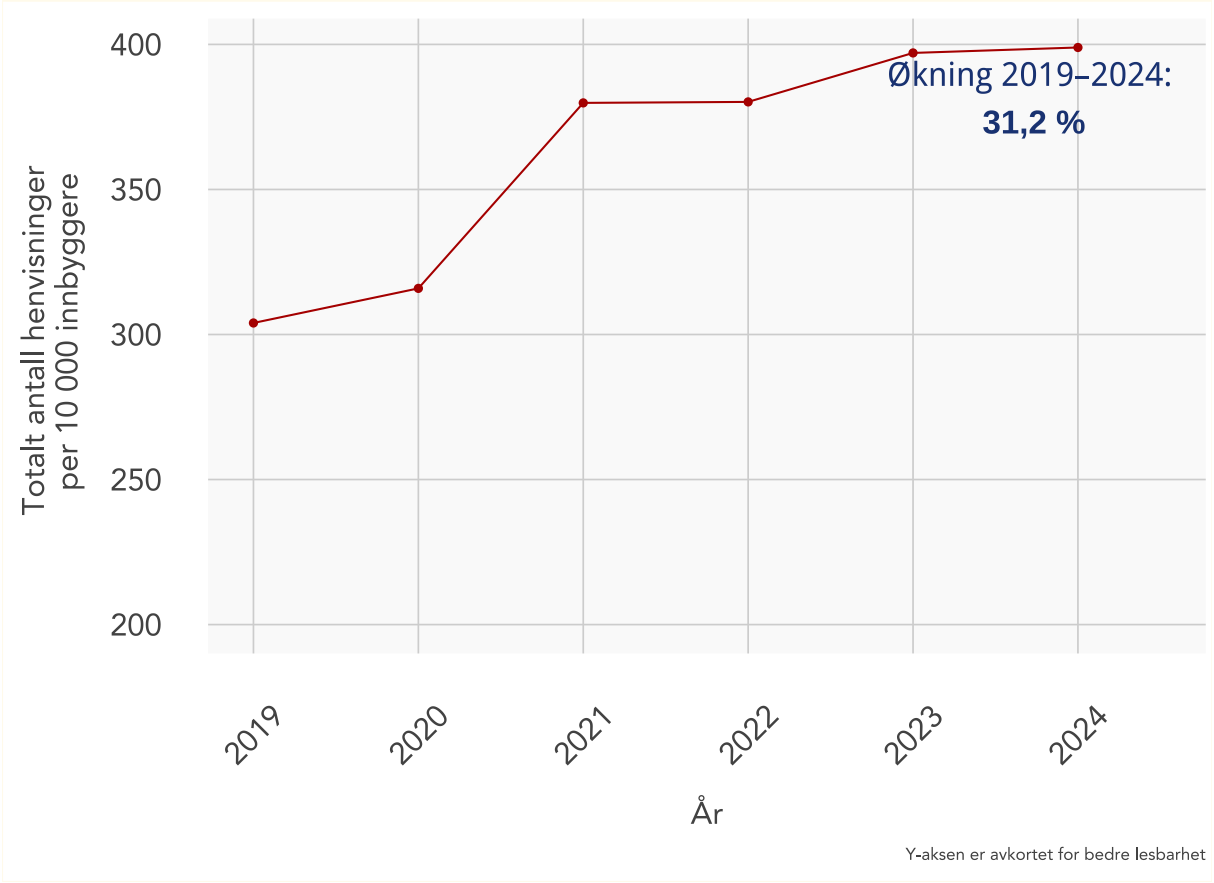
Psykisk helsevern for barn og unge består i hovedsak av poliklinisk behandling, ambulant behandling og døgnbehandling[132]

11.1 Arbeidet med å vurdere hvem som skal få spesialisthelsetjenester

I 2024 ble det sendt 44 400 henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge, hvorav omtrent 80 prosent ble tildelt rett til helsehjelp.[133]

[129] I tillegg kan både psykologer, spesialisthelsetjenesten og barnevernstjenesten henvise barn og unge til psykisk helsevern for barn og unge. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at dersom henviser ikke er fastlege, bør det konfereres med fastlege før henvisning sendes. Mulige somatiske årsaker til tilstanden bør være vurdert.
[130] Forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 24.
[131] Helsedirektoratet (2018, 7. september).
[132] I tillegg til poliklinisk behandling kan pasienter få behandling hos legespesialister og spesialister innenfor psykologi som har en driftsavtale med det regionale helseforetaket. Bruken av avtalespesialister vises i kapittel 13.1.
[133] Merk at tallene viser antall henvisninger og ikke antall unike personer. Selv om enkelte personer kan rehenvises i løpet av året, vil antall henvisninger og antall personer som regel være tilnærmet likt.

Figur 17 Antall henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere (0–17 år) i perioden 2019–2024



Kilde: Folkehelseinstituttet

Figuren viser at antall henvisninger per 10 000 innbyggere (0–17 år) til psykisk helsevern for barn og unge økte fra 304 i 2019 til 399 i 2024. Dette er en økning på 31 prosent. Det er noe variasjon mellom regionene i økningen i antall henvisninger. Det var størst økning i Helse Nord, der antallet henvisninger økte med 45 prosent i perioden 2019 til 2024. I Helse Sør-Øst økte antall henvisninger med 33 prosent, i Helse Vest med 28 prosent og i Helse Midt-Norge med 21 prosent.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om barnet som blir henvist, oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det er utarbeidet en prioriteringsveileder som skal være beslutningsstøtte for dem som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og den skal bidra til at de pasientene som trenger helsehjelp mest, skal komme raskest til den riktige helsehjelpen.[134]

[134] Helsedirektoratet (2015, 12. oktober).

Psykologspesialist eller legespesialist skal vurdere henvisningen innen 10 virkedager.[135] Tall fra Helsedirektoratet viser at dette målet ble nådd i ca. 97 prosent av tilfellene i 2024.[136]

Samtalene vi har gjennomført i denne undersøkelsen med ledere av poliklinikker, viser at det er forskjeller i hvordan poliklinikkene i psykisk helsevern arbeider når de rettighetsvurderer henvisninger (for mer omtale se punkt 11.1.3). I tillegg til selve innholdet i henvisningen kan arbeidet med rettighetsvurderingene også påvirkes av mer organisatoriske forhold, som bruk av vurderingssamtale og grad av samarbeid med kommunene om inntak.

11.1.1 Vurderingssamtaler

Siden 2022 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt styringssignaler om at poliklinikkene skal gjennomføre vurderingssamtaler. Dette er formidlet både i de årlige oppdragsdokumentene og i et eget mål i opptrappingsplanen. Det gis imidlertid ikke en entydig beskrivelse i oppdragsdokumentene og opptrappingsplanen av hvem som er målgruppen for vurderingssamtaler.

I perioden 2022–2025 har de regionale helseforetakene fått følgende oppdrag om vurderingssamtaler:

- I 2022 la departementet vekt på at vurderingssamtaler skal tilbys «særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning».
- Året etter, i 2023, het det at «[o]rdningen med å tilby vurderingssamtale til **alle** (*vår utheving*) som henvises til psykisk helsevern barn og unge videreføres. Dette innebærer at det som hovedregel ikke gis avslag basert på kun skriftlig henvisning.»
- For 2024 står det at det «som hovedregel» skal tilbys vurderingssamtale.

I opptrappingsplanen er det omtalt at «[b]arn og unge som henvises til psykisk helsevern barn og unge får tilbud om en vurderingssamtale for å avklare videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten **ved behov** (vår utheving).»

Rapporteringen fra de regionale helseforetakene i de aktuelle årene er skrevet slik at det er vanskelig å danne seg et bilde av hvordan de har fulgt opp oppdragene om vurderingssamtaler. Det er ingen av de regionale helseforetakene som har rapportert om vurderingssamtalene for alle de aktuelle årene. Den rapporteringen som finnes, er heller ikke egnet til å si noe konkret om omfanget av vurderingssamtaler.

[135] Helsedirektoratet (2018, 7. september).
[136] Helsedirektoratet (2017, 29. november).

I budsjettproposisjonen for 2026 for Helse- og omsorgsdepartementet er status omtalt slik: «Alle sykehus i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt, samt UNN i Helse Nord har innført vurderingssamtale og/ eller dialog ved henvisning til psykisk helsevern for barn og unge.»

Vi har spurt fire ledere for poliklinikker i psykisk helsevern om hvordan de praktiserer vurderingssamtale. En av poliklinikkene gjennomfører en samtale med alle som er henvist til poliklinikken. Lederen begrunner det med at selv om barnet som henvises, ikke tas inn til videre behandling, kan det ha behov for annen hjelp. Ved å ta inn alle kan foreldrene få råd om videre oppfølging i de tilfellene der henvisningen er avslått. Lederne for de tre andre poliklinikkene mener at det hverken er tid til eller hensiktsmessig at alle tas inn. Det er ikke kapasitet til å ta inn mange til vurderingssamtale, og de prioriterer å gjøre det i saker der det mangler informasjon i henvisningen for å kunne gjennomføre en opplyst rettighetsvurdering. En av lederne anslår at de gjennomfører vurderingssamtale for omtrent 10 prosent av henvisningene.

Dette viser at praksisen med å gi barn og unge en vurderingssamtale er uensartet. Det går fram av informasjon fra Helsedirektoratet at også tidspunktet for en vurderingssamtale kan variere.

I 2023 kom opptrappingsplanen for psykisk helse, der et av resultatmålene er at de som henvises til psykisk helsevern for barn og unge, skal få tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er variasjon i hvordan vurderingssamtalene blir registrert i aktivitetsdata. Helsedirektoratet har derfor sendt en spørreundersøkelse til poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge for å kartlegge hvor mange av dem som har etablert en praksis for vurderingssamtale.[137]

Helsedirektoratet har definert to ulike modeller som de mener kan være særlig aktuelle for hvordan oppdraget om vurderingssamtaler blir løst lokalt:

- Pasientsamtalemodellen legger til grunn at pasienter som er henvist, får en samtale ved poliklinikken.
- Henvisningsdialogmodellen legger til grunn at poliklinikken har en avtale med kommunale instanser av typen dialogbasert felles inntak, eller at man praktiserer ulike typer inntaksmøter eller samtaler med henviser (og eventuelle andre relevante aktører) som kan skje før eller etter en eventuell henvisning.

Helsedirektoratet rapporterer at de fleste poliklinikkene som svarte på spørreundersøkelsen (87 prosent) har etablert en praksis for vurderingssamtale, hovedsakelig i form av en pasientsamtalemodell eller en kombinasjon av både pasientsamtale og henvisningsdialog. 20 prosent av poliklinikkene praktiserte henvisningsdialog. Helsedirektoratet opplyser at mange positive effekter for pasientene

[137] Helsedirektoratet. (2025). *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Utvikling og status for resultatmålene ved starten av opptrappingsplanen.*

og poliklinikkene er beskrevet for begge modellene, til tross for at de er ulike med hensyn til hvilke pasienter de gjelder for, og hvilken erfaring de ulike poliklinikkene har med disse.

Bare 22 prosent av poliklinikkene opplyser at modellen de benytter, gjelder alle pasienter. Det går videre fram av Helsedirektoratets rapport at det er betydelig variasjon i praksis, særlig når det gjelder registreringspraksis og hvorvidt de blir gjennomført før eller etter rettighetsvurdering.

I intervju sier Helsedirektoratet at det er kjent med at det er ulik forståelse av hva som legges i begrepet vurderingssamtale. Praksisen i dag er ulik når det gjelder både hva som inngår i vurderingssamtalen, og når den gjennomføres. De fleste i tjenesten er enige om at det kan være hensiktsmessig å ta barn og unge inn til vurderingssamtale, men det er ulike meninger om hvor mye ressurser man skal bruke på dette.

Helsedirektoratet mener at tjenesten stort sett er enige om at vurderingssamtale ikke skal gis til alle, men at den skal brukes i tilfeller der poliklinikken er i tvil om pasienten skal få et tilbud av spesialisthelsetjenesten eller kommunen. Formålet med vurderingssamtalen er å sikre at de riktige pasientene blir tatt inn til behandling i poliklinikkene. Vurderingssamtalen skal også føre til at pasientene føler seg sett og skape trygghet, blant annet ved at det i samtalen er tydelig at pasienten vil få hjelp, uansett om det er i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2025 gitt Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale helseforetakene, et oppdrag: Direktoratet skal vurdere behovet for å avklare hvilke modeller som kan eller bør legges til grunn, og eventuelt nasjonale anbefalinger eller råd, for å legge til rette for å videreutvikle vurderingssamtale eller tidlig avklaring i psykisk helsevern.[138]

Helse- og omsorgsdepartementet mener at en tydeligere ramme for gjennomføringen av vurderingssamtaler også vil kunne gi bedre muligheter for å sammenligne registreringer. I dag er det ikke mulig hente ut tall for omfanget av vurderingssamtaler i Norsk pasientregister, noe som er en utfordring når departementet skal følge opp resultatmålet om vurderingssamtaler i opptrappingsplanen.

Selv om Mental Helse Ungdom ser fordeler med at barn og unge blir tatt inn til en vurderingssamtale, er organisasjonen kritisk til et par sider ved vurderingssamtalene sett fra pasientens ståsted. I disse samtalene møter barn og unge og deres pårørende de ansatte i poliklinikken, og de må tale sin egen sak. Det å hevde seg selv er vanskelig for mange, og de opplever at de må forsvare sitt eget hjelpebehov. Dagens system legger

[138] Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 27. mars). Oppdrag: TB2025-78 Psykisk helsevern – vurderingssamtaler/tidlig avklaring. Det står videre: Direktoratet skal også i samråd med RHF-ene og FHI/NPR vurdere om dagens registrering av ventelister og grunnlaget for beregning av ventetider er tilstrekkelig entydig og tilpasset ny og variert praksis for vurderingssamtaler/tidlig avklaring. Det gjelder eksempelvis registrering av vurderingssamtale, avklaringssamtaler, avklaringsmøter, kontakt med henviser og/eller kommunale tjenester m.m.

ifølge Mental Helse Ungdom til rette for at de pasientene og pårørende som klarer å beskrive sin lidelse, og som har kunnskap om systemet, får behandling.

Mental Helse Ungdom peker også på at det kan oppleves som et stort nederlag hvis den unge får avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten etter å ha fortalt om sine plager. Mange av de unge som tar kontakt med Mental Helse Ungdom, har fått avslag og kan da si at de ikke fortjener behandling. Mange opplever håpløshet, også fordi det er begrenset tilbud på kommunalt nivå.

Departementet opplyser i intervju at det har deltatt på samlinger der kommuner og poliklinikker har fortalt om sine erfaringer med vurderingssamtaler, men det samles ikke inn egen informasjon om hvordan pasienter og pårørende opplever slike samtaler.

11.1.2 Samarbeid med kommunene om inntak

I veilederen *Psykisk helsearbeid barn og unge* står det at kommunen og psykisk helsevern for barn og unge bør etablere lokale samarbeidsmodeller for henvisning av barn og unge. Det går fram av vår spørreundersøkelse at i overkant av en tredjedel av kommunene deltar i et samarbeid om felles inntak med poliklinikken for psykisk helsevern.[139] Denne typen samarbeid er nærmere omtalt i punkt 12.2.

11.1.3 Rettighetsvurdering uten vurderingssamtale og samarbeid om inntak

Dersom det ikke gjennomføres vurderingssamtaler eller samarbeid om inntak, vil poliklinikkene i psykisk helsevern legge den skriftlige henvisningen til grunn for rettighetsvurderingen. Når spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasienten har rett til behandling hos dem, er det viktig at henvisningen har god kvalitet. Riksrevisjonen har tidligere gjennomført en egen revisjon av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten.[140] Undersøkelsen viste at ni av ti sykehusleger opplevde at det var stor variasjon i kvaliteten på henvisningene fra fastlegene.

Også i vår undersøkelse har mangelfulle henvisninger vært et tema. For eksempel opplyser en av lederne som er intervjuet, at ansatte har besøkt fastleger for å veilede dem om hva som er nødvendig informasjon i henvisninger.

Selv om det ikke er gjennomført vurderingssamtaler eller etablert et samarbeid med kommunen om inntak, kan de som rettighetsvurderer, se hen til tilbudet av psykiske helsetjenester i den aktuelle kommunen. En leder sier det slik:

> Det er vanskeligere å avvise henvisninger når kommunen ikke har tjenester. Erfaringen er at hvis henvisninger fra kommuner med et lite utbygget tilbud

[139] Prosenten baserer seg på 269 antall kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1. Det var 53 prosent som svarte at de ikke deltok i et samarbeid, og så var det 11,5 prosent som opplyser at de ikke vet om de deltar i et samarbeid.
[140] Riksrevisjonen (2017).

> avvises, så går det litt tid, og så kommer henvisningen igjen, og denne gangen beskrives symptomtrykket hos barnet/ungdommen som økt.

Dette vil si at poliklinikkene noen steder senker terskelen for «rett til helsehjelp» i spesialisthelsetjenesten når de vet at kommunen ikke har tilbud til de barna som eventuelt blir avslått.

11.2 Resultatet av vurderingen

11.2.1 Barn og unge som ikke innvilges rett til hjelp i spesialisthelsetjenesten

Dersom henvisningen ikke oppfyller vilkårene til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal henvisningen avslås. I 2024 ble 21 prosent av henvisningene til poliklinikk i psykisk helsevern avslått, og andelen har ligget stabilt på rundt 21 prosent siden 2018. Det vil si at det var 9 357 tilfeller der fastlegen vurderte at barnets hjelpebehov gikk utover det som kommunen tilbyr, samtidig som spesialisthelsetjenesten vurderte at barnet ikke hadde rett til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Andelen avslåtte henvisninger varierer stort mellom de ulike poliklinikkene. Data fra 2023 viser at det varierer fra at ingen henvisninger ble avslått, til at 39 prosent av henvisningene ble avslått. Det er sju poliklinikker som avslo under 5 prosent av de henvisningene som de mottok, mens seks poliklinikker avslo over 35 prosent av henvisningene.

Da Riksrevisjonen gjennomførte undersøkelsen om psykiske helsetjenester i 2021, var ett av funnene at det ikke var kunnskap om forskjellene i avslåtte henvisninger viser uønsket variasjon, eller om det er andre forhold som kan forklare variasjonen i avslagsfrekvens. Revisjonen fant en rekke forklaringer på hvorfor andelen avslåtte henvisninger varierte mellom de ulike behandlingsstedene. Noen av forklaringene var

- ulike rutiner for hvordan kommunene og poliklinikkene samarbeider om henvisningene
- ulik praksis i poliklinikkene om de innhenter informasjon når henvisningene er uklare eller mangelfulle, eller om uklare henvisninger avslås direkte
- ulik praksis i poliklinikkene om de avslår pasienter som burde fått et behandlingstilbud av kommunehelsetjenesten, hvis poliklinikkene vet at kommunene ikke har et slikt tilbud

Riksrevisjonen mente da at en grundig analyse av hvorfor henvisninger avslås, vil gi informasjon som kan brukes i den videre utviklingen av tjenestetilbudet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.[141] Helsedirektoratet opplyser i intervju at det fortsatt er lite kunnskap om hvor mye av denne variasjonen som er uønsket. Ifølge

[141] Riksrevisjonen (2021).

direktoratet finnes det ingen god dokumentasjon som gir overordnet informasjon om hvorfor pasientene får avslag.

Bare 36 prosent av kommunene selv mener at barn og unge som får henvisningene sine avslått av spesialisthelsetjenesten, får et godt tilbud i kommunen. 84 prosent av helsesykepleierne svarer at de får ansvaret for elever som får avslag fra poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge.[142]

11.2.2 Barn og unge som tildeles rett til nødvendig helsehjelp av spesialisthelsetjenesten

I 2019 var det 26 500 barn og unge som fikk innvilget rett til nødvendig helsehjelp i psykisk helsevern, og i 2024 økte dette til 35 300 barn.[143] Hvis vi tar hensyn til utviklingen i antall barn i befolkningen[144], har det vært en økning i antallet som har fått tildelt rett til nødvendig helsehjelp med nesten 35 prosent fra 2019 til 2024.[145]

Andelen barn og unge som innvilges denne retten, varierer mellom helseforetakene og de private ideelle sykehusene. Det er flest barn og unge som får rett til nødvendig helsehjelp ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (445 barn og unge per 10 000 barn og unge), mens andelen er lavest ved Helse Stavanger HF, der 248 barn per 10 000 barn og unge får tildelt nødvendig helsehjelp.

Poliklinikkene vi har snakket med i denne undersøkelsen, har i ulik grad opplevd at antallet henvisninger har steget etter pandemien. To av poliklinikkene mener at økningen der har vært henholdsvis 30 og 50 prosent de siste fem årene, mens de to andre ikke har hatt en slik økning.[146] De to sistnevnte trekker fram at barna og ungdommene som henvises, er sykere nå enn før. Andre kilder støtter dette, blant annet framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som er utarbeidet av de regionale helseforetakene. Der skriver de regionale helseforetakene at utviklingen fra 2019 viser at det er en noe lavere andel pasienter med høy funksjonsscore, og at pasientene som er tildelt rett til helsehjelp i 2021, ble vurdert å ha en noe lavere funksjon enn tidligere.

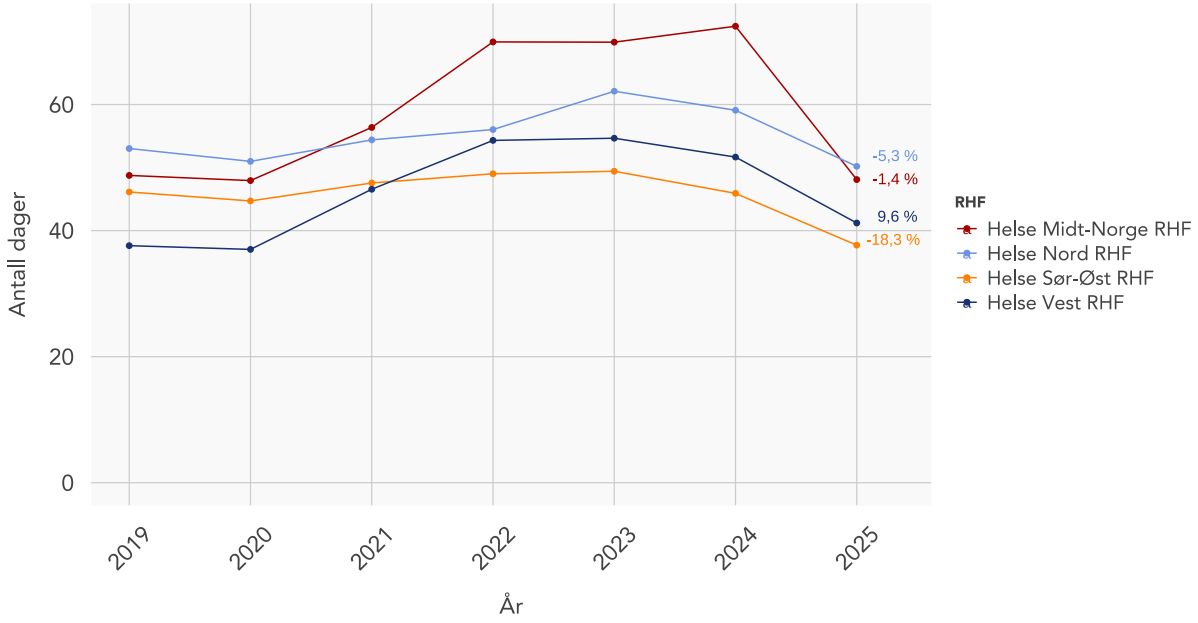
[142] Prosenttallet baserer seg på 753 helsesykepleiere som arbeider i barneskolen, ungdomsskolen eller den videregående skolen. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.
[143] Helseatlas opplyser at rundt 68 000 barn og unge mottar poliklinisk behandling hvert år, omtrent halvparten er nyhenviste mens resten er fra foregående år.
[144] Antall barn og unge mellom 0 og 18 år er blitt redusert med nesten 1 prosent i perioden 2019 til 2024.
[145] Dvs. regnet per 10 000 innbyggere. Tallet er 34,6 prosent. Økningen har vært størst i Helse-Sør Øst RHF med 37 prosent, mens den laveste økningen har vært i Helse Vest RHF med 26 prosent.
[146] Den ene poliklinikken har erfart en stor økning i 2021 men så at det normaliserte seg på et litt høyere nivå enn før covid og den siste poliklinikken har ikke hatt en stor økning i antall henviste.

11.3 Behandling i poliklinikker

11.3.1 Ventetider før behandlingen i poliklinikk starter

Det er et mål at barn og unge raskt skal få rask tilgang til helsehjelp. I 2025 var den gjennomsnittlige ventetiden 41 dager fra henvisningen var mottatt til helsehjelpen var påbegynt.[147] Fra 2019 til 2025 ble ventetidene redusert med 9 prosent (4 dager).

Figur 18 Ventetid fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til helsehjelpen er påbegynt (2019-2025)



Kilde: Folkehelseinstituttet[148]

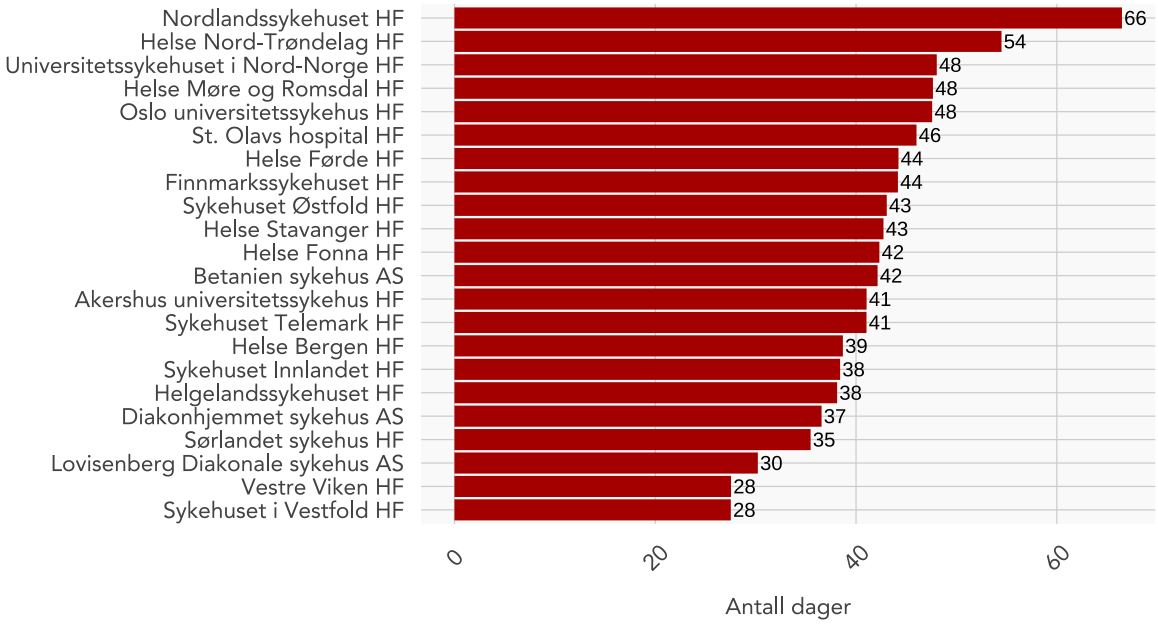
Figuren viser at ventetidene steg i alle de regionale helseforetakene fram mot 2023, og at de fra 2023 til 2025 har vært fallende. Figuren viser videre at det er forskjeller mellom de regionale helseforetakene i gjennomsnittlig ventetid. I perioden 2021–2024 var det Helse Midt-Norge som hadde størst utfordringer med ventetidene. I 2024 var gjennomsnittlig ventetid her på i overkant av 72 dager, men dette er redusert til 48 dager i 2025. Helse Sør-Øst, har kortest ventetid med 38 dager i 2025.

Hvis vi vurderer ventetidene på helseforetaksnivå, er forskjellene større. Barn som henvises til Sykehuset i Vestfold HF, venter i gjennomsnitt 28 dager – omtrent en måned.[149] Barn som henvises til Nordlandssykehuset HF, må vente i gjennomsnitt 66 dager – dette er over to måneder.

---

[147] Vi gjør oppmerksom på at ventetidene for 2025 er basert på et gjennomsnitt av månedstallene for 2025. For mer omtale se del 3 punkt 17.2.
[148] Folkehelseinstituttet (2024, 23. oktober).
[149] I tillegg til å beregne utvikling i ventetid har vi beregnet antall ventende. Dette er pasienter som har fått tildelt rett til helsehjelp, men hvor helsehjelpen ikke er begynt i perioden. Dette sier noe om hvor mange pasienter som venter på å få påbegynt sin helsehjelp. Antall ventende (per 10 000 innbyggere) har økt med 60 prosent siden 2019, men er nedadgående etter 2023.

Figur 19 Ventetidene i helseforetakene og de private ideelle sykehusene i 2025



Kilde: Folkehelseinstituttet[150]

Opptrappingsplanen for psykisk helse har et resultatmål for gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern for barn og unge. Denne ventetiden skal reduseres og på sikt være lavere enn 35 dager.[151]

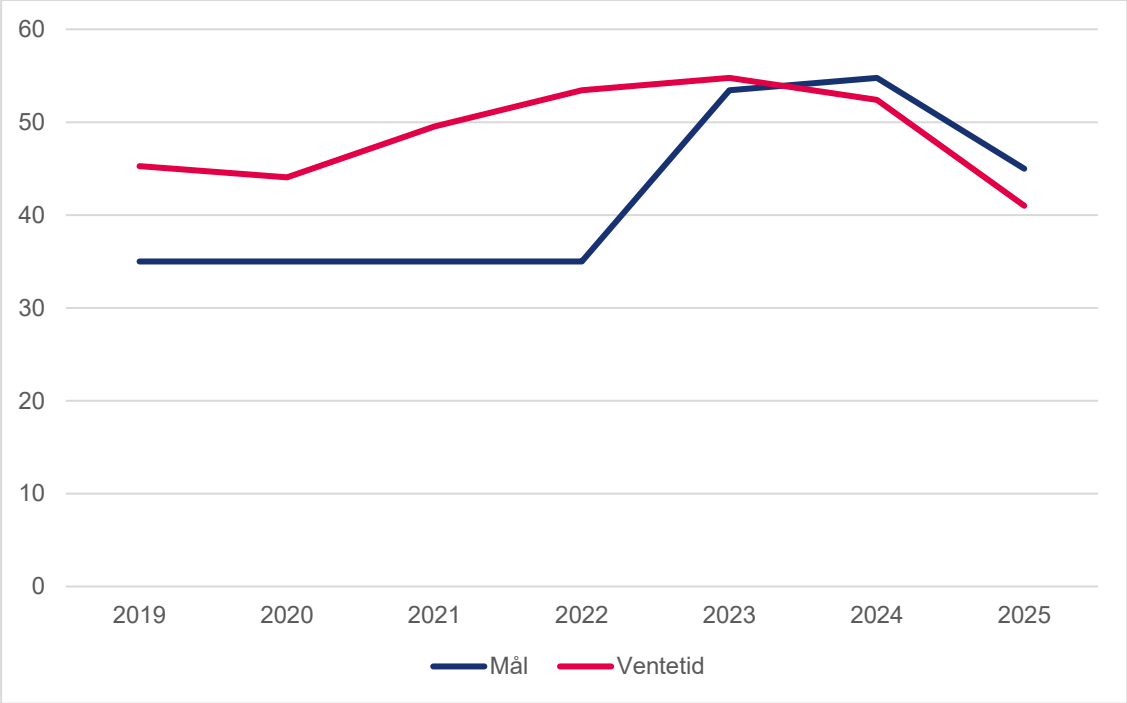
I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene har det de senere årene vært satt mål for gjennomsnittlig ventetid for barn og unge. Slik har målene for gjennomsnittlig ventetid vært satt de siste årene:

- 2019: 40 dager
- 2020–2022: 35 dager
- 2023: Ventetidene skulle ikke øke sammenlignet med 2022 (53,45 dager)
- 2024: Ventetidene skulle reduseres sammenlignet med 2023 (54,77 dager)
- 2025: Ventetidene skulle være lik eller under 45 dager

Selv om målet for gjennomsnittlig ventetid ble satt høyere fra og med 2023, så har departementet presisert i oppdragsdokumentene at målsettingen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 35 dager.

[150] Folkehelseinstituttet (2024, 23. oktober).
[151] Meld. St. 23 (2022-2023).

Figur 20 Mål for ventetid og faktisk ventetid i dager



Kilde: Måltall i oppdragsbrev til RHF-ene og Folkehelseinstituttet[152]

Figuren illustrerer at målet om gjennomsnittlig ventetid ble endret fra 2023. Dette året ble altså måltallet endret til nivået på den målte ventetiden i de forutgående årene. I 2025 ble målet satt til 45 dager. Som det framgår av figuren, ble målet nådd i 2024 og 2025.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at departementet følger opp det langsiktige målet tett ved å gjøre målinger og sammenligne med baseline (referansepunktet som er fra da opptrappingsplanens periode startet). Ifølge departementet viser disse sammenligningene, sett i lys av baseline-målingene som Helsedirektoratet gjennomførte i 2023, at man går i riktig retning. Samtidig er departementet kjent med at det er store geografiske variasjoner i ventetiden, og at dette delvis henger sammen med personellsituasjonen.

Helse- og omsorgsdepartementet understreker også at det er variasjon innad i gruppen som henvises. Det er et bredt felt av barn og unge med ulike behov som henvises, og tjenesten bruker prioriteringsveiledere for å differensiere mellom grupper. Det er altså et stort trykk generelt, men det er viktig å skille mellom lette og tunge tilstander. For dem som har de alvorligste lidelsene, ser man ifølge departementet at man når målet for ventetid.

11.3.2 Omfang av behandling i poliklinikk

Omfanget av behandlingen som blir gitt i poliklinikk, kan måles på ulike måter. Det kan blant annet måles ved å sammenligne

[152] Folkehelseinstituttet (2024, 23. oktober).

- antallet polikliniske kontakter
- antallet timer med poliklinikk og dagbehandling for ulike diagnoser
- antallet kontaktdager

De ulike metodene har både fordeler og ulemper. Her har vi benyttet kontakter, men vi viser i dette punktet også at de regionale helseforetakene har benyttet antall timer, og at Helseatlas har beregnet antallet kontaktdager.

En poliklinisk kontakt kan være en ordinær poliklinisk konsultasjon, et samarbeidsmøte eller en annen oppfølgingsaktivitet i forbindelse med behandlingen.[153] De som arbeider i poliklinikkene, registrerer hvor mange polikliniske kontakter hvert barn får.

Behandlingen i poliklinikk for psykisk helsevern starter med en samtale der blant annet pasientens og/eller foreldrenes behov, mål og ønsker kartlegges.[154] På samme tidspunkt starter nasjonalt pasientforløp med angitte tidsfrister, krav til utredning og utarbeidelse av behandlingsplan.

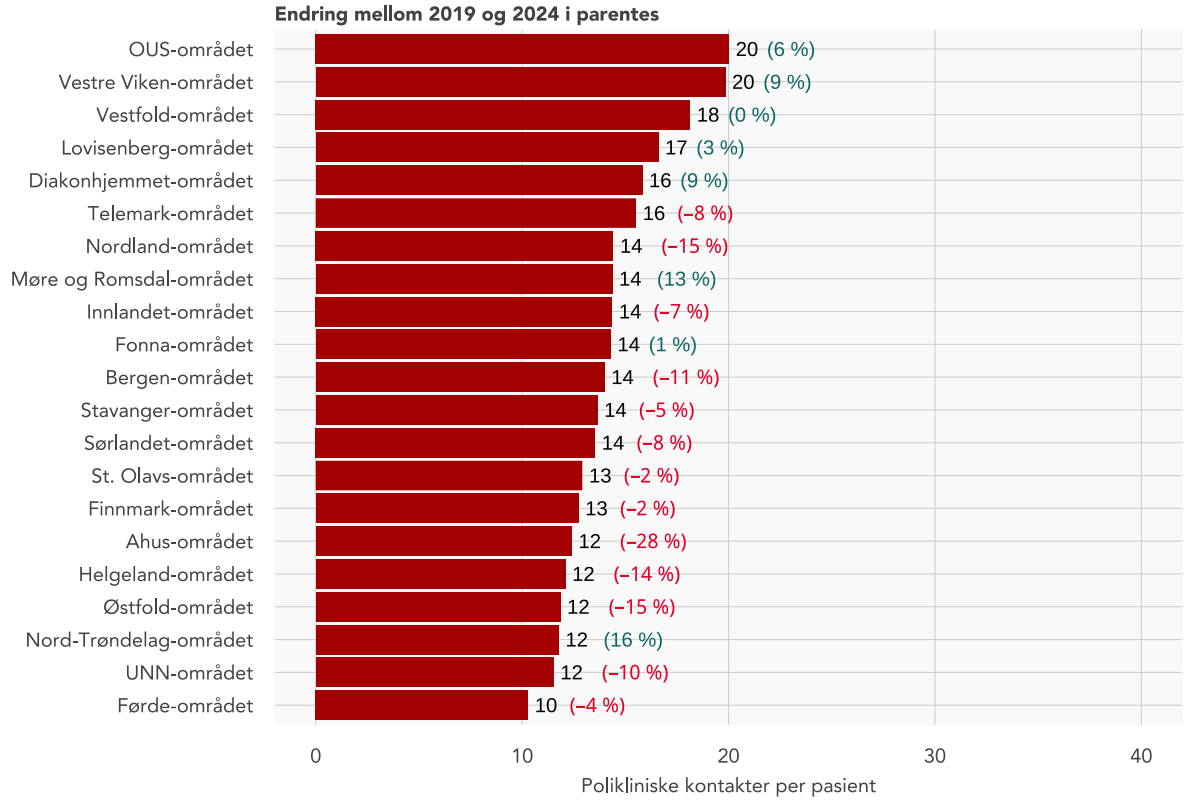
Barn skal få nødvendige tjenester i tilstrekkelig omfang. Vi har analysert antall pasienter og antall kontakter som barn og unge har hatt med spesialisthelsetjenesten, basert på tall fra Helsedirektoratet.

Disse tallene viser at antall pasienter som har fått poliklinisk behandling har økt med 28 prosent i perioden 2019 til 2024.[155] Det vil si at andelen av barnebefolkningen (0–17 år) som er i behandling har økt fra 4,7 prosent til 6 prosent. Antall polikliniske kontakter har økt med 23 prosent i samme periode. Våre analyser viser at på landsbasis har det gjennomsnittlige antallet kontakter per barn dermed blitt redusert med 5,6 prosent fra 15,2 kontakter i 2019 til 14,4 kontakter i 2024. Departementet opplyser i brev at det kan være flere grunner til dette, blant annet økt bruk av vurderingssamtaler, der flere pasienter tas inn til vurdering, men det blir avklart at de ikke har behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Analysen viser videre at antallet kontakter varierer mellom de ulike opptaksområdene til de regionale helseforetakene[156], og at variasjonene blir spesielt store når vi analyserer dette for helseforetakene og de private ideelle sykehusene.

[153] Folkehelseinstituttet (2024, 17. juni).
[154] Helsedirektoratet (2018, 7. september).
[155] Vi har beregnet antall kontakter og antall pasienter per 10 000 innbyggere (0–17 år).
[156] I 2024 ble det registrert: 16 kontakter i Helse Sør-Øst RHF, 13 i Helse Midt-Norge RHF, 14 i Helse Vest RHF og 13 i Helse Nord RHF. I perioden 2019 til 2024 har Helse Midt-Norge hatt størst økning med 6 prosent og Helse Nord hatt størst reduksjon med 11 prosent.

Figur 21 Antall kontakter det enkelte barn får i gjennomsnitt i de ulike opptaksområdene til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i 2024



Kilde: Helsedirektoratet[157]

Figuren viser at det varierer betydelig hvor mange kontakter det enkelte barn får som bor i opptaksområdene til helseforetakene og de private ideelle sykehusene. Barn som bor i opptaksområde til Oslo universitetssykehus har det høyeste gjennomsnittlige antallet konsultasjoner per barn (20). Barn i opptaksområdet til Helse Førde har det laveste antallet konsultasjoner per barn (10). Dette vil si at det er registrert over dobbelt så mye aktivitet for de barna som sogner til Oslo universitetssykehus sammenlignet med barna som sogner til Helse Førde.

Videre viser figuren at 13 av 21 helseforetak og private ideelle sykehus har redusert antall kontakter med pasientene i perioden 2019 til 2024. Akershus universitetssykehus har hatt størst reduksjon med 28 prosent, og Helse Nord-Trøndelag har hatt størst økning med 16 prosent.

Helsedirektoratet opplyser i brev av september 2025 at det sannsynligvis er flere og sammensatte årsaker til denne forskjellen. En av årsakene er ifølge direktoratet at det er begrenset hva samlemålet *kontakter per pasient per år* kan gi av informasjon. Helsedirektoratet opplyser at

[157] Helsedirektoratet (2024a, 18. september). Statistikk fra Helsedirektoratet om polikliniske kontakter og pasienter viser ikke tall for Betanien sykehus, disse konsultasjonene og pasientene inngår i Helse Bergen HF.

- forskjellene kan til en viss grad bero på ulike forekomster av ulike lidelser i befolkningen i opptaksområdene
- forskjellene kan gjenspeile ulikheter i organiseringen av tilbudet, da noen tilbyr utredning i form av halvdags- eller heldagstilbud, mens andre tilbyr utredning som enkelttimer over flere uker
- forskjellene kan også være en indikasjon på at det er stor variasjon i tilbudet mellom bydeler og kommuner. Noen kan ha parallelle tilbud i bydel eller kommune og dermed færre kontakter i spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene har kartlagt variasjon i antall timer med poliklinikk og dagbehandling for ulike diagnoser.[158] Data fra 2021 viser at det er regionale forskjeller i behandling av angst og spiseforstyrrelser. For spiseforstyrrelser er det også en betydelig variasjon innad i helseregionene. For andre diagnoser er det mindre indikasjon på at behandlings- og utredningsomfanget varierer.

Helseatlas for psykiske helsevern for barn og unge har analysert antall dager pasientene var i kontakt med poliklinikkene i psykisk helsevern. De finner at

- det er stor variasjon i antall kontaktdager i poliklinikk for barn mellom 0 og 5 år
- det er liten variasjon i antall kontaktdager i poliklinikk for de øvrige barna[159]

En kontaktdag er definert som en dag med poliklinisk kontakt.[160] Ulempen med å telle kontaktdager er ifølge Helseatlas at det er ulik praksis mellom opptaksområdene i behandlingsintensitet i løpet av dagen. Dette kan bety at selv om det er liten variasjon i antall kontaktdager så kan det allikevel være stor variasjon i omfang av behandling de får i løpet av dagen.

Helsedirektoratet opplyser i brev av september 2025 at bruk av kontaktdager vil gi sentrale strøk en fordel fordi kortere avstander gir mulighet for å fordele tilbudet på ulike dager.

11.3.3 Arbeidsbelastningen i helseforetakene

Vi har sett på sammenhengen mellom utviklingen i antall årsverk og utviklingen i antall innvilgede henvisninger. Dette har vi gjort for å belyse hvordan økningen i henvisninger påvirker arbeidsbelastningen i helseforetakene.

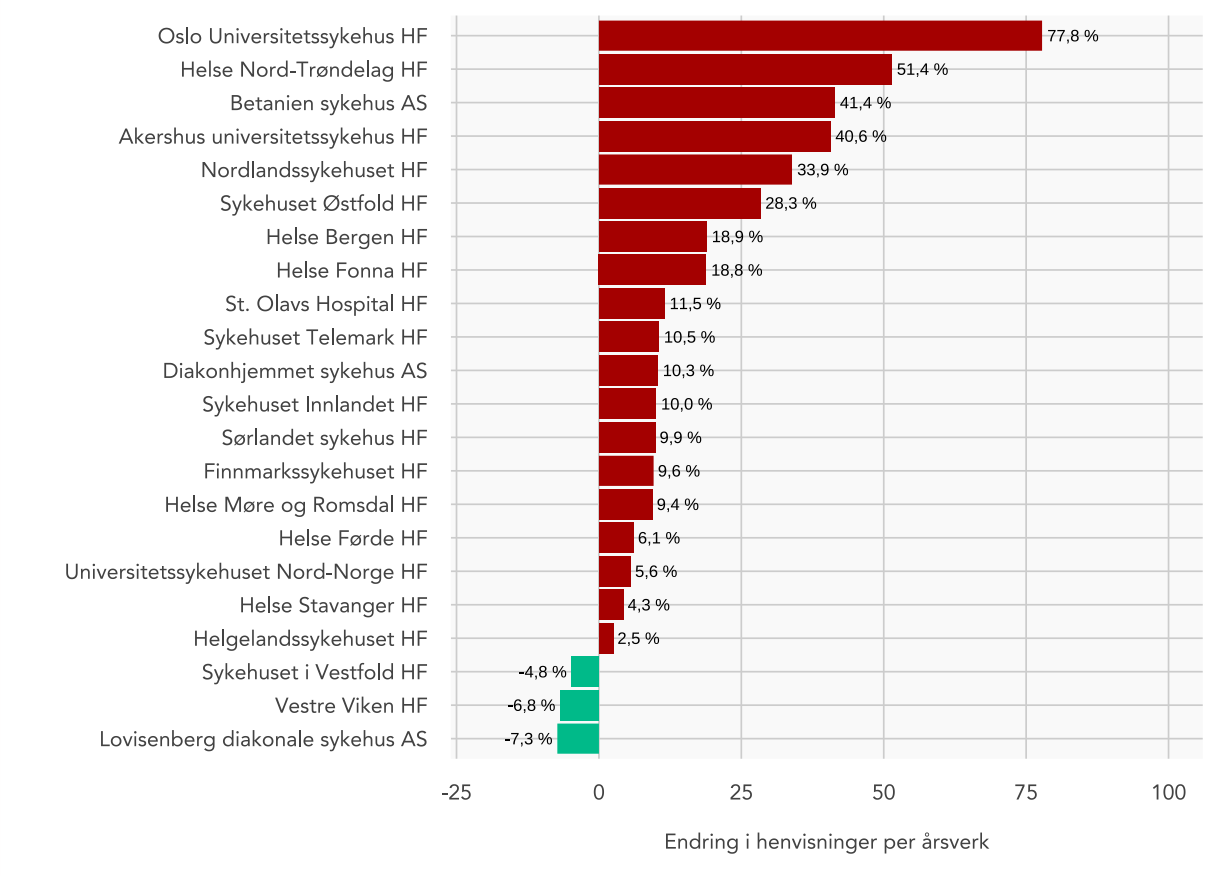
Vår analyse viser at det fra 2019 til 2024 har vært en økning på 19 prosent i antallet årsverk av medisinskfaglige ansatte i psykisk helsevern for barn og unge, målt per innbygger i denne aldersgruppen.[161] Disse årsverkene har økt fra 28,6 per 10 000 innbyggere til 34

[158] Helse Sør-Øst (2022).
[159] Helse Førde HF (2025).
[160] Hvis en pasient har flere polikliniske kontakter på samme dag, blir disse kontaktene telt som en kontaktdag.
[161] Årsverk av medisinskfaglige ansatte er profesjoner som er på listen over autorisert helsepersonell, i tillegg til barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer og logopeder. Totalt sett var det 2 999 slike årsverk i psykisk helsevern for barn og unge i 2019 og 3 787 slike årsverk i 2024.

per 10 000 innbyggere. Alle helseregioner har økt antallet årsverk.[162] Analysen viser imidlertid at det har vært en større økning i antallet barn som har fått innvilget rett til spesialisert behandling. Det gjør at antallet innvilgede henvisninger per årsverk økte med 13 prosent fra 2019 til 2024.[163] De ansatte har dermed fått ansvar for flere pasienter.

Det er forskjeller i utviklingen i antallet henvisninger per årsverk mellom helseforetakene/ de private ideelle sykehusene.

Figur 22 Endring i henvisninger per årsverk (2019–2024)



Kilde: Folkehelseinstituttet[164] og SSB[165]

Figuren viser at det er 3 av 22 helseforetak og private ideelle sykehus som har en positiv utvikling i perioden, det vil si at det har blitt færre henvisninger per årsverk. Videre er det 4 helseforetak som har hatt en økning på mellom 2,5 og 6,1 prosent i antall henvisninger per årsverk. De resterende 15 helseforetakene og private ideelle sykehusene har hatt en økning på mellom 9 prosent og 78 prosent.

Disse 15 helseforetakene og private ideelle sykehusene har fått spørsmål om hvilke tiltak som er satt inn som følge av økningen i antall henvisninger, og hvilke konsekvenser

[162] Det har vært størst økning i antall psykologer, dette har økt med 21 prosent. Helse Sør-Øst rapporterer om redusert antall LIS leger i sin fremskrivningsmodell (side 43 og 65).
[163] Antall pasienter har økt med 8 prosent mellom 2019 og 2023.
[164] Folkehelseinstituttet (2024, 23. oktober).
[165] Statistisk Sentralbyrå. (2025b, 19. juni).

økningen har hatt for pasientene og de ansatte. Svarene viser at det er stor variasjon i om det er iverksatt tiltak, og hvilke tiltak som er iverksatt. Ett helseforetak opplyser at det ikke er iverksatt noen tiltak. De resterende helseforetakene og private ideelle sykehusene viser til alt fra ett tiltak til en rekke tiltak:

- Det tiltaket som er hyppigst nevnt, handler om inntak av pasienter. Nesten alle som har hatt en økning i antall henvisinger per årsverk, har hatt dialog med kommunene om hvilke pasienter som heller burde følges opp i kommunene. Dialogen omfatter både en generell dialog om forventningsavklaring mellom nivåene og samtaler om enkeltpasienters behov.
- Noen har også jobbet med å strukturere pasientforløpene, og de beskriver at de i større grad enn før har standardisert utredning og behandling for noen grupper og jobbet med å få til tidlig avklaring.
- Mange skriver også at de har satt i verk tiltak som gjelder oppgaveglidning. Oppgaver kan være flyttet mellom merkantilt ansatte og behandlere og mellom leger, sykepleiere og helsesekretærer. For eksempel nevner flere at sykepleiere kan avlaste legene med medikamentell oppfølging av pasienter med ADHD.
- Flere opplyser at de har økt bruken av gruppebehandling for å frigjøre ressurser.

Alle lederne for de fire poliklinikkene vi har snakket med, sier helt tydelig at de aldri avslår barn på bakgrunn av manglende kapasitet i poliklinikken. En leder sier det slik:

> Selv om vi opplever dårlig kapasitet, så går rettighetsvurderingene på rettigheter og ikke kapasitet. BUP kan ikke si nei til noen på grunn av manglende kapasitet.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at de får tilbakemeldinger fra de ansatte i spesialisthelsetjenestene om at de løper stadig fortere, at det er flere pasienter enn før, og at pasientene typisk er dårligere enn tidligere. Det siste skulle isolert sett tilsi at hver pasient fikk flere konsultasjoner, men når det samtidig kommer flere pasienter inn, blir det vanskelig å få til. Derfor er det krevende å nå resultatmålet i opptrappingsplanen om at helsepersonell skal få bedre tid til pasienter, brukere og faglig utvikling.

Vi har spurt helseforetakene og de private ideelle sykehusene som har hatt en økning i arbeidsbelastning for sine ansatte, om hva konsekvensene er for de ansatte, og de konsekvensene som beskrives av flest, er

- økt sykefravær
- økt turnover
- vanskeligheter med å rekruttere

Andre konsekvenser som nevnes, er

- at det er mindre tid til å reflektere og planlegge enn før, at timeplanen er fullere, at det er mindre tid til samarbeid, og at det samtidig er krav om mer samarbeid

- at behandlingsperioden er kortere, at det går lengre tid mellom avtalene, at behandlingsforløp må avsluttes, og at barna det gjelder, ofte kommer tilbake etter kort tid

Tre av de fire poliklinikkene vi har snakket med, oppgir at kapasiteten i poliklinikken er presset, mens den siste opplever at kapasiteten er god. Lederne for poliklinikkene viser som nevnt til at vurderingen av barnets rett til behandling ikke blir påvirket av poliklinikkens kapasitet. Når det kommer flere henvisninger, blir det dermed mer å gjøre for den enkelte behandleren. Lederne beskriver at dette gir mer slitasje på behandlere.

Sprengt kapasitet blir blant annet håndtert gjennom å planlegge start av behandling langt fram i tid. En konsekvens av dette er at sykdom hos behandler eller andre uforutsette hendelser kan resultere i fristbrudd.

Alle lederne for poliklinikker for psykisk helsevern som vi har snakket med, har vært opptatt av kapasiteten i poliklinikken. Dette sitatet illustrerer noe flere var inne på:

> Vi får beskjed om at ventetidene skal ned, at sykefraværet skal ned, men årsverkene har ikke gått opp – det blir et rart regnestykke som ikke går opp.

Et annet poeng som ble nevnt var:

> Det er barna og de unge med sammensatte og komplekse tilstander, og som det må jobbes med over tid, som blir taperne. Tempoet i tjenesten har økt veldig, og dette fungerer ikke i møtet med de med komplekse tilstander.

11.3.4 Årsaker til at behandlingen i poliklinikkene blir avsluttet

Det kan være ulike årsaker til at spesialisthelsetjenesten avslutter behandlingen. For det første kan symptomtrykket hos pasienten ha blitt redusert etter at behandlingen ble påbegynt, slik at det ikke lenger er behov for spesialiserte psykiske helsetjenester. Det er også tilfeller der ungdom selv slutter å møte opp til behandling, og poliklinikkene kan avslutte behandlingen hvis barnet/ungdommen ikke har nytte av helsehjelpen som blir gitt.[166]

En leder for en poliklinikk vi har snakket med, opplyser at de har en rutine der hver behandlers pasientliste blir gjennomgått en gang i halvåret. Da vurderer behandleren om det er noen saker som kan avsluttes. Denne lederen opplyser at poliklinikken også avslutter behandlingen av barn med alvorlige tilstander:

[166] Det blir slått fast i prioriteringsveilederen at helsehjelp fra psykisk helsevern for barn og unge ikke alltid vil kunne bedre pasientens psykiske helsetilstand. En slik konklusjon forutsetter inngående kjennskap til barnet/ungdommen og familien/foresatte, slik som nylig gjennomførte utredninger og/eller behandlingsforsøk overfor barnet og/eller deres familie/foresatte. I slike tilfeller må spesialisthelsetjenesten invitere til samarbeid med førstelinjen (Helsedirektoratet (2025, 12. oktober).

> Behandlingen i spesialisthelsetjenesten skal være tidsavgrenset. Dette vil si at pasienter blir overført til kommunehelsetjenesten selv om tilstanden fortsatt er alvorlig. Dette er krevende for kommunen, og de har ikke kompetanse til det.

En leder for en annen poliklinikk i psykisk helsevern opplyser at de må avslutte behandlingsforløp, men at de ofte mottar nye henvisninger på disse barna.

Mental Helse Ungdom og PIO opplyser i intervju at det er en utfordring at pasienter blir skrevet ut for tidlig av poliklinikkene for psykisk helsevern. Mental Helse Ungdom viser til at enkelte pasienter ikke er friske, men at poliklinikkene likevel avslutter behandlingen fordi de ikke ser en forbedring. Dette er ifølge foreningen en svært fortvilet situasjon for både barn og pårørende.

Pårørendesenteret i Oslo (PIO) erfarer at det i mange tilfeller er slik at barn og unge skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten det er avtalt noen videre oppfølging i kommunen. Dette resulterer i at familiene blir sittende igjen med alt ansvaret for barnet, uten noe støtte eller hjelp. PIO har for eksempel hatt kontakt med foreldrene til et barn på 8 år som fikk diagnosen ADHD. Etter utredningen ble barnet medisinert, men hverken barnet eller familien fikk noen videre oppfølging utover det. Foreldrene ble da stående igjen alene og måtte på egen hånd håndtere en hverdag der barnet fortsatt hadde store utfordringer med blant annet utagering. De fikk ikke noe hjelp til å lære hvordan de skulle støtte, veilede og håndtere de krevende situasjonene som oppstår.

11.3.5 Organisering av poliklinisk behandling

Helseforetakene og de private ideelle sykehusene organiserer det polikliniske tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser på ulike måter. For det første er det store forskjeller i hvor mange stillinger det er ved de ulike poliklinikkene, og av de fire poliklinikkene vi har snakket med, varierer det fra 5 til 46 stillinger.[167] For det andre har poliklinikkene ulike modeller. Noen har en generalistmodell der de ansatte behandler alle typer lidelser, mens andre har opprettet enheter som har spesialisert kompetanse på utvalgte diagnoser/grupper.

I brev har 3 av 22 helseforetak og private ideelle sykehus svart at de har valgt en generalistmodell, der det forventes at hver poliklinikk skal ta ansvar for alle barn og unge med psykiske lidelser. Poliklinikkene må da ha kompetanse på alle lidelser og alvorlighetsgrader.

De resterende 19 helseforetakene og private ideelle sykehusene har valgt å opprette spesialistenheter eller tildele enkelte poliklinikker et særskilt tyngdepunktansvar for eksempel for alvorlige spiseforstyrrelser. Svarene viser at det varierer hvilken organisering som er valgt, og i hvilket omfang. Hver spesialistenhet har ansvaret for mellom en og åtte lidelser eller tilstander. Eksempler på lidelser som det typisk er opprettet spesialiserte enheter for, er

[167] Fra intervju med fire ledere i poliklinikk i psykisk helsevern. Det gis mer informasjon i del 3, kapittel 17.3.

- alvorlige spiseforstyrrelser
- tvangslidelser (obsessive–compulsive disorder, OCD)
- nevroutviklingsforstyrrelser
- skadelig seksuell atferd

Noen helseforetak og private ideelle sykehus opplyser i brev at de også har etablert kompetansenettverk om spesielle diagnoser for behandlere i ulike poliklinikker.

I Barneombudets rapport «Jeg skulle hatt BUP i en koffert» går det fram at barn som får behandling i poliklinikkene i psykisk helsevern, ikke alltid har tilgang til riktig hjelp. Dette er ifølge Barneombudet særlig et problem i tilfeller der barna har komplekse psykiske lidelser, som ofte er vanskelig å utrede og behandle. Den lave frekvensen av slike tilstander tilsier at ikke alle poliklinikker kan forventes å ha slik kompetanse tilgjengelig.[168]

I 2023 kom rapporten fra ekspertutvalget for tematisk organisering av psykisk helsevern, og der blir det pekt på at for diagnosegruppen ADHD er det behov for å styrke den tematiske organiseringen av tilbudet både for barn og unge og for voksne.

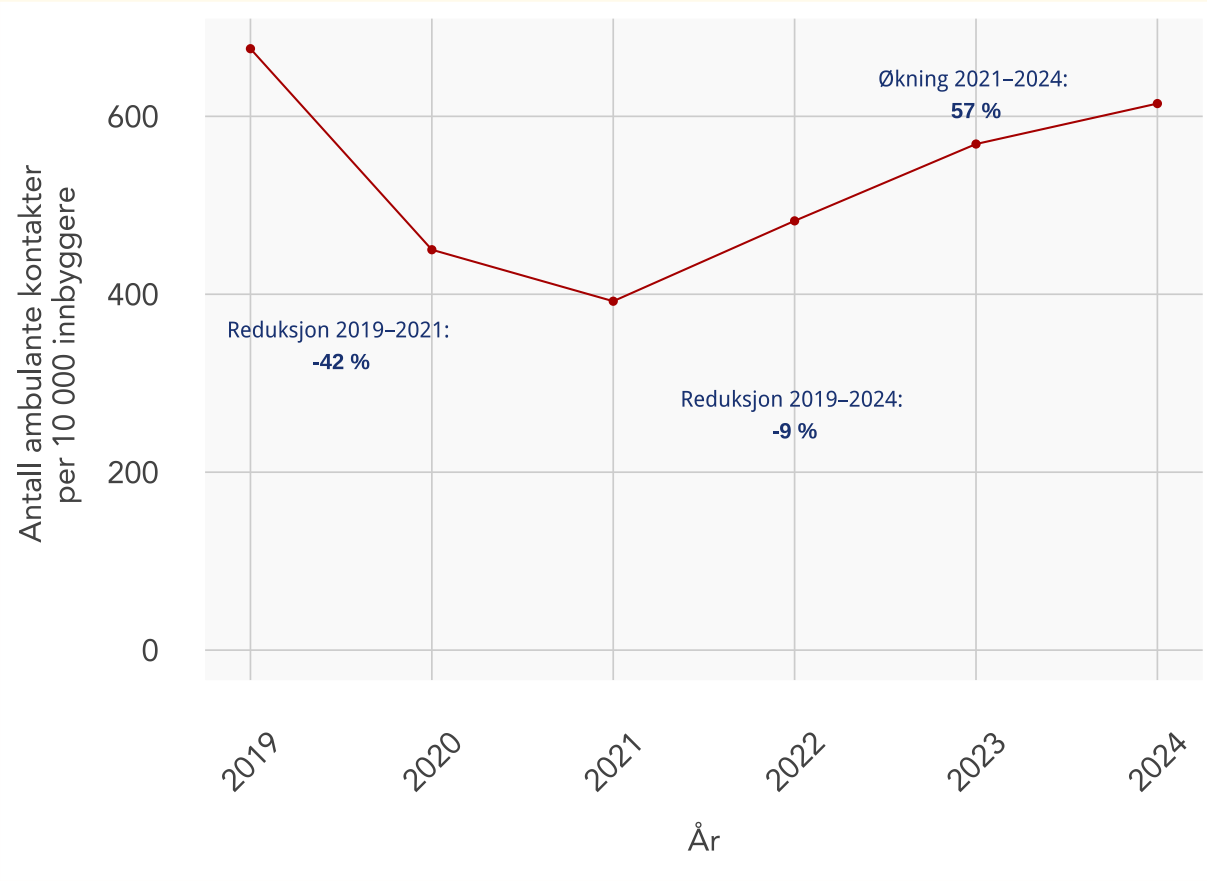
11.4 Ambulant virksomhet

Arbeidet i poliklinikkene kan utføres enten i poliklinikken eller ambulant, det vil si at behandlingen kan skje utenfor poliklinikkens lokaler. Enkelte poliklinikker i psykisk helsevern har avsatt årsverk til ambulant behandling.

En ambulant kontakt er enhver kontakt som finner sted utenfor institusjonen, med unntak av telefonkontakter. Kontakten kan for eksempel være hjemme hos pasienten. Tall fra Helsedirektoratet viser at antallet registrerte ambulante kontakter har blitt redusert med 9 prosent, fra ca. 76 000 i 2019 til ca. 68 000 i 2024. Figur 17 viser at mye av denne reduksjonen skjedde mellom 2019 og 2021. Da ble antallet ambulante kontakter per 10 000 innbyggere redusert med 42 prosent. Mellom 2021 og 2024 har antallet ambulante kontakter økt med 57 prosent, men omfanget av ambulante kontakter er ikke tilbake på samme nivå som i 2019.

[168] Barneombudet (2020).

Figur 23 Utvikling i antall ambulante kontakter per 10 000 innbyggere i perioden 2019 til 2024



Kilde: Helsedirektoratet[169]

I 2025 var det 3 av 22 helseforetak og private ideelle sykehus som ikke hadde avsatt egne ressurser til ambulant virksomhet, mens 2 helseforetak kun har avsatt ambulante ressurser til en bestemt diagnose.[170] Blant de resterende helseforetakene og private ideelle sykehus varierer de avsatte ressursene fra 0,8 til 48 årsverk.

Flere helseforetak og private ideelle sykehus opplyser at behandlerne kan dra ut ambulant som en del av deres vanlige behandling, og noen helseforetak skriver også at de forventes å gjøre det. Et av dem beskriver at dette kan være helt nødvendig for å etablere en relasjon til pasienten og få startet opp behandlingen. Et annet helseforetak skriver:

> Med bakgrunn i den store henvisningsmengden poliklinikkene våre mottar, har vi dessverre ikke kunnet ta i bruk flere ressurser til ambulerende virksomhet. Arbeidsoppgavene har vært svært mange og store, og vi har måttet prioritere å utnytte ressursene våre mest mulig effektivt.

Enkelte helseforetak og private ideelle sykehus opplyser i brev at de har etablert et akutt ambulant hjemmetilbud, som er et alternativ til døgninnleggelse ved raskt funksjonsfall.

---

[169] Helsedirektoratet (2024b, 18. september).
[170] Brev fra helseforetakene. For mer informasjon se 17.4.1.

11.5 Døgnbehandling

Noen barn og unge er så syke at de får døgnbehandling på sykehus. Det vil si at de er innlagt på sykehus i ett eller flere døgn. Stortinget har ved flere anledninger påpekt at døgnkapasiteten i psykisk helsevern må være på et nivå som tar vare på barn og unge med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling.

I styringen av de regionale helseforetakene kom antallet døgnplasser inn som et styringsmål fra og med 2022. Aktiviteten i døgnbehandlingen skulle være høyere enn året før. Samme mål ble gjentatt for 2023 og 2024. I 2025 var ikke målet lenger en økning, men at døgnkapasiteten ikke skulle reduseres.

Antallet døgnplasser har vært relativt stabilt de siste årene. I perioden 2019–2025 var det en svak nedgang, fra 316 plasser i 2019 til 311 i 2025.[171] Tallene har variert i løpet av perioden og var høyest i 2023 med 332 plasser.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at redusert døgnbehandling og heller mer ambulant/poliklinisk behandling kan være en ønsket faglig utvikling når det er til det beste for pasienten. Det er ønskelig at barn og unge får behandling i sitt lokalmiljø og for noen grupper/tilstander kan det være usikker effekt av døgnbehandling.

Direktoratet viser også til at døgnplasser har høye kostnader, og at det er et stadig større press om at ressursene skal benyttes best mulig.

Faktaboks 2 Barn og unge som mottar døgnbehandling

Tall fra Helseatlas viser at det er rundt 2 700 barn og unge som mottar døgnbehandling for psykiske lidelser i året. Det går fram av analysen at det er stor variasjon i bruken av døgnbehandling, og at opptaksområdene i Helse Nord, Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal og Innlandet hadde betydelig høyere rater enn resten av landet. Selv om forskjellene er store, er det ikke grunnlag for å konkludere med at variasjonen er uønsket. Innlegging utgjør en liten andel av det totale behandlingstilbudet, samtidig som pasientenes behov og tjenestenes behov for ulik organisering kan være ulike i de forskjellige opptaksområdene.

Kilde: Helse Førde (2025)

Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for at det er tilstrekkelig med døgnplasser. De framskrivningsmodellene som de regionale helseforetakene selv har utarbeidet, tilsier at det er behov for en viss økning av antall døgnplasser.

Stortinget har et eget anmodningsvedtak, som gjelder tilgangen til døgnplasser også i helger. I vedtak 641 (2021–2022) heter det at «Stortinget ber regjeringen sørge for at alle

[171] Helseforetakene opplyser til Riksrevisjonen at de per 1. januar 2025 har 251 døgnplasser tilgjengelige for barn og unge med psykiske lidelser, og i tillegg har Helse Sør-Øst RHF inngått avtale om 60 døgnplasser. For mer informasjon se 17.4.1.

psykisk syke barn og unge under 13 år som har behov for det, får tilgang på døgnbehandling både på ukedager og i helgene».[172] Oppfølgingen av dette vedtaket er omtalt i Meld. St. 4 (2022–2023), og det vises til at det er innhentet status fra de regionale helseforetakene, som viser at alle helseforetak har tilgang til døgnbehandling for barn og unge med psykiske lidelser under 13 år hele uken og hele året, og at det gjennomføres tiltak for å øke kapasiteten.

For å undersøke hva som er status på dette nå, har vi spurt helseforetakene som har døgnplasser, om døgnplassene også er tilgjengelige i helger og i fellesferien. Det er 13 av 19 helseforetak som har redusert tilgjengelighet i helgene, mens 18 av 19 helseforetak har redusert kapasitet i fellesferien. Av disse 18 er det 2 som stenger døgntilbudet helt, mens de andre reduserer plassene med mellom 20 og 67 prosent.

Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at redusert tilgjengelighet i helger og ferier ikke trenger å bety at det ikke er et tilbud eller at pasienter sendes hjem uten tilbud, men at historiske erfaringstall om behov for døgnkapasitet tilsier nedtrekk i helger og ferier. I tillegg kan permisjon være et viktig steg på veien fra døgninnleggelse til poliklinikk/ambulant tilbud. Permisjon i helger og ferier kan også være ønsket av barn, ungdom og foreldre og er avtalt med sykehuset.

Pårørendesenteret i Oslo (PIO) mottar informasjon om at det er få døgnplasser til de dårligste barna, og at døgnplassene stenger i helgen. Dette kan ifølge PIO se effektivt ut fra tjenestenes perspektiv, men kan være en svært belastende situasjon for familien som i perioder blir de eneste omsorgspersonene for svært syke barn og unge.

11.6 Statens styring av regionale helseforetakene

Departementet eier de vesentligste delene av spesialisthelsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene. Helseforetaksloven regulerer forholdet mellom staten som eier og de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. Det helsepolitiske oppdraget og tildelingen av midler skjer gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene fra departementet.

Siden 2020 har et av hovedmålene i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene vært knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Målet har enten vært at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal **prioriteres** (2020–2021), eller at helseforetakene **skal styrke** psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2022–2025). I fire år har det vært eksplisitte mål/indikatorer knyttet til at det skal vekst i aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

[172] Innst. 426 S (2021–2022).

I oppdragsbrevene har departementet pekt på at det er viktig med samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten når det gjelder henvisninger for at pasienter skal få tilbud på riktig nivå. Som tidligere nevnt, har vurderingssamtaler fra og med 2023 vært et viktig tiltak knyttet til dette. Vurderingssamtaler er et eget mål i opptrappingsplanen (2023–2033), se omtale i 15.3.2. Se 11.1 for mer omtale av arbeidet med vurderingssamtaler.

Departementet har også vært opptatt av å redusere ventetider og har blant annet i 2020 og 2021 hatt et eget hovedmål om å redusere unødvendig venting for hele spesialisthelsetjenesten. I 11.3.1 omtaler vi ventetider. I styringen av de regionale helseforetakene har departementet også hatt oppmerksomhet på antallet døgnplasser, slik det er omtalt i 11.5.

I tillegg har departementet i hele denne perioden vært opptatt av at det skal etableres tverrfaglige oppsøkende team som ACT og FACT-team der det er befolkningsmessig grunnlag for det.

12 Samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Kommunen skal gi barn og ungdom et helhetlig og samordnet helse- og omsorgstilbud.[173] Det betyr at kommunen må legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby lovpålagte tjenester. Det regionale helseforetaket har også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid med blant annet kommuner om å tilby tjenester.

I dette kapittelet omtaler vi

- helsefellesskap
- samarbeid om vurdering av henvisninger
- FACT ung
- samarbeid mellom PP-tjenesten og poliklinikkene for psykisk helsevern

12.1 Helsefellesskapene

I forbindelse med nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble det etablert 19 helsefellesskap der helseforetakene og kommunene i opptaksområdet møtes.

Formålet med helsefellesskapene er å skape en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. I helsefellesskapene skal representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen.[174]

[173] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 (2011).
[174] Innst. 255 S (2019–2020).

Det er fem pasientgrupper som helsefellesskapene skal prioritere. Barn og unge med store og sammensatte behov er en av disse gruppene. Det går fram av avtalen om videreutvikling av helsefellesskapene fra april 2024 at regjeringen og KS tar sikte på å evaluere om helsefellesskapene bidrar til bedre tjenester for de prioriterte pasientgruppene og til bedre samarbeid mellom kommuner og helseforetak.[175]

I spørreundersøkelsen er i underkant av en tredjedel av kommunene (29 prosent) enige i at helsefellesskapet har tilstrekkelig oppmerksomhet på barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det er 17 prosent som er uenige i påstanden, 32 prosent som mener hverken eller, og 22 prosent som ikke vet.

Av kommunene er 33 prosent enige i at Helsefellesskapet har bidratt positivt til bedre samarbeid om barn og unge med psykiske plager og lidelser, mens 13 prosent er uenige i påstanden. Her er det 33 prosent som mener hverken eller, og 21 prosent som ikke vet. Spørreundersøkelsen viser ellers at bare 24 prosent av kommunene mener at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er klart når det gjelder barn og unge som har psykiske plager og lidelser.

På bakgrunn av spørreundersøkelsen hadde vi oppfølgingsintervjuer med utvalgte aktører, blant annet kommunedirektører. I intervjuene med kommunedirektørene var helsefellesskapet et tema. Det varierer hvor godt kommunedirektørene var involvert og informert om arbeidet som gjøres i helsefellesskapene. En er leder av helsefellesskapet, mens en annen i liten grad er informert om arbeidet som gjøres der. Kommunedirektørene har også ulike inntrykk av resultatet av samarbeidet. En kommunedirektør mener at helsefellesskapet ikke har bidratt til endring i dialogen med poliklinikken i psykisk helsevern, mens en annen opplever at helsefellesskapet har bidratt positivt til samarbeidet, ved at personer på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste blir kjent og bygger tillit til hverandre.

KS viser i brev til at helsefellesskapene er hovedarenaen for strategisk samhandling, og at unge med store og sammensatte behov er en av de prioriterte pasientgrupper som har et særlig behov for samhandling. Samtidig peker KS på at helsefellesskapene fortsatt er i en oppbyggingsfase, og at det i praksis vil variere i hvor stor grad dette området gis oppmerksomhet.

Rambøll Management Consulting utarbeidet i 2024 på oppdrag fra KS en rapport om status for helsefellesskapene.[176] Det slås i rapporten fast at god koordinering mellom kommunene er svært viktig for samarbeidet. Helseforetakene ønsker en mer samlet stemme fra kommunene, men ettersom kommunene er ulike på en rekke viktige punkter, er det vanskelig å få dem til å framstå som én samlet enhet.

[175] Helse- og omsorgsdepartementet, KS (2024).
[176] Rambøll Management Consulting (2024).

Det går videre fram av rapporten at det er typisk for mange helsefellesskap at helseforetaket opplever at prosessene tar for lang tid. Dette skyldes ofte ulike styringslinjer og prinsippet med lokaldemokrati som gjør at representantene for kommuner og helseforetak har ganske forskjellige mulighetsrom og tidsrom for beslutningstaking og implementering av beslutningene.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at helsefellesskapene skal jobbe helhetlig, både på administrativt og politisk nivå, med alle de prioriterte pasientgruppene. Fra departementets side har det ikke vært aktuelt å komme med særskilte styringssignaler for denne gruppen spesielt.

12.2 Samarbeid om vurderinger av henvisninger

Det går fram av *Opptrappingsplan for psykisk helse* 2022–2033 at et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester i forbindelse med vurdering av henvisninger kan bidra til både bedre og mer målrettede henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Videre kan et slikt samarbeid bidra til å gi bedre prioriteringer og bedre oppgavefordeling, slik at pasientene gis nødvendig helsehjelp på rett behandlingsnivå samtidig som det blir færre avslag på henvisninger.

I veilederen *Psykisk helsearbeid barn og unge* står det at kommunen og psykisk helsevern for barn og unge bør etablere lokale samarbeidsmodeller for henvisning av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Veilederen begrunner dette med at bedre prosesser rundt henvisninger kan bidra til mer likeverdige helsetjenester til denne gruppen, blant annet gjennom å redusere andelen henvisninger som resulterer i avslag.

Det går fram av vår spørreundersøkelse til kommunene at 36 prosent av dem deltar i et samarbeid om felles inntak med poliklinikken for psykisk helsevern.[177]

De av poliklinikkene og kommunene som vi har snakket med, og som har et system for felles inntak, har etablert dialogbaserte inntak. Det innebærer at poliklinikk og kommune diskuterer de henvisningene der de er i tvil om behandlingen skal gis av spesialisthelsetjenesten eller av kommunen. Disse henvisningene drøftes i felles inntaksmøte, og representantene fra kommunen og spesialisthelsetjenesten blir deretter enige om hvem som gjør hva i fortsettelsen.

En leder av en poliklinikk for psykisk helsevern for barn og unge beskriver samarbeidet på denne måten:

> I de kommunene der det er inngått avtale om dialogbasert inntak, har vi dialogbaserte inntaksmøter med hver/annenhver uke. Når jeg sitter og fatter vedtak om det er rett til helsehjelp, men er i tvil, mangler informasjon, eller tenker at dette ikke skal til BUP, tar jeg saken opp i dialogmøte, hvis foreldre eller barn har gitt samtykke til det. Kommunene gjør det på samme måte med sine saker. PPT,

[177] Prosenttallet er basert på 269 antall kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.

> barnevern, skolehelsetjenesten og psykisk helse første linje, kommuneoverlegen og barnekoordinator sitter i disse møtene. I møtene blir vi enige om videre oppfølging og hvem som gjør hva.

Det går fram av samtalene med lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern at det i liten grad er samarbeid med kommuner der det ikke er inngått avtale om dialogbasert inntak. For at dialogbasert inntak skal fungere, mener en leder at det er viktig at de som stiller fra kommunen, faktisk har ansvar eller kan fatte beslutninger.

Det varierer hvordan poliklinikkene samarbeider med kommunene som inngår i deres opptaksområde, og det kan være ulike samarbeidsmodeller innad i et helseforetak. Dette var tilfelle ved to av poliklinikkene vi snakket med, og en av lederne sier følgende:

> Vi har dialogbasert inntak med tre kommuner, men de tre andre kommunene har ikke villet forplikte seg til samarbeid, eller så har de ikke de tjenestene som skal være etablert.

Det blir dermed ulik saksgang internt i en og samme poliklinikk avhengig av om det er inngått avtale med kommunen om dialogbasert inntak. I de kommunene der det ikke er inngått avtale, er det ikke denne typen samarbeid.

12.3 FACT ung

FACT ung er tjenestemodell for aktivt oppsøkende behandlingsteam. Denne tjenestemodellen er rettet mot personer mellom 12 og 25 år som har sammensatte vansker og nedsatt fungering på flere områder i livet.[178] Både kommunen og spesialisthelsetjenesten er involvert i driften av et FACT ung-team.

Det slås fast i opptrappingsplanen at de unge er fornøyde med tjenestemodellen. Tjenesten er tilpasset de unges behov. De oppgir at de ble bedre ivaretatt og opplevde teamet som mer fleksibelt og tilgjengelig enn andre tjenester de hadde erfaring med.[179]

I perioden 2021–2025 har Helse- og omsorgsdepartementet i sitt oppdragsbrev til de regionale helseforetakene omtalt slike oppsøkende team. I starten av perioden omtaler departementet at tverrfaglige oppsøkende team bidrar til god og sammenhengende behandling, mens de senere også omtaler at slike team bør etableres der det er befolkningsmessig grunnlag for det.

I 2023 var det rundt 20 FACT ung-team.[180] Ifølge budsjettproposisjonen for Helse- og omsorgsdepartementet for 2026 er det per 2025 om lag 26 FACT ung-team og i tillegg 15 FACT ung-team i forprosjekt. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) har estimert at det er behov for litt over 100 FACT ung-team.

---

[178] Helsedirektoratet (2015, 13. februar).
[179] Meld. St. 23 (2022–2023).
[180] Meld. St. 23 (2022–2023).

Rapportering fra statsforvalterne tyder på at det krevende å få på plass FACT ung-team. For små kommuner kan være vanskelig å sette av ressurser til slike satsinger, men det er også utfordringer med spesialisthelsetjenestenes bidrag. Fire av ti statsforvaltere skriver at spesialisthelsetjenesten ikke klarer å rekruttere spesialistkompetanse til teamene. Konsekvensen er både at det blir vanskelig å etablere nye team, og at team legges ned.[181]

12.4 Samarbeid mellom PP-tjenesten og poliklinikkene i psykisk helsevern

Som omtalt i kapittel 10 skal alle kommuner og fylkeskommuner ha en PP-tjeneste.[182] PP-tjenesten har blant annet ansvar for å gjennomføre sakkyndige vurderinger, det vil si faglige utredninger og vurderinger av hvilke utfordringer en elev har, og hvilke tiltak det er behov for.[183]

De intervjuene vi har gjennomført i fire kommuner og med ledere i poliklinikkene, tyder på at det er en uklar oppgavedeling mellom PP-tjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten ved utredning av en del barn og unge. Ansatte i poliklinikkene for psykisk helsevern mener at PP-tjenesten bør utrede mer før det blir henvist til poliklinikken, mens ansatte i PP-tjenesten på sin side opplever at poliklinikkene forventer utredninger som det ikke er pedagogisk grunnlag for å gjennomføre. Disse tilfellene handler ofte om utredninger av barnets eller ungdommens evner eller språk. I tre av de fire kommunene som vi har hatt intervjuer med, har aktørene hatt møter og/eller utvekslet brev om hvem som bør gjennomføre denne oppgaven.

En leder i PP-tjenesten beskriver det slik:

> Vi ønsker ikke å gjøre tester bare som grunnlag inn i henvisning til BUP, om det ikke er skoleproblemstillinger som tilsier det. BUP kan selv utføre de samme evnetestene om de trenger dem.

En leder i poliklinikk for psykisk helsevern beskriver det imidlertid på denne måten:

> Det er enkelte ansatte i BUP som har kompetansen til å utrede for språkvansker, men vi har ikke språktestene. Det har derfor vært et spørsmål om ikke BUP kan kjøpe inn testene, men hvis vi gjør det, gjør vi jo jobben til PPT.

Spørsmålet om hvem som skal gjøre hva, blir ytterligere aktualisert når tjenestene har ventetider. Utdanningsdirektoratet opplyser i intervju at det ikke er tilgjengelige nasjonale data om ventetider på PP-tjenestenes sakkyndige vurderinger.

Det er ikke absolutte krav til hvor lang ventetiden for sakkyndige vurderinger kan være. I veilederen *Spesialpedagogisk hjelp* pekes det imidlertid på at barnets behov for å få avklart sine behov og rettigheter så raskt som mulig, vil gjøre at for eksempel en

[181] Statsforvalteren (2024).
[182] Barnehageloven § 33-35 og i opplæringsloven 11-13.
[183] Utdanningsdirektoratet (2025, 30. januar).

saksbehandlingstid på totalt over tre måneder kan være for lang. Samtidig er det kjent gjennom Sivilombudet at det finnes eksempler der det har gått så lang tid som ett år fra henvisning til oppstart av PP-tjenestens arbeid med sakkyndig vurdering.[184]

For familiene som opplever at de trenger hjelp både til den psykiske helsen og opplæringssituasjonen, kan det spille inn hvor de tror de får hjelp først. En leder i psykisk helsevern beskriver at henvisningene ofte kan inneholde formuleringer som dette:

> Vi kan ikke vente på PPT, og derfor sender vi henvisning til dere.

Tilsvarende mener en leder i PP-tjenesten det motsatte: at poliklinikken ønsker mer utredning av PP-tjenesten fordi spesialisthelsetjenenesten har utfordringer med sine ventetider.

Begge parter viser til at PP-tjenestens rolle har endret seg over tid. Mens tjenestene før arbeidet mest med de sakkyndige vurderingene, jobber de nå også mer med forebygging og systemrettet arbeid.

Samtalene med lederne for poliklinikkene i psykisk helsevern viser at det varierer hvordan samarbeidet med PP-tjenesten er, og hvordan poliklinikkene har reagert på endringen som har skjedd i PP-tjenesten. En leder for en poliklinikk uttaler følgende:

> Samarbeidet med PPT og BUP har kjørt seg helt fast. Vi er uenige om grunnleggende elementer i oppgavefordeling og utøvelsen, og derfor samarbeider vi ikke lenger.

En annen leder uttaler følgende:

> Vi gjør noen ganger ting kommunen skulle gjort, for eksempel når PPT ikke har gjort evnetester. Det er mange barn som vi over tid har tatt imot som strengt talt skulle vært hos PPT.

Som omtalt i punkt 10.8.2 opplyser Helse- og omsorgsdepartementet i intervju at departementet er kjent med at poliklinikkene i psykisk helsevern har ulik praksis for samarbeid med kommuner som har PP-tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet er opptatt av at barn har forskjellige behov, og at det viktigste er at tjenestene får til et godt samarbeid om det enkelte barn.

[184] Sivilombudet. (2025): *Behandlingstiden ved pedagogisk-psykologisk tjeneste i Bergen kommune i en sak om spesialundervisning*. Uttalelse.

13 Tjenestetilbudet belyst på tvers av kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten

Hittil i rapporten har analysene av tjenestene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten blitt presentert hver for seg. I dette kapittelet ønsker vi å belyse i hvilken grad kommunene og spesialisthelsetjenesten til sammen gir nødvendige helsetjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det gjør vi ved å se på

- det samlede forbruket av tjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten, for å belyse om det er store forskjeller avhengig av hvor man bor
- i hvilken grad barn og unge bor på steder der det er risiko for at hverken kommunen eller spesialisthelsetjenesten fanger dem opp

13.1 Variasjon i det samlede forbruket av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester

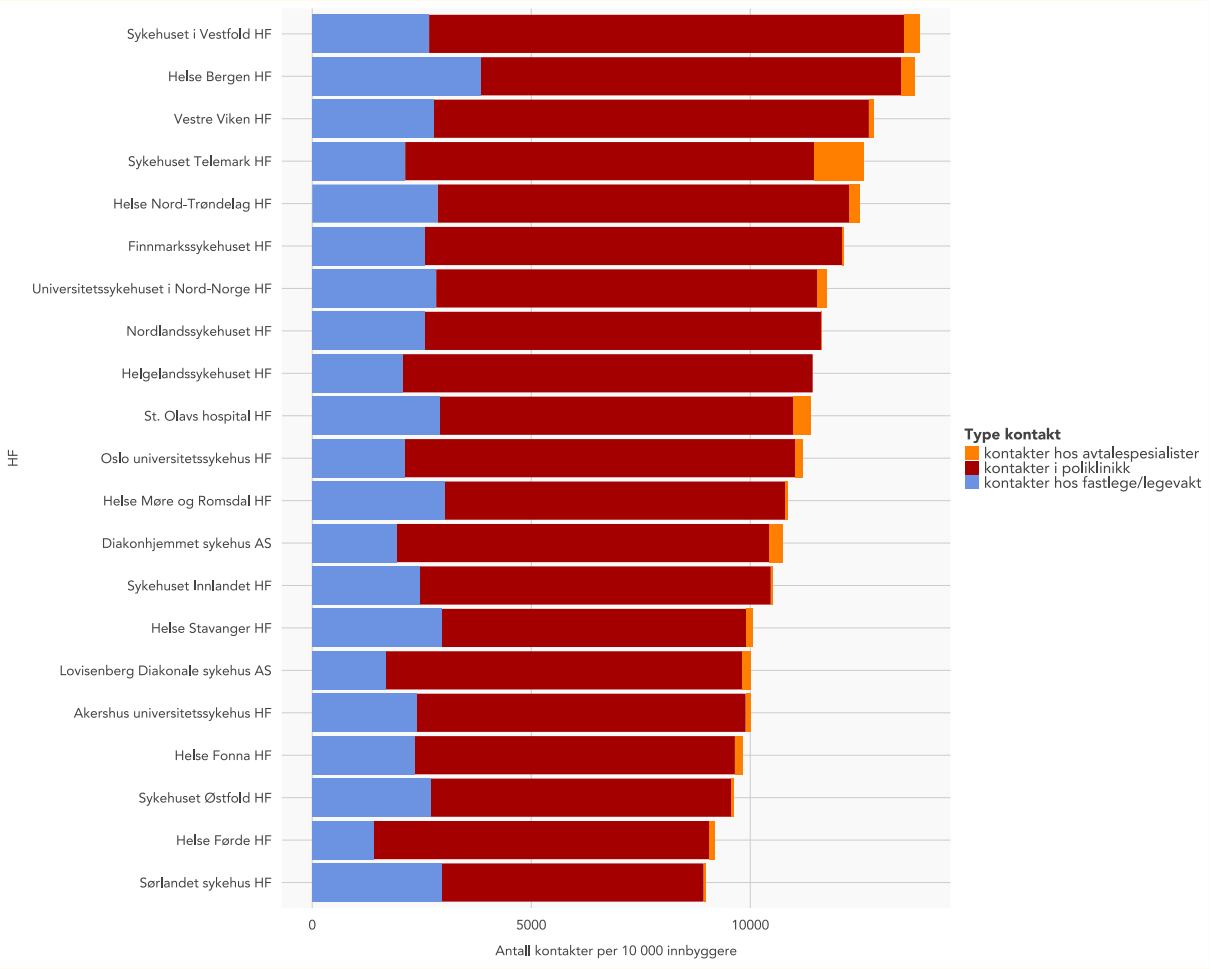
Vi har målt hvor mye de ulike helsetjenestene brukes, ved å telle antall ganger hver pasient med psykiske plager og lidelser har vært i kontakt med en av disse tjenestene:[185]

- fastleger og legevakt i kommunehelsetjenesten
- polikliniske tjenester og avtalespesialister i spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene kan inngå avtaler med avtalespesialister, og avtalespesialistene skal bidra med å oppfylle sørge-for-ansvaret til det regionale helseforetaket.

[185] I dette kapittelet viser kontakter til bruken både i spesialisthelsetjenesten og hos fastlege/legevakt. Antall kontakter er beregnet per 10 000 barn og unge per opptaksområde. For mer omtale se metodekapittel 17.2.

Figur 24 Antall kontakter om psykisk helse per 10 000 barn og unge per opptaksområde i 2023



Kilde: Kommunalt pasientregister og Helsedirektoratet[186]

Figuren viser at barn og unge har langt flere kontakter med poliklinikkene i psykisk helsevern enn med fastlege/legevakt, og at avtalespesialistene nesten ikke behandler barn og unge som har psykiske lidelser.

Figuren viser videre at den samlede bruken av disse helsetjenestene er minst i opptaksområdet til Sørlandet sykehus HF[187] og størst i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF[188]. Barn og unge med psykiske plager og lidelser i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold har 55 prosent flere kontakter enn barn og unge i opptaksområdet til Sørlandet sykehus.

[186] Helsedirektoratet sine tall for antall kontakter og SSBs tall for antall innbyggere per opptaksområde inkluderer Vestre Aker bydel i opptaksområdet til Diakonhjemmet sykehus AS. Kontakter og innbyggere hos Betanien sykehus inngår i opptaksområdet til Helse Bergen HF. For mer informasjon se metodekapittel 17.2.
[187] Dette helseforetaket har færrest kontakter totalt sett med 8977 kontakter.
[188] Dette helseforetaket har flest kontakter totalt sett med 13876 kontakter.

Når vi analyserer den samlede bruken på regionalt nivå, er forskjellene mindre. I regionen/opptaksområdet til Helse Nord er den samlede bruken 6 prosent høyere enn i regionen til Helse Sør-Øst.[189]

Vi gjør oppmerksom på at det er begrensninger i datagrunnlaget som gjør det vanskelig å gi et bilde av det totale omfanget. Se omtale av begrensningene i metodebeskrivelsen (17.2.4).

13.2 Analyse av risiko for at barn og unge ikke får hjelp hverken i kommune eller spesialisthelsetjeneste

Videre har vi undersøkt om det er barn og unge som

- bor i kommuner som ikke har en eller flere av følgende tjenester:
  - full fastlegedekning for alle barn og unge,
  - knyttet til seg kommunepsykolog
  - helsestasjon for ungdom som er et tilbud ut over skolehelsetjenesten og som tilbyr oppfølgende samtaler,
- bor på steder der det ikke er samarbeid mellom nivåene om inntak
- tilhører opptaksområdet til poliklinikker som avslår henvisninger

Samlet gir dette en indikasjon på om det er barn og unge som bor på steder der det er høyere risiko for at hverken kommunen eller spesialisthelsetjenesten fanger dem opp. Se omtale av premissene for analysen i metodebeskrivelsen (punkt 17.2.4).

Vår analyse viser at 177 av 269 kommuner mangler enten full fastlegedekning, ikke har knyttet til seg kommunepsykolog eller ikke har helsestasjon for ungdom som er et tilbud ut over skolehelsetjenesten og som tilbyr oppfølgende samtaler.[190] I 60 av disse kommunene er det inngått samarbeid med poliklinikken om inntak, noe som kan redusere risikoen for at barnet ikke får hjelp av hverken kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Det vil si at det i 117 kommuner er forhøyet risiko for at barn og unge ikke får den hjelpen de trenger hvis henvisningen blir avslått.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, avslår poliklinikkene i ulik grad henvisninger. Tabell 2 viser hvordan de 117 kommunene fordeler seg på fire kategorier av poliklinikker med ulike rater av avslåtte henvisninger.

[189] Barn og unge i opptaksområdet Helse Sør-Øst RHF har færrest kontakter totalt sett (10973 kontakter), mens barn og unge i Helse Nord RHF har flest kontakter (11720 kontakter).
[190] Vi har ikke informasjon om hvordan status er i de resterende kommunene. Vi mangler totalt sett data om tilbudet for 30 prosent av barna i alderen 0–17 år i Norge.

Tabell 1 Antall kommuner som mangler tjenester og som inngår i opptaksområdet til poliklinikker som avslår henvisninger, og der det ikke er samarbeid

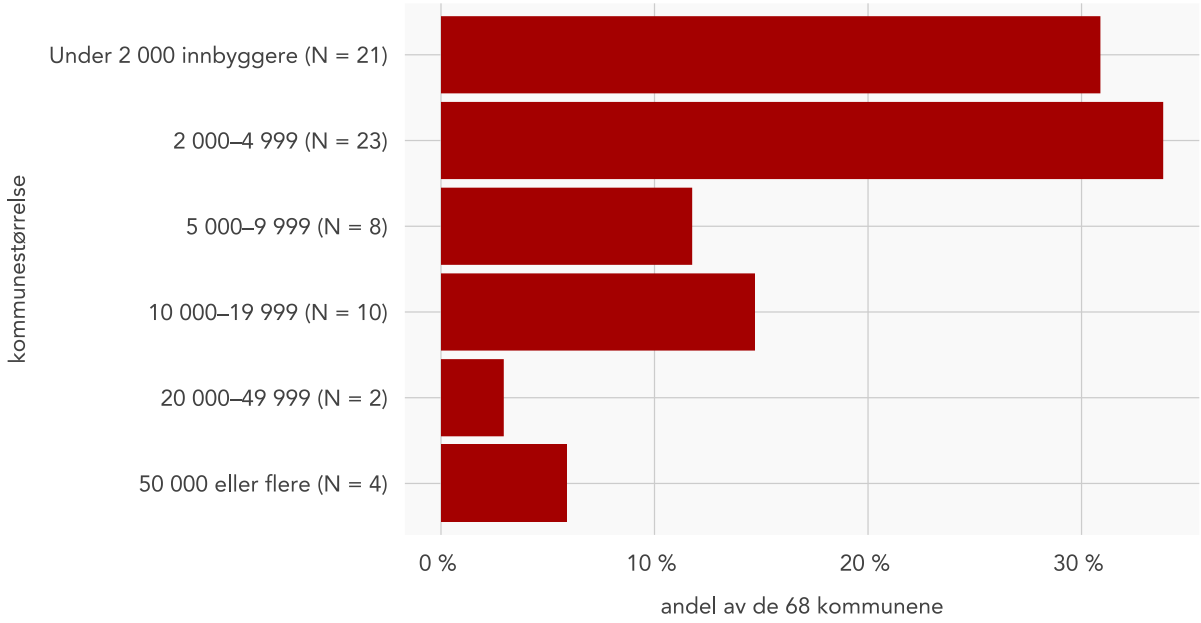
Andel avslåtte henvisninger fra poliklinikker	Antall kommuner som mangler tjenester og der det ikke er samarbeid	Antall innbyggere (0-17 år) i disse kommunene
0–10 %	17	33 975
11–20 %	32	40 545
21–30 %	60	82 982
31–40 %	8	39 058
Totalt	**117**	**196 560**

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene og Folkehelseinstituttet

Tabell 2 viser at det er 68 av kommunene som ikke samarbeider med poliklinikken, og som inngår i opptaksområdet til en poliklinikk som avslår minst hver femte henvisning. Det er dermed forhøyet risiko for at barna som bor i disse kommunene, hverken får et egnet tilbud fra kommunen eller fra spesialisthelsetjenesten.

Vi har analysert hvor store disse 68 kommunene er målt i innbyggertall.

Figur 25 Kommuner som mangler tjenester, ikke har samarbeid og som tilhører poliklinikk som avviser minst hver femte henvisning, fordelt på kommunestørrelse



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene og Folkehelseinstituttet

Figuren viser at 65 prosent av disse 68 kommunene har lavt innbyggertall (færre enn 5000 innbyggere).

Vi har videre analysert hvilke regioner disse 68 kommunene tilhører, og analysen viser at de er spredt mellom de ulike regionene. 20 av kommunene ligger i region Vest, 18 kommuner ligger i region Nord, 17 kommuner ligger i region Midt-Norge og 13 av kommunene ligger i region Sør-Øst.

13.3 Kommunenes og helsesykepleiernes vurderinger av det samlede tilbudet

Det er tidligere i rapporten omtalt at poliklinikkene sier at manglende tilbud i kommunen kan påvirke hvilke barn og unge de tar ansvar for. Som det er omtalt i punkt 11.1.3, kan poliklinikkene noen steder senke terskelen for «rett til helsehjelp» i spesialisthelsetjenesten når de vet at kommunen ikke har tilbud til barn og unge som eventuelt blir avslått.

På samme måte kan kommunene oppleve at begrensninger i poliklinikkens kapasitet gir dem mer ansvar. En kommunes kommentar i spørreundersøkelsen illustrerer dette:

> Vi skulle selvfølgelig hatt flere ressurser i psykisk helseteam for barn og unge. Vi ser at det er flere barn og unge som kommer til oss etter diagnostisering på BUP. Det har også vært en økning av barn og unge med psykiske plager etter pandemien. Kommunen er ofte de som tar behandlingsansvar, der de unge selv ikke klarer å møte opp på BUP, eller der en diagnose er gitt. Tidligere sto BUP i det lenger.

Vi har bedt kommunene vurdere om kommunen og spesialisthelsetjenesten til sammen gir barn med psykiske plager og lidelser den hjelpen de har behov for. Undersøkelsen viser at 52 prosent av kommunene er enige i at barna får den hjelpen de har behov for. 12 prosent av kommunene er uenige i denne påstanden.[191]

Vi har også spurt helsesykepleierne om de opplever at barna de møter gjennom arbeidet, får de tjenestene de har behov for av både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Her er det bare 20 prosent som mener at de fleste barna får de tjenestene de har behov, 52 prosent opplever at en del barn får de tjenestene de har behov for, og 27 prosent opplever at bare noen få barn får de tjenestene de har behov for.[192]

[191] Prosenttallet er basert på 269 kommuner. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1. Det er 36 prosent av kommunene som svarer «hverken eller» eller at de ikke vet.
[192] Prosenttallet er basert på 1 014 helsesykepleiere. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1. Det er 1 prosent som svarer at de ikke vet.

14 Barn og unge som ikke får den hjelpen de har behov for

14.1 Kjennetegn ved barn og unge som ikke får de tjenestene de har behov for

Gjennom spørreundersøkelse til helsesykepleiere har vi spurt om de barna og ungdommene som ikke får de tjenestene de har behov for, har noen kjennetegn til felles.[193] De kjennetegnene som nevnes hyppigst, er

- at de tilhører en gruppe som faller mellom to stoler, ved at de har psykiske plager som trenger mer oppfølging enn kommunen gir, men ikke vurderes å være syke nok for spesialisthelsetjenesten
- at de kommer fra familier med begrensede ressurser
- at de har utfordringer med atferdsvansker og angst. I tillegg nevnes blant annet utfordringer som kan tyde på depresjon, spiseforstyrrelser, nevroutviklingsforstyrrelser, selvskading og traumer

Når det gjelder gruppen som det beskrives at faller mellom to stoler, handler det om at plagene til barn og unge ikke passer med det tjenestene kan tilby. Ifølge helsesykepleierne skaper arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten et mellomsjikt som det ikke er tydelig hvem som skal følge opp. De følgende uttalelsene er typiske for omtalen av dette dilemmaet:

> Har ikke plager nok til å få time i spesialisthelsetjenesten, og tilbudet i kommunen er ikke tilstrekkelig hverken faglig eller ressursmessig.

> De er for «friske» til å komme inn i spesialisthelsetjenesten og for «syke» til at helsesykepleier på skolen har nok tid og kompetanse til å følge opp riktig.

Helsesykepleierne viser til at en del barn og unge lever i ressurssvake familier der foreldrene selv strever. Dette kan påvirke både forståelsen av barnets utfordringer og evnen til å søke hjelp og følge opp dialogen med tjenestene. En helsesykepleier uttaler det følgende:

> Min opplevelse er at barna med mindre ressurssterke foreldre i mindre grad får hjelp med sine psykiske plager da dette kommer i tillegg til mye annet strev i familien. Barnets plager kan komme i skyggen av en krevende familiesituasjon og er dermed vanskeligere å fange opp. Foreldrene har ofte ikke kapasitet til å følge opp avtaler og henvisninger, til å klage på avslag og så videre.

[193] Spørreundersøkelsen er nærmere omtalt i del 3 punkt 17.1.

Organisasjonene som representerer pasienter, brukere og pårørende, har også vært opptatt av at sosial ulikhet spiller inn i evnen til å orientere seg i hjelpeapparatet. Mental Helse Ungdom opplyser i intervju at det er for lite informasjon om de psykiske helsetjenestene som faktisk er etablert. Slik det er i dag, er det krevende å finne fram til de etablerte tjenestene. Foreningen har inntrykk av at det er barn med ressurssterke foreldre som i hovedsak får hjelp i dag, til tross for at forskning slår fast at familier med lav sosioøkonomisk status har økt risiko for at barna får utfordringer med psykiske vansker.

Pårørendesenteret i Oslo (PIO) opplyser i intervju at det er vanskelig å finne informasjon om de kommunale tjenestene. Det er stor mangel på informasjon til foreldrene om hva som finnes av tilbud rettet mot barn og unge, og det er for eksempel veldig lite informasjon om de kommunale tjenestene på nettsidene. Derfor må foreldrene aktivt oppsøke informasjon gjennom telefonsamtaler og ved å bruke nettverket sitt. Det fører til sosiale ulikheter i hvem som får tilgang til tjenestene som finnes, fordi det i all hovedsak er de ressurssterke foreldrene som klarer å orientere seg om de mulighetene som eksisterer.

14.2 Konsekvenser av at barn og unge med psykiske plager og lidelser ikke får den hjelpen de skulle hatt

Vi har spurt helsesykepleiere, pasient- og pårørendeorganisasjoner, ansvarlige ledere i kommuner[194] og ledere i poliklinikker for psykisk helsevern om hvilke konsekvenser som oppstår når barn og ungdommer med psykiske plager og lidelser ikke får de tjenestene de har behov for. Alle vi har snakket med, tegner det samme bildet. Det går fram av svarene at selv om barn og unge selvsagt reagerer ulikt, er det enkelte ting som går igjen for mange. Her er noen sentrale konsekvenser:

- alvorligere sykdom
- skolevansker, skolefravær og skolefrafall
- utenforskap og ensomhet
- selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord
- rus og destruktiv atferd
- tap av troen på seg selv og hjelpeapparatet
- større belastning for familien
- tap av verdifull tid for barna/ungdommene

Flere av svarene er delvis overlappende. Det vil si at det er flere følger som enten henger sammen, eller at en utfordring fører til en ny utfordring, i en ond sirkel.

Alle de spurte er enige om at barna og ungdommene blir sykere når de ikke får den hjelpen de skulle hatt. Utfordringene blir større og mer komplekse, som fører til at det blir mer omfattende og krevende å gi barna og ungdommene behandling.

[194] I spørreundersøkelsen ba vi den i kommunen med best oversikt over de psykiske helsetjenestene til barn og unge besvare spørsmålene. Se mer om spørreundersøkelsen i del 3 punkt 17.1.

Svært mange forteller også at manglende hjelp for psykiske plager og lidelser fører til skolevansker, skolefravær og til slutt til skolefrafall. De økende psykiske plagene kan for eksempel gjøre det vanskeligere for elevene å få gjort skolearbeidet, samtidig som de også faller utenfor mer sosialt, slik en helsesykepleier beskriver det:

> [Manglende oppfølging kan] føre til ytterligere psykisk uhelse, hvor barnet mister helt troen på seg selv. Barnet mangler mestring og blir isolert fra venner og mister glede. De får stadig større skolefravær, og faller ut både sosialt og faglig.

Utfordringer med økt frafall i skolen bekreftes fra flere hold. En undersøkelse gjort av NIFU viser at fire av ti skoleledere i ungdomsskolen i stor eller svært stor grad er bekymret for fraværssituasjonen på egen skole. Videre viser undersøkelsen at elevers fravær oppleves som mer komplekst, og årsakene mer alvorlige enn tidligere, ifølge skoleeiere og skoleledere.[195] Også tall fra Utdanningsdirektoratet viser at fraværet for elever i grunnskolen og videregående øker.[196]

Statistikken for arbeidsavklaringspenger hos Nav peker i retning av at dette også påvirker arbeidsevnen. Blant aldersgruppen 18 til 29 år hadde 72 prosent av mottakerne av arbeidsavklaringspenger i 2024 en psykisk lidelse.[197]

Utenforskap og ensomhet er konsekvenser som også trekkes fram av en rekke av aktørene vi har innhentet informasjon fra. Helsesykepleiere beskriver hvordan barn og ungdom gir opp når de ikke får den hjelpen de har behov for. Dette kan arte seg på en rekke ulike måter. Noen mister troen på seg selv og på hjelpeapparatet. De føler seg avvist og mister tillit.

Det er flere helsesykepleiere som har erfart hvordan manglende tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser har resultert i selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord. En helsesykepleier skriver følgende:

> Uten riktig behandling kan psykiske plager forverres over tid, noe som kan føre til mer alvorlige lidelser. Psykiske plager kan påvirke konsentrasjon, læring og skoleprestasjoner. Barn og ungdom kan oppleve vanskeligheter med å danne og opprettholde vennskap, noe som kan føre til isolasjon og ensomhet. Ubehandlede psykiske lidelser kan øke risikoen for selvskading og selvmordstanker. Psykiske plager i barndommen kan ha langsiktige effekter på fysisk og psykisk helse i voksen alder.

En annen helsesykepleier har erfart følgende:

---

[195] Bergene, A.C., Vika, K. S., Lynnebakke, B., Vonen, M.N., Lyckander, R.H., Samuelsen, Ø.A. (2023).
[196] Utdanningsdirektoratet (2025a, 14. oktober), Utdanningsdirektoratet (2025b, 14. oktober).
[197] Grønlien, E. (2025) s. 10.

> Jeg har hatt en elev som dro fra skolen for å ta livet sitt, og som likevel ikke fikk akutt-time hos BUP. Dette barnet måtte jeg følge opp alene, og vedkommende ønsket ikke hjelp av BUP etter dette.

Mens manglende tilbud kan føre til skolefrafall, isolasjon og ensomhet, kan det også føre til mer utagerende atferd og til rusmisbruk og kriminalitet. Flere helsesykepleiere framhever at en mangel på tjenester har resultert i at ungdommer begynner med rus og oppsøker kriminelle miljøer. En helsesykepleier skriver følgende:

> Det får enorme konsekvenser. Det utvikler seg et stort strev. Psykisk, skolemessig, sosialt og relasjonsmessig. Mange tyr til rus for å døyve kjipe ting. Mange havner i feil miljø. Dropouts fra skolen. De starter med ulike former for destruktiv atferd. Flere har endt opp som unge uføre. Og det er fryktelig fortvilende, for mange hadde ikke trengt så veldig mye hjelp før de ville kunne fått det ganske mye bedre. Om de bare hadde fått den når de trengte det. Ungdom er ferskvare, de kan ikke vente i seks måneder på behandling. Det er ikke å ta barn og unge på alvor. De er fremtiden vår.

Manglende tilbud resulterer også i økt belastning for familien. Foreldrene blir slitne, og de føler seg alene. Det er dessuten en mulighet for at den psykiske uhelsen smitter til andre, for eksempel søsken.

Pårørendesenteret i Oslo (PIO) opplyser i intervju at når psykiske vansker hos barn og unge ikke følges opp, får det ofte store ringvirkninger for hele familien. Familien blir sittende med ansvar og bekymringer uten å motta tilstrekkelig støtte, veiledning og hjelp. Det kan føre til at de pårørende selv blir syke, noe som øker fravær fra skole og arbeidsliv. PIO kjenner til flere tilfeller der foreldre har blitt sykmeldte eller uføre som følge av langvarig pårørendebelastning.

Andre kilder bekrefter også dette. I en rapport fra Barneombudet om psykiske helsetjenester uttaler flere pårørende at de har sett seg nødt til å gå ut av jobb for å følge opp barnet sitt i ventetiden.[198] En nasjonal pårørendeundersøkelse fra 2020 belyser også pårørendeoppgavers konsekvenser for arbeidsdeltakelse.[199] En tredjedel av dem som er i jobb eller under utdanning, oppgir at jobben eller studiet deres har blitt påvirket av at de er pårørende. En fjerdedel av disse igjen oppgir at de har redusert stilling/arbeidstid. For enkelte pårørende kan konsekvensene være enda større ved at de faktisk må slutte å arbeide, eller at pårørendesituasjonen gjør det vanskelig å få en jobb. Det er de som er pårørende til barn som opplever konsekvenser for arbeidsliv i størst grad. Blant foreldre som er pårørende til barn under 18 år, er det hele 83 prosent som svarer at dette har påvirket dem i jobben.

[198] Barneombudet. (2020).
[199] Opinion AS. (2021).

Lang ventetid og manglende oppfølging får også negative konsekvenser for behandlerne og det tilbudet som gis, noe som igjen forverrer situasjonen for de unge som trenger hjelp.

Vi har spurt de femten helseforetakene og private ideelle sykehusene som de siste årene har hatt en økning i arbeidsbelastningen, om hvilke konsekvenser dette har hatt for barn og unge i deres opptaksområde.[200] Det er stor variasjon i svarene som blir gitt. Noen svarer at dette har hatt mange, uheldige og bekymringsfulle konsekvenser, mens andre svarer at det forhåpentligvis ikke har hatt noen konsekvenser. Den konsekvensen som nevnes av flest, er at ventetidene har blitt lengre.

Helseforetakene og de private ideelle sykehusene viser også til at mer presset kapasitet i tjenestene har gjort at de må gjøre hardere prioriteringer. Flere viser til at barn og unge med de alvorligste lidelsene blir prioritert, og at de med moderate vansker får mindre hjelp av spesialisthelsetjenesten. Et av helseforetakene beskriver situasjonen slik:

> Den store økningen i henvisninger […] har medført at vi har måttet gjøre harde prioriteringer, med tanke på hvilke pasienter vi har skullet tilby hva. Dette for å sikre at pasientene med de alvorlige vanskene, skulle bli prioritert, men samtidig har det vært utfordrende å skulle prioritere ressursene godt, da det har vært en betydelig større andel av lettere til moderate vansker i den store henvisningsmengden.

Et par av helseforetakene og de private ideelle sykehusene oppgir at mindre tilgang til spesialisthelsetjenesten ikke er fulgt opp av tilsvarende økning i det kommunale tilbudet. Disse uttrykker bekymring for barn og unge som bor i kommuner og bydeler uten et godt tilbud, og at dette gir risiko for mer alvorlige symptomer hos disse barna.

Flere skriver også at selve behandlingen blir påvirket. Med økt arbeidsbelastning får mange pasienter lavere intensitet i behandlingen og et lengre behandlingsløp enn det som det ellers vurderes at det er behov for.

15 Statens tilrettelegging for arbeidet med barn og unge med psykiske plager og lidelser

I dette kapittelet vil vi beskrive Helse- og omsorgsdepartementets styring når det gjelder

- tverrsektorielt arbeid for å tilrettelegge for arbeidet med barn og unge med psykiske plager og lidelser, herunder kjernegruppe for utsatte barn
- opptrappingsplanen for psykisk helse
- program for folkehelsearbeid

[200] Jf. omtale i punkt 14.4.1 har vi beregningen økning i henvisninger sett i sammenheng med årsverk. Beregningen viser at det var 15 av de 22 enhetene som har fått over 9 prosent økning av henvisninger per årsverk, og disse har fått spørsmål om de har iverksatt tiltak for å håndtere denne økningen og hvilke konsekvenser økningen har hatt får ansatte i helseforetaket og for barn og unge i helseforetaket.

- arbeidet med å forbedre kunnskapsgrunnlaget på feltet

15.1 Behovet for tverrsektorielt samarbeid

Å bedre barn og unges psykiske helse er en kompleks oppgave. For å lykkes med oppgaven må ulike sektorer og myndigheter på ulike nivåer samarbeide.

I oppvekstmeldingen, Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn*, betones viktigheten av å bygge et lag rundt barnet, og at det ofte ikke er god nok samhandling mellom tjenestene. En av konsekvensene er at for mange barn og unge opplever at de ikke får riktig hjelp til riktig tid. Særlig barn og unge som har behov for hjelp fra flere tjenester, får ikke alltid et tjenestetilbud som er godt nok samordnet, eller at tiltakene ikke er tilpasset deres behov. Det også går fram av stortingsmeldingen *Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv* at flere offentlige utredninger og tilsyn viser at velferdstjenestene i mange saker ikke samarbeider godt nok.[201] Manglende samarbeid og samordning mellom velferdssektorene kan ofte være en årsak til at det glipper, eller at hjelpen som gis, ikke er tilstrekkelig. Uklare rolle- og ansvarsforhold og for liten kjennskap til hverandres tjenester kan føre til manglende samordning og samarbeid

Det slås videre fast at mange av sektoriserings- og samordningsutfordringene i kommunene har sitt utspring på statlig nivå. I 2021 vedtok Stortinget endringer i 14 ulike lover som regulerer velferdstjenester[202], for å sikre bedre tjenester til barn og unge med behov for sammensatte tjenester. Lovendringene handlet i stor grad om å pålegge plikt til samarbeid og samordning mellom instanser som yter tjenester til målgruppen, samt å innføre ordningen med barnekoordinator. På bakgrunn av endringene ble det utarbeidet en tverrsektoriell veileder om samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familie for å sikre implementering av lovendringene i praksis. Lovendringene trådte i kraft i august 2022.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at lovendringene skal evalueres med hensyn til både iverksettingen i tjenesteapparatet og resultatene for målgruppen og deres familier. Evalueringen foregår fra 2022 til 2027. Evalueringen viser så langt at lovendringene og veilederen er godt kjent i sektoren. Ledere har bedre kjennskap enn de ansatte, og ordningen med barnekoordinator har fått særlig mye oppmerksomhet. Evalueringen, to år etter innføringen, viser videre at lovendringene ikke har bidratt til vesentlig bedring i koordineringen for målgruppen. Evalueringen viser at barnekoordinatorordningen per 2024 er best forankret i lederleddene i sektoren. Å innføre og fylle rollen til nye funksjoner tar tid, og det er for tidlig å konkludere med hvilken effekt og gevinst endringene har hatt for målgruppen, mindre enn halvveis inn i evalueringsperioden. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge med på utviklingen og vurdere endringer når det har fått resultatene fra evalueringsperioden. Dersom reglene

[201] Meld. St. 32 (2020-2021).
[202] Prop. 100 L (2020-2021).

ikke har hatt den ønskede effekten, vil regjeringen se på andre mulige tiltak, inkludert vurdere om reglene bør samles i en felles samarbeidslov.[203]

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser til Riksrevisjonen at det i de senere årene er en erkjennelse av at dagens tjenestetilbud til barn og unge i stort er for fragmentert.[204] Et fragmentert tjenesteapparat er kjennetegnet av

- utydelige grenseoppganger mellom tjenestene
- lite kontakt og kjennskap på tvers av tjenesteområder
- dårlig definerte grenser mellom tjenestene

Disse kjennetegnene henger ifølge departementet tett sammen med den sektorinndelte strukturen i offentlig sektor, der hver sektor er sin egen organisatoriske silo med tydelig avgrensede ansvarsområder, juridiske reguleringer, økonomi, oppgaver, fag og profesjonskunnskap. Dette bildet gjenspeiles i den kommunale etatsinndelingen, mellom forvaltningsnivåer og mellom statlige sektorer. Innsatsen i kommunene er ofte påvirket av en rekke statlige, sektoriserte føringer gjennom lovverk, økonomiske finansieringsordninger, faglige retningslinjer og veiledere. Denne organiseringen gir mulighet for høyt spesialiserte tjenester med god fagkompetanse på ulike områder, som gjør at vi som innbyggere kan forvente at de tjenestene vi mottar, har høy faglig kvalitet. Men den sektorinndelte strukturen kan også skape en rekke utfordringer fordi man må finne måter å sy sammen innsatsen på ved samarbeid mellom ulike deler av forvaltningen, både vertikalt og horisontalt.

15.2 Kjernegruppe og etatssamarbeid

15.2.1 Kjernegruppen for utsatte barn

I 2021–2022 etablerte departementsfellesskapet flere kjernegrupper for det som kalles gjenstridige problemer. Kjernegruppene var et forsøk med en arbeidsform som legger til rette for å jobbe på nye måter på områder med behov for strategisk og samordnet innsats over tid. Forsøket er forankret i strategien for departementsfellesskapet for 2021–2025 *Gode hver for oss. Best sammen*.[205]

I februar 2021 ble det opprettet en kjernegruppe for utsatte barn (KUBU). Kjernegruppen skal jobbe på tvers av departementene for den samme målgruppen og med forankring på toppledernivået i departementene. Formålet er at gruppen skal bidra til at sektorpolitiske mål, verdier og aktiviteter, virkemidler og ressurser blir sett i sammenheng og prioritert, avveid og tilpasset hverandre.[206]

---

[203] Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen 4. mars 2025, om oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelser.
[204] I brev av 1. oktober 2024. Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer til revisjonskriterier.
[205] Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2024).
[206] Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2024).

KUBU ledes av departementsråden i Barne- og familiedepartementet, og blant departementene som deltar, er

- Helse- og omsorgsdepartementet
- Kunnskapsdepartementet
- Justis- og beredskapsdepartementet
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet
- Kommunal- og distriktsdepartementet
- Kulturdepartementet
- Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet

Samarbeidet i kjernegruppen for utsatte barn skal blant annet bidra til å samordne statens innsatser overfor kommunene og de statlige tjenestene. Dette skal legge til rette for et bedre koordinert og samordnet tjenestetilbud til alle barn, unge og deres familier.[207]

Arbeidet i kjernegrupper er evaluert av Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ). Evalueringen viste at forsøket med kjernegrupper samlet sett har vært vellykket.[208] DFØ vurderte at kjernegruppen for utsatte barn og unge var godt etablert, at den hadde potensial til å være en permanent struktur for å samordne problemet «utsatte barn og unge», og at en kjernegruppe vil gi en betydelig merverdi for å løse det.[209] Kjernegruppen for utsatte barn har opprettholdt sin aktivitet.

15.2.2 Direktoratenes samarbeid

Det er etablert en gruppe på direktoratsnivå som er satt sammen av de samme sektorene som KUBU har på departementsnivå. Dette samarbeidet kalles etatssamarbeidet.

DFØ evaluerte i 2025 dette etatssamarbeidet. Evalueringen viser at deltakerne oppfatter initiativet som både riktig og viktig. Samarbeidet har bidratt til verdifull nettverksbygging og økt tverrfaglig forståelse. Samtidig viser evalueringen at etatssamarbeidet har manglet en tydelig og felles målforståelse, og oppdraget fra KUBU har vært for vidt og vagt. Mye tid har gått med til diskusjoner om struktur og prosess, mens fremdriften har vært begrenset.[210]

Helsedirektoratet peker i intervju på at etatssamarbeidet og KUBU er et både horisontalt og vertikalt samarbeid. Samarbeidet startet for ti år siden, og det har vært en positiv utvikling over tid. Etatssamarbeidet fungerer etter Helsedirektoratets erfaring best når det er konkrete oppgaver som skal løses, og når alle etatene er gitt fullmakter.

Samtidig peker Helsedirektoratet på at det er krevende med tverrsektorielle samarbeid, både på departementsnivå og på direktoratsnivå. Forvaltningen har til vanlig en linjestyrt logikk, og den kolliderer litt med den tverrsektorielle logikken. Det har vært særlig

[207] Helse- og omsorgsdepartementet brev av 1. oktober 2024 med kommentarer til utkast til revisjonskriterier.
[208] Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2024).
[209] Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2024).
[210] Direktoratet for økonomistyring. (2025).

krevende for KUBU å gi felles styringssignaler, og om ikke problemstillinger løses på overordnet nivå, «arver» etatene i etatssamarbeidet dem.

Helsedirektoratet leder en tverrsektoriell gruppe med representanter fra sju etater som sammen jobber med temaet psykisk helse hos barn og unge. Også her er erfaringen at det er mange ulike kulturer, kompetanser, forståelser og ambisjoner på tvers av sektorene. Hver etat opplever at de blir målt på målene som er styrende på sin sektor, mens det på et annet departementsområde kan være andre mål eller en annen reform som har prioritet.

15.3 Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)

Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* er en plan for å bedre den psykiske helsen i Norge og utvikle det samlede tjenestetilbudet de neste årene. Målet med planen er at flere mennesker skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp, skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Planen har tre prioriterte innsatsområder:

- helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid
- gode tjenester der folk bor
- tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for oppfølgingen av opptrappingsplanen og koordinerer oppfølgingen mot de andre involverte departementene. Tiltak i planen blir konkretisert og fremmet i de ordinære budsjettprosessene, og statusen og framdriften i planen presenteres årlig i Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet.[211]

Det går fram av planen at regjeringen vil øke bevilgningen til psykisk helse med minst 3 milliarder kroner i planperioden. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at det ikke har vært aktuelt å avgrense hvor stor andel av disse midlene som skal gå til arbeidet med barn og unge.

Mål og tiltak som er rettet mot kommunene, skal som hovedregel finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. Tilsvarende skal finansieringen av spesialisthelsetjenesten skje gjennom de årlige økonomiske oppleggene for helseforetakene. Enkelte prioriterte satsinger vil imidlertid kreve særskilt finansiering, blant annet for å gi bedre kunnskapsstøtte til tjenestene, utvikle og spre nye tiltak og modeller og stimulere til samhandling.[212]

SINTEF har fått oppdraget med å gjennomføre en niårig følgeevaluering av opptrappingsplanen.[213]

[211] Meld. St. 23 (2022–2023).
[212] Meld. St. 23 (2022–2023).
[213] Sintef (u.å).

KS oppgir i brev at det er mange gode tiltak i opptrappingsplanen, men at det grunnleggende problemet er at det er en opptrappingsplan som er skrevet for en nedtrappingstid. I dag er spørsmålet ikke lenger hvordan tilbudet til innbyggerne kan styrkes, med stadig høyere kvalitetsmål, men hvordan vi kan levere så gode tjenester som mulig gitt at tilbudet må avpasses de tilgjengelige ressursene. KS skriver videre at deres påstand er at utredningsinstruksen ikke i tilstrekkelig grad følges for å vurdere konsekvenser knyttet til økonomi, tids- og personellbruk i kommunene.

15.3.1 Departementenes samarbeid om opptrappingsplanen for psykisk helse

Det er en rekke aktører som må jobbe sammen for å nå målene i *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. For å få til dette er det etablert en tverrdepartemental gruppe nedsatt av KUBU. Gruppen består av representanter fra seks departementer:

- Kunnskapsdepartementet
- Justisdepartementet
- Barne- og familiedepartementet
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet
- Kultur- og likestillingsdepartementet
- Kommunal- og distriktsdepartementet[214]

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for å følge opp opptrappingsplanen og koordinerer oppfølgingen mot andre involverte departementer.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at KUBU har definert to prioriterte områder for sitt arbeid. Ett av dem er psykisk helse. Den tverrdepartementale gruppen skal følge temaet generelt. Det vil si at den tverrdepartementale gruppen både samarbeider om oppfølging av opptrappingsplanen og om psykisk helse som tema utenfor rammen av opptrappingsplanen. Det er altså et slags todelt formål: både å gjøre opp status og å løfte problemstillinger som handler om å løse ting på tvers.

Den tverrdepartementale gruppen ble etablert for noen år siden, men ifølge Helse- og omsorgsdepartementet tar det litt tid før slike samarbeid setter seg. Departementet opplyser at ulike sektorer kan ha ulik inngang til temaet psykisk helse. Gjennom samarbeidet finner man et felles språk og en felles forståelse.

15.3.2 Resultatmålene i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)

For å gjøre det mulig å følge utviklingen og måloppnåelsen gjennom planperioden er det formulert åtte resultatmål. Ifølge opptrappingsplanen skal det i hovedsak benyttes eksisterende datakilder for å følge med på utviklingen, men for enkelte av målene må det utvikles nye indikatorer.[215]

---

[214] Helsedirektoratet. (2024). Endelig gjennomføringsplan for Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033).
[215] Meld. St. 23 (2022–2023).

I innstillingen til Stortinget slår helse- og omsorgskomiteen fast at det er behov for en opptrappingsplan for psykisk helse.[216] Komiteen slutter seg til det overordnede målet om at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp, skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Komiteen forventer at regjeringen følger opp målene og tiltakene i planen.

Tabellen beskriver de åtte resultatmålene fra opptrappingsplanen:

Tabell 2 Resultatmålene fra opptrappingsplanen

Resultatmål	Hovedindikatorer	Supplerende informasjon	Start-punkt	Kilde for indikator
1. **Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 %**	Selvrapportert depresjon og angst blant ungdom	Ja: analyse av indikator ut fra informasjon om bla. kjønn og skoletrinn	2023	Ungdata (FHI)
2. **Andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert**	Andel unge med uføretrygd og primær-diagnose moderat/mild psykisk lidelse	Ja: for eksempel også alvorlig psykisk lidelse	2023	Nav/SSB
3. **Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus**	Antall kommuner med tilbud om RPH	Ja: analyse av regionale forskjeller og tilbud om andre lavterskeltiltak. Uklart om det blir rapportert på kunnskapsbaserte tilbud	2024	IS 24/8
4. **Barn og unge som henvises til psykisk helsevern for barn og unge, får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten**	Andel poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge som har etablert praksis for vurderingssamtale	Ja: informasjon om type vurderingssamtale, modell og beskrivelse av praksis og erfaringer	2025	Spørre-undersøkelse til BUP
5. **Gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern for barn og unge**	Gjennomsnittlig ventetid	Ja: blant annet rapporter om median ventetid og analyser av regionale forskjeller	2023	FHI/NPR
6. **Hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn og unge med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling**	Antall døgnplasser	Ja: blant annet analyse av antall innleggelser, varighet av døgnopphold og vurderinger av kapasitet i forhold til fremskrevet behov	2023	SSB

[216] Innst. 108 S (2023-2024).

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**	Sammenligning av levealder mellom mennesker med alvorlig psykisk lidelse og den generelle populasjonen	Ja: analyser basert på kjønn	2023	FHI
8.	**Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling**	-	-	-	-

Kilde: Helsedirektoratet[217]

Resultatmål 1, 2 og 7 er mål som beskriver ønsket tilstand i befolkningen på lengre sikt, mens resultatmål 3, 4, 5, 6 og 8 er mål som handler om selve tjenestene. Det er de siste vi vier mest oppmerksomhet til i denne undersøkelsen.

Helsedirektoratet har gitt tilbakemelding til Helse- og omsorgsdepartementet om at det har vært noe krevende å konkretisere resultatmålene i planen. Det har vært ønskelig at disse resultatmålene hver for seg kunne følges opp med en eller noen få konkrete indikatorer. Dette har vist seg å være noe krevende, da flere av målene har en bredde og dybde som gjør det vanskelig å avgrense dem med en eller noen fåtalls indikatorer. Direktoratet forventer at det vil bli behov for justeringer framover, både i hvilke indikatorer som tas med, og i de tilliggende analysene som må gjøres, og som vil bli brukt i rapporteringen.[218]

Det går fram av opptrappingsplanen at status og framdrift i planen skal presenteres årlig i Prop. 1 S. Rapporteringen i statsbudsjettene for 2024 og 2025 har så langt omtalt aktiviteter som er gjort, men har som forventet tidlig i planperioden, i liten grad belyst måloppnåelsen.

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

Vi har i denne undersøkelsen interessert oss for hva som inngår i forventningene til et kunnskapsbasert lavterskeltilbud innenfor psykisk helse og rus, og hvordan dette skal måles i opptrappingsplanen.

I budsjettproposisjonen for 2026 slås det fast at «med kunnskapsbasert menes at tjenestens innhold bygger på et samspill av kunnskap fra forskning, klinisk kunnskap og erfaring fra bruker og pårørende». Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at det generelt er forventet at alle kommuner arbeider kunnskapsbasert på alle områder.

[217] Helsedirektoratet. (2025). *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Utvikling og status for resultatmålene ved starten av opptrappingsplanen*.
[218] Helsedirektoratet. (2025). *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Utvikling og status for resultatmålene ved starten av opptrappingsplanen*.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at bortsett fra «rask psykisk helsehjelp» (se omtale i punkt 10.4.2) er det ingen forventninger til hvilke kunnskapsbaserte tjenester kommunene skal ha. Dette kommer ifølge direktoratet av at de kommunale forutsetningene er svært ulike, og kommunene skal ta hensyn til lokale rammer og forutsetninger.[219]

Resultatmål 3 er dermed operasjonalisert på følgende måte:

1. Hovedindikator: Har kommunen «rask psykisk helsehjelp»?
2. Supplerende informasjon: Har kommunen etablert andre lavterskeltiltak som er relevante for målgruppen innenfor psykisk helse?

Helsedirektoratet skriver i rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet at de ikke har noe grunnlag for å si i hvilken grad disse «andre lavterskeltilbudene» som inngår i den supplerende informasjonen, er kunnskapsbaserte tjenester.[220] Det vil si at hovedindikatoren på resultatmål 3 bare gir informasjon om ungdommer over 16 år får tilbud om rask psykisk helsehjelp, og at det ellers vil være uklart om de øvrige tjenestene til barn og unge er kunnskapsbaserte.

Helse- og omsorgsdepartementet understreker i brev fra 29. januar 2026 at det finnes mange kunnskapsbaserte behandlingsmetoder som har vist effekt ved behandling av psykisk lidelse som kan gis innenfor andre rammer enn rask psykisk helsehjelp. Rask psykisk helsehjelp er imidlertid en helhetlig modell som er forsket på og som har gode resultater. Dette betyr imidlertid ikke at det ikke kan gis kunnskapsbasert hjelp innenfor andre rammer. Departementet har gitt tilbakemelding til Helsedirektoratet om at om at hovedindikatoren framover også må inneholde andre lavterskeltilbud.

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

Som omtalt i punkt 11.1.1 er det variasjon i helseforetakenes bruk av vurderingssamtaler.

Status og resultatoppnåelse for dette målet blir innhentet ved en spørreundersøkelse til de aktuelle poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge de ulike helseregionene.[221]

Helsedirektoratet rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet at de aller fleste poliklinikkene (87 prosent) har etablert en praksis for vurderingssamtale, hovedsakelig i form av en pasientsamtalemodell eller en kombinasjon av både pasientsamtale og henvisningsdialog. Helsedirektoratet slår fast at betydelig variasjon i praksis representerer en betydelig utfordring i oppfølgingen av dette målet. Det går fram av rapporten at et

[219] Direktoratet opplyser videre i intervju at det finnes en del kilder til informasjon om hva som er effektive metodikker/intervensjoner innen psykisk helse, bl.a. gjennom UngSinn. F.eks. har Olweus-programmet dokumentert effekt, men erfaringen er at programmet er dyrt og at det krever spesifikk kompetanse.
[220] Helsedirektoratet. (2025). Opptrappingsplan for psykisk helse. Utvikling og status for resultatmålene ved starten av opptrappingsplanen.
[221] Helsedirektoratet. (2025). Opptrappingsplan for psykisk helse. Utvikling og status for resultatmålene ved starten av opptrappingsplanen.

mindretall av poliklinikkene (22 prosent) oppgir at modellen de bruker, gjelder alle henviste pasienter.

Funnene i denne undersøkelsen støtter opp under Helsedirektoratets rapport, som viser at det ikke er en felles praksis innenfor helseforetakenes opptaksområder for bruk av vurderingssamtaler og samarbeidsmøter om henvisninger.

Som omtalt i punkt 11.1.1 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt et oppdrag til Helsedirektoratet om vurderingssamtaler, og direktoratet samarbeider med de regionale helseforetakene om å lage en overordnet modell for å tydeliggjøre når vurderingssamtalen skal gjennomføres.

Resultatmål 5: Gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 35 dager

Nasjonale ventetidstall viser at gjennomsnittlig ventetid er redusert i 2024 og 2025, men at de ikke oppfyller opptrappingsplanens mål om at man på sikt skal være under 35 dager for psykisk helsevern for barn og unge. Dette er nærmere omtalt i punkt 11.3.1.

Resultatmål 6: Hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet

Som det er omtalt i punkt 11.5, er antallet døgnplasser for barn og unge redusert fra 316 plasser i 2019 til 311 i 2025.

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

Det går fram av rapporteringen fra Helsedirektoratet at det for resultatmål 8 foreløpig ikke finnes gode sammenlignbare undersøkelser om tidsbruk blant helsepersonell som dekker både kommunene og spesialisthelsetjenesten.[222]

Helsedirektoratet opplyser at det per oktober 2025 ikke er besluttet hvordan dette resultatmålet skal måles, men at det arbeides med å definere et bedre informasjonsgrunnlag fram mot rapporteringen i 2026.

15.4 Program for folkehelsearbeid

Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017–2027) er en tiårig satsing for å utvikle kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Satsingen skal bidra til å styrke kommunenes langsiktige og systematiske folkehelsearbeid jf. folkehelseloven. Programmet skal særlig bidra til å gjøre psykisk helse til en del av det lokale folkehelsearbeidet og å fremme lokalt rusforebyggende arbeid. Barn og unge skal være en prioritert målgruppe.[223]

---

[222] Helsedirektoratet (2025). Opptrappingsplan for psykisk helse. Utvikling og status for resultatmålene ved starten av opptrappingsplanen.
[223] Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, KS (u.å)

Folkehelseprogrammet ble opprettet i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS.

Programmet består av en tilskuddsordning og et system for kunnskapsstøtte og evaluering.[224]

Det er tre resultatmål for psykisk helse:

- Innen 2019 har de fleste kommuner inkludert forhold som fremmer psykisk helse, som del av oversiktsarbeidet etter folkehelseloven, og i 2023 har alle kommuner det.
- Innen 2020 har de fleste kommuner drøftet utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og trivsel og avklart eventuelle planbehov, og i 2024 har alle kommuner det.
- Innen utløpet av programperioden (2027) har alle kommunene økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse.[225]

Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere implementeringen av programmet og for å bistå fylkene med organisering og innretning av arbeidet.

Helsedirektoratet opplyser i brev av september 2025 at det årlig gjennomføres en kartlegging av kommunenes systematiske folkehelsearbeid. Det var 90 prosent av kommunene som svarte på kartleggingen i 2023. Denne viste blant annet at

- over 90 prosent av kommunene har utarbeidet et oversiktsdokument etter folkehelseloven som fremmer psykisk helse
- 68 prosent av kommunene har drøftet utfordringer, herunder psykisk helse og livskvalitet, i arbeidet med kommunal planstrategi

Når det gjelder det siste målet, viser Helsedirektoratet til Helsetilsynets rapport «Har kommunene god nok systematikk i arbeidet med å fremme barn og unges psykiske helse?» fra 2024. Tilsynet viser at det er stor variasjon mellom kommunene i hvilke ressurser og hvilken kompetanse de har til å drive systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Helsetilsynet kommer fram til at de kommunene som jobber systematisk, har følgende likhetstrekk:

- De sikrer at folkehelsearbeidet er forankret i ledelsen.
- De har en tydelig struktur og organisering av folkehelsearbeidet.
- De har avsatt nødvendige ressurser til folkehelsearbeidet.
- De har tverrfaglig og tverrsektoriell deltakelse i folkehelsearbeidet.
- De har en tydelig rød tråd i folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet opplyser at det er mange faktorer som spiller inn på hvordan kommuner prioriterer folkehelsearbeidet. Ifølge direktoratet har stram kommuneøkonomi de siste

[224] Prop. 1 S. (2024-2025).
[225] Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, KS (u.å)

årene ført til at flere kommuner har valgt å kutte i stillinger som folkehelserådgivere/folkehelsekoordinatorer. Direktoratet og fylkeskommunene har i løpet av programmet hatt en rekke kompetansehevingstiltak rettet mot kommuner, og det er ifølge direktoratet grunn til å tro at kommunene har fått større kompetanse. Direktoratet opplyser at det vil bli jobbet videre med dette målet i 2026.

KS trekker i brev fram at hovedtemaene i folkehelseprogrammet er barn og unge, psykisk helse og livskvalitet samt sosial ulikhet. KS understreker at folkehelseprogrammet er viktig for å utvikle nye tiltak, innovasjon og styrke forskning og evaluering på folkehelsefeltet. Dette utviklingsarbeidet skal ta utgangspunkt i lokale utfordringer og søkes forankret i kommunens planer. KS opplyser i brev at kommunene fortsatt er opptatt av at det vi måler innenfor folkehelsearbeidet for barn og unges psykiske helse, er for diagnostisk innrettet. Det er ifølge KS for få indikatorer som kan dokumentere helsefremmende og beskyttende faktorer.

15.5 Arbeidet med å forbedre kunnskapsgrunnlaget

Som omtalt i punkt 15.3.2 er det et mål i opptrappingsplanen at barn og unge skal møtes av kunnskapsbaserte tjenester, men det er en utfordring at det mangler kunnskap om tilbudet til denne målgruppen. I fortsettelsen vil vi omtale hva som finnes av systematisk informasjon på dette feltet.

15.5.1 Retningslinjer, faglige råd og veiledninger innen psykisk helse for barn og unge

Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale faglige råd og nasjonale veiledere.

Faktaboks 3 Nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale faglige råd og nasjonale veiledere

Nasjonale faglige retningslinjer blir gitt på områder med behov for nasjonal normering. Dette gjelder gjerne problemstillinger der det er stor faglig uenighet og/eller stor variasjon i praksis.

Nasjonale faglige råd blir gitt på områder med lite faglig uenighet, men der det likevel er behov for å gi nasjonale råd og praktiske eksempler om pasienter og befolkning. Rådene kan også handle om digitalisering av helsetjenesten, og disse er rettet mot virksomhetene i helsetjenesten og deres leverandører.

Nasjonale veiledere inkluderer blant annet veiledere til lov og forskrift og prioriteringsveiledere, samt veiledere om bruk av e-helsestandarder og kodeverk for digital samhandling.

Kilde: Helsedirektoratet[226]

[226] Helsedirektoratet (2019, 27. august).

I undersøkelsen av Psykiske helsetjenester i 2021 viste vi at nesten halvparten av de undersøkte *nasjonale faglige retningslinjer* ikke var oppdaterte.

Vår gjennomgang høsten 2025 viser at det finnes seks nasjonale retningslinjer innenfor fagområdet psykisk helse barn og unge. Fire av disse ble publisert før 2020. To av disse er oppdatert etter at de ble publisert, mens de to andre ikke er oppdatert.

Når det gjelder *nasjonale faglige råd,* er det to som inkluderer barn og unge og psykisk helse. Det nasjonale faglige rådet «Selvskading og selvmord - veiledende materiell for kommunene om forebygging» ble oppdatert i 2021 og «Bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet» ble publisert i 2025.

Det er to nasjonale *veiledere* som er relevante for psykisk helse for barn og unge. Veilederen «Psykisk helsearbeid barn og unge» ble publisert i oktober 2023. Helse- og omsorgsdepartementet opplyste i 2024 at denne veilederen er foreløpig unik i sitt slag fordi den inneholder tverrsektorielle ambisjoner for den kommunale tjenesteutviklingen og samhandlingen med statlig barnevern og spesialisthelsetjeneste.[227] Veilederen ble utarbeidet i samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Husbanken og Helsedirektoratet.[228]

Helse- og omsorgsdepartementet opplyste i 2024 at utfordringene med å utvikle denne veilederen i stor grad dreide seg om at denne tenkningen ikke passer inn i hvordan de ulike tjenestene er regulert, finansiert og styrt i dag. Departementet opplyste at veilederen er en start på å løse de store utfordringene vi har i velferdstjenestene for barn og unge.

Den andre veilederen er «Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier». Denne veilederen er utarbeidet av Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.[229] Veilederen ble publisert i september 2022 og er oppdatert i oktober 2024.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at de normerende produktene[230] som er tilgjengelige på direktoratets nettsider, blir gjennomgått med tanke på å se på endringer i lovverket og kunnskapsgrunnlaget. Det blir undersøkt hvor mange som benytter de normerende produktene, og hvilken nytte tjenestene har av dem. Videre er det stor oppmerksomhet på at de normerende produktene som er rettet mot kommunene, i stor grad bør være tverrsektorielle. Direktoratet har et samarbeidsprosjekt med KS der de ser på hvordan de normerende produktene bedre kan understøtte kommunene.

Helsedirektoratet har inntrykk av at materiellet som skal veilede kommunene om forebygging av selvskading og selvmord, er mye brukt. I tillegg til at direktoratet arbeider med å gjøre innholdet kjent, sprer kompetansesentrene kunnskap om de nasjonale

[227] I brev av 1. oktober 2024. Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer til utkast til revisjonskriterier.
[228] Helsedirektoratet. (2023, 24.oktober).
[229] Helsedirektoratet (2022, 15. september).
[230] Nasjonale normerende produkter omfatter nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, faglige råd, pasientforløp og pakkeforløp samt e-helsestandarder. Det er Helsedirektoratet som utvikler, formidler og vedlikeholder disse.

faglige rådene og anbefalingene. Likevel er det nok også på dette området slik at kommunene i varierende grad har kompetanse og ressurser til å følge opp nasjonale føringer, ifølge direktoratet.

Kommunene er spurt om hvordan de opplever omfanget av de pedagogiske virkemidlene. Det er 62 prosent av dem som mener det er tilstrekkelig med retningslinjer og veiledere som sier hva som er god praksis for arbeidet med barn og unge med psykiske plager og lidelser, og det er bare 11 prosent som mener det er utilstrekkelig.

15.5.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde indikatorer som skal være et hjelpemiddel for ledelsesarbeid og kvalitetsforbedring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten.[231]

I 2021 var det sju kvalitetsindikatorer som belyste tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Alle de sju gjaldt tjenester i spesialisthelsetjenesten.[232]

Helsedirektoratet opplyser i brev at det i 2025 er fire kvalitetsindikatorer som belyser tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser, og alle disse måler tjenester i spesialisthelsetjenesten. Antallet kvalitetsindikatorer har altså gått ned siden forrige undersøkelse, og det skyldes at tre indikatorer som knytter seg til pasientforløp er satt på vent i påvente av at endringer i måling av pasientforløp tas i bruk. Helsedirektoratet opplyser at det pågår et arbeid med å utvikle nye indikatorer innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.[233]

Det finnes én nasjonal kvalitetsindikator for kommunale helse- og omsorgstjenester som er relevant, som er årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene.

15.5.3 Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er opprettet for å dokumentere behandlingsresultater, gi grunnlag for kvalitetsforbedring og forskning. Disse registrene skal løpende dokumentere behandlingsresultatet for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Registrene tildeles nasjonal status av Helsedirektoratet, og de driftes av helseforetak.[234]

Riksrevisjonens undersøkelse av helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål fra 2018 slo fast at det manglet helsedata på store fagområder, blant annet psykiske

[231] Spesialisthelsetjenesteloven § 7-3.
[232] Riksrevisjonen (2021).
[233] Fra 1. januar 2025 er det gitt midlertidig fritak for rapporteringen av forløpskoder. (Helsedirektoratet (2018, 7. september).
[234] Helsedirektoratet (2016, 31. august).

lidelser.[235] Da undersøkelsen ble fulgt opp i 2021, var det etablert ett nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for psykiske lidelser.[236]

I 2025 er det til sammen fem nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen fagområdet psykiske plager og lidelser.[237] Helsedirektoratet opplyser i brev fra september 2025 at to av registrene, Norspis og KVABUP, inneholder opplysninger om barn og unge. Helsedirektoratet opplyser at Norspis har vært operativt i flere år, mens KVABUP er under utvikling.

Det går fram av årsrapporten fra Norspis for 2024 at registeret i flere år har stått i fare for å miste sin nasjonale status på grunn av lav dekningsgrad. I årsrapporten står det at den siste nasjonale dekningsgradsanalysen viste at registeret hadde en dekningsgrad på ca. 15 prosent.

Det andre nasjonale medisinske kvalitetsregisteret som inkluderer barn og unge, er Nasjonalt kvalitetsregister for psykisk helsevern for barn og unge (KVABUP). Dette registeret ble godkjent med nasjonal status av Helsedirektoratet i 2023, og formålet med registeret er blant annet å analysere årsaker til forskjeller i psykisk helsevern for barn og unge og å avdekke forbedringsområder.[238] Det går fram av årsrapporten for 2024 at registeret ikke er operativt, og at det foreløpig ikke har resultater å rapportere om datakvalitet, kvalitetsforbedring eller forskning.[239]

De eksisterende nasjonale medisinske kvalitetsregistrene kan dermed i begrenset grad bidra i det systematiske arbeidet med å analysere hvilke behandlingsmetoder som gir best effekt.

15.5.4 Sentrale registerdata og kartlegginger

Folkehelseinstituttet har ansvar for statistikk og rapporter fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). NPR inneholder helseopplysninger om alle personer som har fått behandling, eller som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten.[240] Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inneholder data som sier mer om innholdet i de kommunale tjenestene.[241] KPR har ikke data om psykiske helsetjenester i seg selv, men det inngår opplysninger om bl.a. behandling hos fastlege, legevakt og data fra helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Kommunene og fylkeskommunene rapporterer regnskapsinformasjon og informasjon om tjenester til staten ved SSB. Bl.a. inneholder KOSTRA årsverkstall for lovpålagte helse- og

[235] Riksrevisjonen (2018).
[236] Riksrevisjonen (2022).
[237] Kvalitetsregister i alderspsykiatri (KVALP), Nasjonalt kvalitetsregister for psykisk helsevern barn og unge (KVABUP), Nasjonalt kvalitetsregister for behandling i psykisk helsevern voksne (KVAVOP), Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NORSPIS) og Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog).
[238] Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre (u.å).
[239] Nasjonalt kvalitetsregister for psykisk helsevern barn og unge (2025).
[240] Folkehelseinstituttet (u.å).
[241] Folkehelseinstituttet (2024, 26. august).

omsorgstjenester.[242] KOSTRA har vært obligatorisk for kommunene og fylkeskommunene fra og med 2001.[243]

SINTEF har fra og med 2007 kartlagt kommunalt psykisk helsearbeid på oppdrag fra Helsedirektoratet. Innholdet i kartleggingen har i perioden variert, men helt fra oppstarten av har det blitt samlet inn tall på årsverk i psykisk helsearbeid. I 2024 ble det gjort en endring i hvordan tall på årsverk defineres og rapporteres. Det er dermed ikke mulig å sammenligne årsverksrapporteringen til og med 2023 med rapporteringen i årene etter på grunn av tidsseriebrudd.

Som omtalt i punkt 10.7 registrerte kommunene i 2024 dataene om årsverk på ulik måte. Helsedirektoratet opplyser at noen kommuner trolig har inkludert alle tilgjengelige årsverk til helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, mens andre kommuner har avgrenset seg til målgruppen (det vil si egne årsverk til målgruppen for psykisk helse- og rusarbeid). Dette kan være forklaringen på at to kommuner med om lag like store innbyggertall rapporterer henholdsvis 30 og 2 årsverk. Informasjonen som er samlet inn, kan derfor ikke brukes til å sammenligne ressursinnsats mellom kommunene.

15.5.5 Informasjon om pasientenes og de pårørendes erfaringer

Både Grunnloven og barnekonvensjonen legger til grunn at det beste for barnet skal være et grunnleggende hensyn når myndighetene utformer tjenestene, og i hjelpen til det enkelte barn.[244] Dette krever at barnets synspunkter hentes inn og vektlegges.

I spørreundersøkelsen til kommunene spurte vi om det enkelte barn/ungdom får mulighet til å gi tilbakemelding om hvordan de opplever tjenestene de får. I overkant av 25 prosent av kommunene svarer at det stemmer dårlig. Vi spurte også om kommunen har et system for å bruke informasjon fra barn og unge i utformingen av tjenestene. Da er det flere, nesten hver tredje kommune, som sier at det stemmer dårlig.

Riksrevisjonens undersøkelse om psykiske helsetjenester i 2021 viste at det var gjennomført få nasjonale brukerundersøkelser om behandlingen som foregår i poliklinikkene.[245] Dette var bakgrunnen for at Riksrevisjonen anbefalte at Helse- og omsorgsdepartementet som en del av styringen av de regionale helseforetakene burde påse at pasientenes og de pårørendes erfaringer innhentes og brukes i forbedringsarbeidet av tjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at det gjennomføres flere pasient- og brukerundersøkelser i sektoren, og at poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge vil inngå i kommende undersøkelser. Departementet viser også til at det er lansert nye nasjonale faglige råd om bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet.

---

[242] Statistisk sentralbyrå (2025, 25. november).
[243] Kommunal- og distriktsdepartementet (2025, 10. september)
[244] Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen artikkel 3.
[245] Riksrevisjonen (2021).

15.5.6 Helse- og omsorgsdepartementets vurdering av egen virkemiddelbruk

I brev av 29. januar 2026 påpeker Helse- og omsorgsdepartementet at det er vanskelig å finne fagområder som har vært gjenstand for mer uttalt styring enn psykisk helsefeltet de siste 25 årene, og da særlig tilbudet til barn og unge.

Helse- og omsorgsdepartementet anerkjenner at det er betydelige utfordringer i feltet både når det gjelder kunnskapsgrunnlag og kapasitet, men trekker fram at alle styringsvirkemidler som er tilgjengelig for departementet har vært benyttet for å drive dette feltet fremover.

Departementet viser til at da Stortinget vedtok den første opptrappingsplanen for psykisk helse i 1998 ble det bevilget midler til økte investeringer og økte årlige driftskostnader til psykisk helsefeltet. For kommunesektoren ble brorparten av midlene bevilget som øremerkede tilskudd i planperioden. Disse ble, i tråd med retningslinjer for styring av kommunesektoren, i hovedsak innlemmet i kommunerammen da planperioden var omme.

Etter den første opptrappingsplanen er det brukt øremerkede tilskuddsmidler for å bygge opp ACT-, FACT- og FACT Ung-team, Rask psykisk helsehjelp og rekruttering av psykologer til kommunen. Det har vært lagt frem en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, og det er en pågående opptrappingsplan for psykisk helse som Stortinget har sluttet seg til.

Lovvirkemiddelet har ifølge departementet vært brukt til styring blant annet gjennom tydeliggjøring av den kommunale plikten til psykososial beredskap, tydeliggjøring av plikten til forebygging, avdekking og avverging av vold og overgrep og til å gi kommunene plikt til å ha psykologkompetanse.

Departementet viser videre til at de pedagogiske virkemidlene er benyttet blant annet gjennom at det er utarbeidet egne veiledere for psykisk helse- og rusarbeid for voksne, psykososialt arbeid for barn og unge og psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer. Videre er det gjennom øremerkede bevilgninger bygget opp kompetansesentre og forskningssentre som er relevante for psykisk helse.

For spesialisthelsetjenesten har det ifølge departementet i perioden siden 1998 vært gitt mer eller mindre eksplisitte styringssignaler om prioritering av psykisk helsefeltet som går vesentlig lengre i detaljstyring av ressursinnsats og prioriteringer enn for resten av spesialisthelsetjenesten. Senest er det tydeliggjort at barn og unge og mennesker med alvorlig psykisk helse- og rusproblematikk er prioriterte grupper for arbeidet i helsefellesskapene. I flere av senere års oppdragsdokumenter framgår det kvalitative mål, indikatorer og oppdrag som retter seg mot psykisk helsevern barn og unge. Oppdrag følges opp med rapportering for å følge oppfølging av oppdrag og utviklingen, og som videre framgår av årlig statsbudsjett fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser også at det generelt ikke opplever å mangle styringsdata for å kunne utarbeide mål og gi overordnet styring, selv om det kunne vært ønskelig og hatt flere data blant annet for kvalitet og effekt.

Del 3: Revisjonskriterier og metodisk tilnærming

16 Revisjonskriterier

16.1 Barn og unge skal motta gode tjenester

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at barn og unge får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester.[246] Kommunen skal sørge for at alle innbyggerne tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester,[247] og at det finnes helsefremmende og forebyggende tjenester.[248] Kommunene skal henvise til spesialisthelsetjenesten når det er behov for tilbud som er mer spesialisert enn det kommunen kan tilby. De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen får spesialisthelsetjenester i samsvar med sine behov.[249]

Både Grunnloven og barnekonvensjonen understreker at hensynet til barnets beste skal være et grunnleggende hensyn når myndighetene utformer tjenestene og i hjelpen til det enkelte barn.[250] I dette arbeidet må barns synspunkter hentes inn og vektes.

16.1.1 Forsvarlighet og kvalitet

Barn og unge har rett til nødvendige tjenester.[251] Med nødvendige tjenester menes det at de har rett til nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering av behov.[252]

Tjenestene som barn og unge får i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, skal være forsvarlige.[253] At tjenesten er forsvarlig, betyr at den må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.[254] Pasientene skal kunne være sikre på at tjenestene de mottar, er trygge og har god kvalitet. Kvaliteten og pasientsikkerheten skal være like god i små og store virksomheter og hos offentlige og private tjenesteytere.[255]

Tjenester av god kvalitet er kjennetegnet ved at de er virkningsfulle, samordnet og preget av kontinuitet, er trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.[256]

---

[246] Spesialisthelsetjenesteloven § 2–1
[247] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.
[248] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.
[249] Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.
[250] Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen artikkel 3.
[251] Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1. Både kommunene og staten skal sørge for at befolkningen får hhv nødvendige helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1.
[252] Helsedirektoratet (2015, 1.april). Denne omtalen står både under kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i rundskrivet.
[253] Følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 *og* helsepersonelloven § 4.
[254] Prop. 99 L (2015–2016)
[255] Innst. 206 S (2015–2016)
[256] Se for eksempel Sosial- og helsedirektoratet (2005) Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, Nasjonal helseplan 2007–2010, som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av statsbudsjettet for 2007, og Helsedirektoratet (2017, 17.februar) Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at helse- og omsorgstjenesten overholder sine lovpålagte plikter, og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.[257]

Psykolog er en del av den kjernekompetansen alle kommunene må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.[258] Da helse- og omsorgskomiteen behandlet primærhelsemeldingen, la komiteen vekt på at det vil være avgjørende å styrke kompetansen i psykisk helse i førstelinjen i helsetjenesten.[259]

16.1.2 Helhetlige og koordinerte tjenester, gitt på riktig nivå

Kommunen skal gi det enkelte barnet og den enkelte ungdommen et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud.[260] Det betyr at kommunen må legge til rette for samhandling mellom ulike tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby lovpålagte tjenester.[261]

For familier som har barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, skal kommunen oppnevne en barnekoordinator dersom foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette.[262] Helse- og omsorgskomiteen har lagt til grunn at retten til barnekoordinator ikke bare gjelder somatikk, men også psykiske lidelser eller tilstander.[263]

Det regionale helseforetaket har plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom blant annet ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak og med kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester.[264]

Helse- og omsorgskomiteen har lagt til grunn at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, i tråd med det såkalte LEON-prinsippet.[265] Det vil i praksis si at helsehjelp til barn og unge som ikke krever spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten.[266] Da helse- og omsorgstjenesteloven ble behandlet, understreket helse- og omsorgskomiteen at det er viktig at pasienter som har behov for tjenester på spesialistnivå, får dette.[267]

16.1.3 Likeverdige tjenester

Et viktig formål med både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven er å bidra til et likeverdig tjenestetilbud for hele befolkningen.[268] Det går fram av

[257] Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.
[258] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, jf. Prop. 71 L (2016–2017) og Innst. 378 L (2016–2017)
[259] Innst. 40 S (2015–2016)
[260] Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.
[261] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4.
[262] Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a.
[263] Innst. 581 L (2020–2021) og Innst. 108 S (2023-2024)
[264] Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.
[265] Innst. 424 L (2010–2011)
[266] Prop. 91 L (2010–2011)
[267] Innst. 424 L (2010–2011)
[268] jf. § 1-1 i begge lovene.

forarbeidene til begge lovene at dette innebærer at befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester uavhengig av for eksempel diagnose eller bosted.[269]

16.2 Mål og krav til kommunenes tjenestetilbud

Helse- og omsorgskomiteen peker på at kommunene har et ansvar for å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, utredninger, diagnostisering, behandling, habilitering og rehabilitering. Komiteen viser til at tjenestene dekker et vidt spekter, fra lavterskeltilbud og oppfølging fra fastlegen til tilbud til dem med sammensatte og langvarige behov.[270]

Komiteen mener hensikten og det viktigste er at folk får hjelp på et tidlig tidspunkt nær der de bor. Rask tilgang på hjelp kan bety mye for den enkelte og bidra til å redusere pågangen senere til andre deler av helse- og omsorgstjenesten, både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. Komiteen ser gevinsten av at hjelpen er der folk lever sine liv.[271]

Helsestasjon

Barn har rett til helsekontroll, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1. Tjenestene skal arbeide for at barna får oppfylt sin rett til helsekontroll. Alle barn fra 0 til 5 år bør få tilbud om regelmessige konsultasjoner på helsestasjonen.

Kommunene skal ha en helsestasjonstjeneste.[272] Tilbudet skal blant annet gis til barn og ungdom opp til 20 år. Innholdet i tjenestene skal blant annet være[273]

- helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid
- styrking av unges autonomi og ferdigheter i å mestre sin hverdag og forhold knyttet til deres fysiske, psykiske og seksuelle helse og
- råd og veiledning om fysisk, psykisk og seksuell helse tilpasset ungdoms behov

Alle kommuner skal ha et helsestasjonstilbud for ungdom opp til 20 år.[274] For å konkretisere revisjonskriteriet om tilbudet til barn og ungdom legger vi til grunn at Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom utgjør en anerkjent faglig standard.[275] Det går fram av denne at helsestasjonstilbudet til ungdom bør organiseres slik at det

- er tilpasset ungdommenes behov
- gis på ungdommenes premisser
- oppleves tilgjengelig for ungdommene, også for dem som ikke går på skole

Helsestasjonene for ungdom bør ifølge retningslinjen være spesielt oppmerksomme på ungdom som har indikasjoner på utfordringer med psykisk helse, seksuell helse, rus og

[269] Jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) og Prop. 91 L (2010–2011)
[270] Innst. 108 S (2023-2024)
[271] Innst. 108 S (2023-2024)
[272] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.
[273] Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 5.
[274] Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 3 første ledd bokstav b.
[275] Helsedirektoratet (2017, 8. februar).

vold. Helsestasjonene bør tilby oppfølgende samtaler til disse ved behov. Det går også fram at helsestasjon for ungdom skal være et supplement til skolehelsetjenesten, og ikke komme i stedet for denne.

Skolehelsetjeneste

Skolehelsetjenesten er lovpålagt.[276] Tilbudet til barn og unge i skolehelsetjenesten skal inneholde[277]

- helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid
- helseopplysning, helseundersøkelser av enkeltelever, veiledning og rådgivning med oppfølging og henvisning ved behov
- opplysning, bistand og undervisning i gruppe, klasse og på foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det
- kartlegging for å avdekke risiko for fysiske og psykiske vansker/problemer og skjevutvikling, herunder særlig oppmerksomhet på å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt, og sørge for tilbud om nødvendig oppfølging og hjelp
- oppsøkende virksomhet ved behov
- samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø
- samarbeid om habilitering og rehabilitering av barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede, samt samarbeid om utarbeiding av eventuell individuell plan
- informasjon og tilbud om vaksinasjon i tråd med barnevaksinasjonsprogrammet
- styrking av barn og unges autonomi og ferdigheter i å mestre egen hverdag og forhold som gjelder den fysiske, psykiske og seksuelle helsen
- råd og veiledning om fysisk, psykisk og seksuell helse tilpasset ungdoms behov

For å konkretisere disse revisjonskriteriene legger vi til grunn at Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom er en anerkjent faglig standard.[278] Det går fram av denne at skolehelsetjenesten bør tilby oppfølging av barn og ungdom med psykiske plager og lidelser. Retningslinjen anbefaler sterkt at skolehelsetjenesten bør støtte barn og ungdom med psykiske plager ved å

- tilby oppfølgende samtaler individuelt eller i grupper
- henvise til andre tjenester dersom oppfølgende samtaler og/eller tiltak i skolehelsetjenesten ikke er tilstrekkelig

[276] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.
[277] Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 6.
[278] Helsedirektoratet (2017, 8. februar).

- samarbeide med skole og foreldre om å tilrettelegge skolehverdagen
- samarbeide med andre tjenester, for eksempel psykisk helsetjeneste i kommunen og BUP, for veiledning

Det slås også fast at skolehelsetjenesten bør støtte barn og ungdom som er i behandling for psykiske lidelser, ved å

- samarbeide med skole og foreldre om å tilrettelegge skolehverdagen
- motivere barn og ungdom som faller ut av behandling, til å gjenoppta behandlingen

Skolehelsetjenesten bør ha oversikt over relevante hjelpetilbud i lokalmiljøet og samarbeide med aktuelle aktører ved bekymring om psykiske plager og lidelser hos barn og ungdom.[279]

Fastlege

Fastlegen er pasientens viktigste og oftest første kontakt i helsetjenestene. Alle barn og unge har rett til å ha en fastlege, og tjenesten er gratis fram til man er 16 år. Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid.[280]

Fastlegen skal ved behov henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester.[281]

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen skal videre legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.[282]

Psykisk helsetjeneste i kommunen

Kommunen skal forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne.[283]

For å konkretisere dette revisjonskriteriet legger vi til grunn at den nasjonale veilederen «Psykisk helsearbeid barn og unge» er en anerkjent faglig standard. Den er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken og Utdanningsdirektoratet. Ifølge veilederen skal kommunens psykiske helsetjeneste tilby behandling og oppfølging til barn og unge med milde til moderate psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og reaksjoner på

[279] Helsedirektoratet (2017, 8. februar).
[280] Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 1.
[281] Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 24.
[282] Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 8.
[283] Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1.

belastende livshendelser. Tilbudet bør ha et familieperspektiv og tilby foreldrestøtte og veiledning til foreldre og kommende foreldre.[284]

Kommunen bør ha ulike behandlings- og oppfølgingstilbud til barn og unge og deres foreldre. Det finnes ulike måter å beskrive behandling på. Behandling er intervensjoner eller tiltak som er igangsatt med formål om å skape endring eller bedring.[285] Her er noen aktuelle tiltak:

- hjelp med å finne fram i hjelpeapparatet
- veiledning om ulike utfordringer
- foreldreveiledningsprogrammer
- familiesamtaler
- grupper for barn og ungdom med ulike utfordringer
- samarbeid med barnehage og skole eller andre arenaer
- individuelle samtaler over kortere eller lengre tid.[286]

Barnehage- og skolesektoren

Barnehagen skal ha en helsefremmende og en forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller.[287] Når barna blir store nok til å begynne på skolen, har de rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, inkludering, trivsel og læring.[288]

Kommuner og fylkeskommuner skal ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste.[289] Den pedagogisk-psykologiske tjenesten skal bistå barnehagen i arbeidet med kompetanse- og organisasjonsutvikling for å tilrettelegge barnehagetilbudet for barn med særlige behov[290] og skal samarbeide med og støtte skolene i det forebyggende arbeidet for å gi et inkluderende opplæringstilbud til elever som kan ha behov for tilrettelegging av opplæringen.[291]

Barnehagen, skolen, skolefritidsordningen og den pedagogisk-psykologisk tjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi eleven et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.[292]

[284] Helsedirektoratet (2023, 24. oktober).
[285] Helsedirektoratet (2023, 24. oktober).
[286] Helsedirektoratet (2023, 24. oktober).
[287] Barnehageloven § 2.
[288] Opplæringsloven § 12-2.
[289] Barnehageloven § 33-35 og i opplæringsloven 11-13.
[290] Barnehageloven § 33.
[291] Barnehageloven § 33 og opplæringsloven § 11-13.
[292] Barnehageloven § 2 b og Opplæringsloven § 24-1.

16.3 Mål og krav til spesialisthelsetjenestens tilbud

De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen.[293] Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.[294]

Helseforetakenes formål er ifølge helseforetaksloven § 1 å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av blant annet bosted og alder, samt å legge til rette for forskning og undervisning. Helseforetakene skal også vurdere henvisninger fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten om behandling.[295]

I behandlingen av opptrappingsplanen for psykisk helse viste Helse- og omsorgskomiteen til at det de siste årene har vært en utvikling med større vekt på polikliniske tjenester og ambulant behandling og mindre bruk av døgnbehandling.[296] Selv med denne endringen, mener komiteen at det er nødvendig med god kapasitet på sengeplasser og døgnbehandling. Komiteen slutter seg til resultatmålet om å hindre nedbygging av antallet sengeplasser og sikre at døgnkapasiteten i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovene. Komiteen merker seg at det har vært en betydelig økning i henvisninger, særlig under og etter covid-19-pandemien. Komiteen vil derfor støtte opp under at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å øke kapasiteten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Helse- og omsorgskomiteen ser et særlig behov for å styrke tilbudet til barn og unge og er uroet over at stadig flere barn og unge har behov for hjelp, og at ventetidene øker. Komiteen er opptatt av at kapasiteten til behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser blir styrket, og at det blir sikret tilstrekkelig døgnkapasitet.[297]

Kontroll- og konstitusjonskomiteen viser ved behandlingen av *Riksrevisjonens undersøkelse av helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål* til at Norge mangler helseregistre for flere store sykdomsområder, som psykiske lidelser og rus. Komiteen viser til at mangel på registre vanskeliggjør det systematiske arbeidet med å analysere hvilke behandlingsmetoder som gir best effekt.[298] De regionale helseforetakene har ansvar for at de nasjonale kvalitetsregistrene etableres, driftes og finansieres.

Det regionale helseforetaket skal, i tillegg til å følge opp enkelte pasienter, sørge for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak og med andre tjenesteytere.[299] Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd,

[293] Helseforetaksloven § 2a.
[294] Helseforetaksloven § 2a.
[295] Spesialisthelsetjenesteloven § 3-12.
[296] Innst. 108 S (2023-2024).
[297] Innst. 108 S (2023–2024).
[298] Innst. 277 S (2017–2018).
[299] Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e Samarbeid. Med tjenesteytere menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehageloven §19 og skoler som får statstilskudd etter privatskolelova § 6-1.

veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.[300]

16.4 Mål og krav til den sentrale helseforvaltningen

16.4.1 Overordnede krav til departementets styring

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for å sikre at de nasjonale målene for helse- og omsorgstjenestene nås. Departementet må sikre seg informasjon om måloppnåelsen og hvordan de statlige virkemidlene bidrar til måloppnåelsen, jf. reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet) og bestemmelser om økonomistyring i staten (økonomibestemmelsene). Et viktig formål med økonomiregelverket i staten er å sikre at statlige midler brukes effektivt. Departementet skal følge opp at de statlige aktørene ivaretar oppgavene sine i samsvar med de målene som framgår av Stortingets vedtak og forutsetninger.

Departementet må sørge for at det blir gjennomført evalueringer for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåelse og resultater, jf. økonomireglementet og økonomibestemmelsene. Hyppigheten til og omfanget av evalueringene skal bestemmes ut fra virksomhetens egenart, risiko og vesentlighet. Behovet for evaluering må også vurderes i lys av kvaliteten på og omfanget av øvrig rapportering.

Når det gjelder styringen av kommunene, har Stortinget lagt til grunn at mål- og resultatstyring er etablert som det dominerende styringsprinsippet i staten. Generelt innebærer det at staten spesifiserer nasjonale mål og forventede resultater, mens kommunene skal finne fram til virkemidler lokalt som vil gjøre at målene oppnås best mulig.[301] Prinsippet om det kommunale selvstyret er hjemlet i Grunnloven § 49 andre ledd.

Kommunalkomiteen har pekt på at kommunesektoren har et selvstendig ansvar overfor sine innbyggere for å løse grunnleggende oppgaver og yte tjenester. Samtidig har staten et ansvar for å sette kommunesektoren i stand til å løse oppgavene til det beste for innbyggerne, og komiteen framhever at staten har et bredt spekter av virkemidler i styringen av kommunene.[302]

16.4.2 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal iverksette vedtatt politikk og har fått flere forvaltningsoppgaver delegert fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor folkehelse og helse- og omsorgssektoren. Direktoratet

[300] Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.
[301] Innst. 270 S (2011–2012). Merknaden er gitt av flertall, som besto av alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet.
[302] Innst. 270 S (2011–2012).

skal også være en faglig premissleverandør og pådriver for aktørene i helse- og omsorgssektoren.[303]

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som støtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten.[304] Direktoratets faglige retningslinjer og veiledere beskriver de nasjonale helsemyndighetenes oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer som er i samsvar med politikken som er vedtatt for helse- og omsorgstjenesten. Disse virkemidlene er viktige for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon. De faglige retningslinjene og veilederne er ikke bindende for tjenesteyterne, men dersom tjenesteyteren velger en annen praksis enn det som foreslås, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering.[305]

Videre skal Helsedirektoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Disse skal fungere som et hjelpemiddel for ledelsesarbeid og kvalitetsforbedring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten.[306] De nasjonale kvalitetsindikatorene skal gi pasientene et informasjonsgrunnlag slik at de kan ivareta rettighetene sine. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelige.[307] Ved behandlingen av Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014* viste komiteen i Innst. 217 S (2015–2016) til at et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester. Komiteen ga uttrykk for at uønskede forskjeller i praksis må reduseres.[308]

16.4.3 Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet (FHI) har ansvar for kunnskapsoppsummeringer og forskning på områdene folkehelse og helse- og omsorgstjenestene.[309]

16.4.4 Statsforvalteren

Statsforvalteren skal som sektormyndighet medvirke til iverksetting av nasjonal politikk. Dette gjøres gjennom veiledning, dialog og tilsyn med kommunene, fylkeskommunene, innbyggerne og berørte virksomheter.[310]

---

[303] Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 30. januar).
[304] Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3.
[305] Jf. Prop. 91 L (2010–2011).
[306] Spesialisthelsetjenesteloven § 7-3.
[307] Spesialisthelsetjenesteloven § 7-3.
[308] Innst. 217 S (2015–2016).
[309] Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 15. februar).
[310] Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. (2024).

17 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Vi har belyst problemstillingene ved å analysere data fra intervjuer, spørreundersøkelser, ulike kvalitative data og relevant informasjon.

Tabell 3 Innhentede data som er brukt for å belyse de ulike problemstillingene

	spørre-undersøkelser	data fra KPR	data fra NPR	intervjuer	brev med spørsmål	sekundær-data
I hvilken grad har kommunene psykiske helsetjenester for barn og unge?	X	X		X		X
I hvilken grad har spesialisthelse-tjenesten psykiske helsetjenester for barn og unge?	X		X	X	X	X
Gir kommunene og spesialisthelse-tjenesten til sammen nødvendige helsetjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser, og hvilke konsekvenser har et eventuelt mangelfullt tilbud for barn og unge?	X	X	X	X	X	X
Legger styringen av sektoren og bruken av statlige virkemidler til rette for at barn og unge får nødvendige psykiske helsetjenester?				X		X

Kilde: Riksrevisjonen

Datainnsamlingen er utført i perioden fra september 2024 til oktober 2025. I tillegg er det innhentet noen oppdaterte tall i januar 2026.

17.1 Spørreundersøkelser

Det er utarbeidet to spørreundersøkelser, et til kommuner og et til helsesykepleiere. Begge skjemaene var inndelt i tematiske bolker. Svarkategoriene var i hovedsak lukket, men for noen spørsmål var det mulig å gi utdypende svar eller føye til opplysninger hvis ikke svarkategoriene var dekkende.

Respondentene måtte svare på flertallet av spørsmålene, men i de aller fleste tilfeller var det utformet en «vet ikke»-kategori.

Spørreskjemaene ble utformet i Questback og sent ut elektronisk. Før spørreskjemaene ble distribuert, ble innholdet i begge skjemaene pilotert i en liten og en stor kommune og med to helsesykepleiere som arbeidet i en liten og en stor kommune.

17.1.1 Spørreundersøkelse til kommuner

Hensikten med spørreundersøkelsen var å kartlegge innholdet i det kommunale psykiske helsetilbudet for barn og unge. Spørreundersøkelsen innhentet også informasjon om hvordan kommunene samarbeider med helseforetakene om barn og unge, og hvilke konsekvenser det kan få for barn og unge når tilbudet mangler.

Når SINTEF på oppdrag av Helsedirektoratet årlig henter inn informasjon om kommunenes psykiske helse- og rusarbeid, velger de å innhente informasjon fra alle kommuner og fra bydelene i Oslo. Vi har valgt å sende ut vår spørreundersøkelse til de samme respondentene som Helsedirektoratet bruker i sin kartlegging.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til postmottakene i 356 kommuner og 15 bydeler i Oslo 31. oktober 2024.[311] Spørreundersøkelsen ble sendt til de kommunale postmottakene, og mottaket ble bedt om å sende undersøkelsen videre til den personen i kommunen som har best oversikt over tjenestene som gis til barn og unge med psykiske plager og lidelser (for eksempel lederen for helsetjenestene eller kommunepsykologen).

Vi gjennomførte en frafallsanalyse 2. desember 2024. Frafallsanalysen ble gjennomført med hensyn til befolkningsstørrelse, kommunestørrelse og geografisk representasjon. Frafallsanalysen viste at det var mindre variasjon i befolkningsstørrelse og kommunestørrelse, men at Nordland fylke var noe underrepresentert. Vi besluttet derfor å ringe til kommuner i Nordland som ikke hadde svart på undersøkelsen, før vi sendte en siste påminnelse til alle kommuner som ikke hadde svart på undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen ble lukket 12. desember 2024. Det var 269 kommuner som svarte på spørreundersøkelsen, noe som utgjør 72,5 prosent. Hvis vi tar utgangspunkt i antall

[311] Dagen før sendte vi ut en e-post der vi orienterte kommunene om at de dagen etter ville motta en e-post fra oss med lenke til en digital spørreundersøkelse. Denne e-posten ble sendt for å trygge kommunene på at spørreundersøkelsen kom fra oss.

barn, så innebærer dette at 70 prosent av alle barn (0–18 år) bor i en kommune som har svart på undersøkelsen.

Noen av de største byene har ikke svart på spørreundersøkelsen (Bergen, Trondheim og Stavanger), men frafallsanalysen viser at det var ingen tydelige forskjeller i svarprosent mellom fylker, opptaksområder eller kommunestørrelser.[312] Det tyder på at svarene gir et representativt bilde av alle kommunene.

17.1.2 Spørreundersøkelse til helsesykepleiere

I januar 2025 ble det sendt ut en spørreundersøkelse til helsesykepleiere i kommunene. Hovedformålet med spørreundersøkelsen var å få helsesykepleiernes vurdering av det psykiske helsetilbudet i deres kommune. I tillegg har vi stilt spørsmål om hvilke konsekvenser de opplever når barn og unge ikke mottar de tjenestene de har behov for.

Landsgruppen av helsesykepleiere i NSF har bistått oss med utsendingen av undersøkelsen. Landsgruppen har 3939 medlemmer og spørreundersøkelsen ble sendt ut til 3 772 medlemmer. Ifølge tall fra SSB var det 4 844 helsesykepleiere i 2023, slik at landsgruppen dekker over 80 prosent av alle helsesykepleiere i landet.[313]

Det var totalt sett 1 105 medlemmer som svarte. Helsesykepleiere kan være ansatt i ulike funksjoner, og vi ønsket bare svar fra helsesykepleiere som jobbet på helsestasjon, skolehelsetjeneste eller helsestasjon for ungdom. Det var 1 014 helsesykepleiere som jobbet på helsestasjon, skolehelsetjeneste og/eller helsestasjon for ungdom og det var disse som besvarte spørreundersøkelsen. Tabell 4 viser hvor helsesykepleiere som svarte, jobber. Det er flere som jobber på flere av arbeidsstedene, slik at summen blir mer enn 1 014.

Tabell 4 Andel og antall helsesykepleierne med tilknytning til de ulike arbeidsstedene som har besvart spørreundersøkelsen

	Andel	Antall
Helsestasjon 0–5 år	37,1	376
Skolehelsetjenesten, barne- og/eller ungdomsskole	64,8	657
Skolehelsetjenesten, videregående skole	17,8	180
Helsestasjon for ungdom	28,1	285

[312] En kji-kvadrat-test viste ingen signifikant sammenheng mellom kommunestørrelse og svaralternativ (χ^2 (5) = 7.12, p = 0.21). Fishers eksakte test (basert på 10000 simuleringer) viste ingen signifikant forskjell i svarmønster mellom opptaksområdene eller fylkene (p = 0,26/ p= 0,33). På grunn av små forventede frekvenser i enkelte kategorier ble denne testen valgt fremfor kji-kvadrat-testen for opptaksområdene og fylkene.

[313] Statistisk Sentralbyrå (2025, 11.mars). Antall sysselsatte i alderen 15-66 år. Ifølge tabellen er det 4375 helsesykepleiere som jobber i helse- og sosialtjenester. Det er uklart om alle medlemmene i landsgruppen jobber i helse- og sosialtjenester eller i andre typer yrker (for eksempel med offentlig administrasjon eller undervisning).

Annet	8,3	84
Sum		**1 582**

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til helsesykepleiere

Helsesykepleiere som arbeider på henholdsvis helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom har ulike oppgaver og må blant annet samarbeide med litt ulike aktører. Vi har derfor utarbeidet ulike spørsmål til de ulike arbeidsplassene når det har vært behov for det. Respondentene har fått enkelte spørsmål avhengig av hvor de jobber, og dette gjør at N ved enkelte spørsmål varierer.

17.2 Analyser av kvantitative data

For å kartlegge omfanget av tilbud og forbruk av tjenester i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har vi brukt aggregerte tall som er tilgjengelige på nettsidene til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og SSB. Dette er tall som de allerede har utarbeidet, og som er tilgjengelige for nedlasting via deres nettsider. Tallene viser blant annet årsverk i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tallene for spesialisthelsetjenesten har vi hentet inn per helseforetak, per regionalt helseforetak og nasjonalt. Det varierer om det finnes tilgjengelige tall for Betanien sykehus, eller om de er innlemmet i data for Helse Bergen HF. Det vil gå fram av figurene om de er med som en egen enhet eller ikke.

Tabell 5 Oversikt over hvor statistikk er innhentet fra

	Indikator	Kilde	År vi har data for
Tilgjengelig statistikk	Henvisninger (tildelt rett til helsehjelp)	Folkehelseinstituttet[314]	2019–2024
	Ventetider	Folkehelseinstituttet[315]	2019–2024
	Pasienter i psykisk helsevern barn og unge	Helsedirektoratet[316]	2019–2024
	Polikliniske kontakter i psykisk helsevern barn og unge	Helsedirektoratet[317]	2019–2024
	Ambulante kontakter	Helsedirektoratet[318]	2019–2024

[314] Folkehelseinstituttet (2024, 23. oktober)
[315] Folkehelseinstituttet (2024, 23. oktober)
[316] Helsedirektoratet (2024a, 18. september)
[317] Helsedirektoratet (2024a, 18. september)
[318] Helsedirektoratet (2024b, 18. september)

	Døgnplasser	SSB[319]	2019–2024
	Årsverk i psykisk helsevern barn og unge	SSB[320]	2019–2024
	Årsverk i kommunene	Helsedirektoratet	2024[321]
	Årsverk helsestasjon og skolehelsetjeneste	Helsedirektoratet[322]	2020–2024
Bestilt statistikk	Kontakter og pasienter hos fastlegen	KPR	2017–2023
	Avviste henvisninger	NPR	2023
	Andel innbyggere uten fastlege	Helsedirektoratet	2023

I tillegg har vi hentet inn data fra SSB-tabeller (07459 og 10826)[323] om antall innbyggere i alderen 0–18 år på kommune- og bydelsnivå. For befolkning per opptaksområde til helseforetakene har vi brukt SSB-tabell 13982.[324] Disse tabellene har vi brukt til å beregne indikatorer per 1 000 innbyggere og dermed ta hensyn til befolkningsutviklingen når vi ser på utviklingen over år. Vi har i tillegg brukt SSBs klassifikasjon av kommunestørrelse for å gruppere kommunene etter antall innbyggere[325] og dermed kunne analysere forskjeller i det kommunale tilbudet. Vi har også brukt SSBs sentralitetsindeks for å undersøke om det er sammenheng mellom hvor sentrale kommunene er og hva de tilbyr av tjenester.[326]

Vi har også hentet inn informasjon fra SSB om hvilke kommuner som inngår i opptaksområdene til helseforetakene. Vi har brukt denne informasjonen til å koble data fra KPR om kontakter hos fastlegen med data om kontakter i spesialisthelsetjenesten i punkt 13.1.[327]

Helsedirektoratet sine tall for antall kontakter og pasienter og SSBs tall for antall innbyggere per opptaksområde inkluderer Vestre Aker bydel i opptaksområdet til Diakonhjemmet sykehus AS i perioden før 2024 selv om denne bydelen ikke overført til

[319] Statistisk Sentralbyrå. (2025a, 19.juni).
[320] Statistisk Sentralbyrå. (2025b, 19.juni).
[321] Helsedirektoratet (2024, 5. desember).
[322] Helsedirektoratet (2010, 18. juni).
[323] Statistisk Sentralbyrå. (2025a, 25 februar) og Statistisk Sentralbyrå. (2025b, 25.februar).
[324] Statistisk Sentralbyrå. (2025, 9 juli).
[325] Statistisk Sentralbyrå (u.å.b).
[326] Statistisk Sentralbyrå. (u.å.c). For mer informasjon om sentralitetsindeksen se Høydahl, E. (2020).
[327] Statistisk Sentralbyrå (u.å.a).

Diakonhjemmet sykehus fra Lovisenberg diakonale sykehus før 1.januar 2024. I analysene i kapittel 11.3.2 og 13.1 har opptaksområdet til Diakonhjemmet dermed flere kontakter og Lovisenberg færre kontakter. Ettersom det er likt for både teller og nevner så har vi ikke gjort noen endring i dette. De andre analysene på sykehusnivå per innbygger gjelder for perioden 2024 og det er dermed ikke nødvendig å gjøre endringer i antall innbyggere i opptaksområdet til Diakonhjemmet og Lovisenberg.

For data som ikke allerede er utarbeidet, har vi gjort egne bestillinger. Fra Helsedirektoratet bestilte vi data om andelen barn og unge (0–18 år) som ikke hadde fastlege. Mer informasjon om statistikken ligger tilgjengelig på helsedirektoratets nettsider.[328]

Fra Folkehelseinstituttet har vi bestilt aggregerte data fra kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og norsk pasientregister (NPR).

SSB hadde ikke antallet døgnplasser for 2025 tilgjengelig da undersøkelsen ble gjennomført. Vi innhentet antallet døgnplasser for 2025 via brev til helseforetakene. Døgnplassene inkluderer både plasser i hvert helseforetak og private plasser de regionale helseforetakene har avtale med. Se punkt 17.4.1.

På det tidspunktet analysene av ventetidene ble gjennomført så hadde ikke FHI offentliggjort ventetidene for hele 2025 (som er basert på tertial data). Vi lastet ned ventetidene per måned for 2025 og brukte disse til å beregne gjennomsnittlig ventetid for 2025. FHI orienterer om at det kan være noe feil i ventetidene i månedene september til desember ettersom helseforetakene har mulighet til å korrigere eventuelle feil når tertial tallene publiseres. På bakgrunn av dette kan ventetidene for 2025 i vår undersøkelse avvike noe fra ventetidene for 2025 som offentliggjøres av FHI.

17.2.1 Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

KPR inneholder opplysninger om alle kontakter med behandlere som får refusjon fra Helfo.[329] Fra dette registeret bestilte vi data om antallet personer, med antallet konsultasjoner, i alderen 0–19 år som har hatt minst en kontakt med fastleger og legevakt hvor det er registrert enten en hoveddiagnose eller bidiagnose for psykiske lidelser eller plager (ICPC-2 P01-P99). Vi fikk tilsendt aggregert data per alder og kjønn for perioden 2016 til 2022. For 2023 fikk vi tilsendt data per kontakt med fastlege og legevakt. I analysene presentert i rapporten har vi avgrenset til alderen 0–18 år.

En konsultasjon hos fastlegen ble definert som kontakter med følgende takstkode:

- 2ad Konsultasjon hos allmennlege
- 2ae Ekonsultasjon fastlege/legevakt dagtid
- 2aef Ekonsultasjon fastlege kveld
- 2aek Ekonsultasjon legevakt kveld

[328] Helsedirektoratet (2023, 22. mars).
[329] Folkehelseinstituttet (2025, 26.august).

- 2ak Konsultasjon hos allmennlege
- 2ed Gruppebehandling
- 2fk Konsultasjon og tillegg for utrykning

Tallene over andelen barn og unge som har vært hos fastlege i perioden 2019 til 2023, er basert på aggregerte data per alder. Dette kan gi noe dobbelttelling ettersom personer som har flere kontakter i løpet av året og samtidig endrer alder (f.eks. fra 17 til 18 år), kan bli telt i begge aldersgrupper når tallene summeres.

17.2.2 Norsk pasientregister (NPR)

NPR inneholder opplysninger om alle kontakter med spesialisthelsetjenesten.[330] Fra NPR bestilte vi data om hvor mange henvisninger som ble avslått per helseforetak og per poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge, og hvor stor andel dette utgjorde av det totale antallet henvisninger. Vi fikk tilsendt data for 2023. Poliklinikkene som ble hentet ut av NPR, samsvarte ikke helt med hvilke poliklinikker som er omtalt på nettsidene til helseforetakene. I samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) ryddet vi blant annet i navn på poliklinikker, og vi tok ikke med poliklinikker som ikke får henvisninger direkte fra primærhelsetjenesten eller kommunene. For enkelte poliklinikker ble det også foretatt en kvalitetssikring med poliklinikken for å sjekke om tallene stemte. Vi endte opp med en liste på 79 poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

Tabell 6 Oversikt over poliklinikkene som er med i analysen

Region	Helseforetak/sykehus	Poliklinikk
Helse Midt-Norge RHF	Helse Møre og Romsdal HF	BUP poliklinikk Ålesund BUP poliklinikk Kristiansund BUP poliklinikk Volda BUP poliklinikk Molde
	Helse Nord-Trøndelag HF	BUP poliklinikk, Sykehuset Namsos BUP poliklinikk, Sykehuset Levanger
	St. Olavs hospital HF	BUP Seksjon Heimdal BUP Seksjon Øya
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	BUP Kirkenes BUP Hammerfest BUP Alta BUP Karasjok

[330] Folkehelseinstituttet (u.å.).

	Helgelandssykehuset HF	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Mo i Rana Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Sandnessjøen Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Brønnøysund Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Mosjøen
	Nordlandssykehuset HF	BUP Ytre Salten BUP Vesterålen BUP Indre Salten BUP Lofoten (Gravdal og Svolvær)
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	BUP Storslett BUP Harstad BUP Tromsø BUP Silsand BUP Narvik BUP Sjøvegan
Helse Sør-Øst RHF	Akershusuniversitetssykehus HF	BUP Nedre Romerike BUP Kongsvinger BUP Furuset BUP Øvre Romerike BUP Grorud BUP Follo
	Diakonhjemmet sykehus AS	BUP Vest
	Lovisenberg diakonale sykehus AS	Nic Waals institutt
	Oslo Universitetssykehus HF	BUP Oslo Syd (Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand) BUP Oslo Nord (Nordre Aker, Bjerke, Sagene)
	Sykehuset i Vestfold HF	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Larvik Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Tønsberg

	Sykehuset i Østfold HF	BUPP Askim BUPP Halden BUPP Sarpsborg BUPP Moss BUPP Fredrikstad
	Sykehuset Innlandet HF	BUP poliklinikk Elverum BUP poliklinikk Tynset BUP poliklinikk Hamar BUP Gjøvik BUP Lillehammer BUP poliklinikk Otta
	Sykehuset Telemark HF	BUP Grenland Nord BUP Vestmar Bup Grenland Sør BUP Notodden
	Sørlandet sykehus HF	BUP Kristiansand ABUP Poliklinikken, Lister ABUP Poliklinikken, Arendal
	Vestre Viken HF	BUP Kongsberg BUP Bærum BUP Drammen BUP Asker BUP Ringerike Hallingdal sjukestugu BUPA
Helse Vest RHF	Betanien sykehus	BUP Betanien
	Helse Bergen HF	BUP Åsane BUP Voss BUP Sentrum BUP Nordhordland BUP Fana BUP Øyane
	Helse Fonna HF	BUP Stord

	BUP Haugesund
Helse Førde HF	Førde BUP Nordfjord BUP Sogndal BUP
Helse Stavanger HF	BUP Sandnes (Elvegata) og Julie Egers gate BUP Bryne BUP Egersund BUP Sola BUP Stavanger

Kilde: Riksrevisjonen

17.2.3 Analyse av arbeidsbelastningen i poliklinikkene

For å undersøke på hvilken måte økningen i antall henvisninger har hatt på arbeidsbelastningen i poliklinikkene har vi sett antall årsverk i helseforetakene opp mot antall henvisninger som blir tildelt rett til helsehjelp. Ved å bruke disse henvisningene teller vi da antall nye pasienter. Vi har bare inkludert årsverk av medisinskfaglige ansatte og ekskludert ledere og andre administrative stillinger. Årsverk av medisinskfaglige ansatte er profesjoner som er på listen over autorisert helsepersonell, i tillegg til barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer og logopeder. Det kan være forskjeller mellom helseforetakene i forholdet mellom administrative og medisinskfaglige stillinger, men i analysen så sammenligner vi helseforetakene med seg selv over tid.

17.2.4 Sammenstilling av kvantitative data og informasjon fra spørreundersøkelsen til kommunene

For å belyse tjenestetilbudet på tvers av kommuner og poliklinikker har vi i kapittel 13 sammenstilt informasjon fra registerdata med informasjonen som vi har innhentet og analysert gjennom spørreundersøkelsen til kommunene. Ved å sammenstille informasjonen har vi fått et bilde på om det bor barn og unge på steder der det er høyere risiko for at hverken kommunen eller spesialisthelsetjenesten fanger dem opp.

I den første analysen har vi slått sammen dataene om antallet kontakter hos fastlege og legevakt og antallet kontakter i poliklinikk og hos avtalespesialister.

Ambisjonen vår var opprinnelig å belyse det totale omfanget av psykisk helsehjelp til barn og unge, men det er begrensninger i datagrunnlaget. På kommunalt nivå har vi kun informasjon om hvor mange kontakter barn og unge får hos fastlege og legevakt. Dette vil si at vi ikke har informasjonen om omfanget av tjenestene som blir gitt på helsestasjon, i

skolehelsetjeneste, på helsestasjon for ungdom, av kommunepsykolog eller av en eventuell lavterskeltjeneste.

Hos spesialisthelsetjenesten har vi informasjon om omfanget av kontakter som blir registrert, men en utfordring med registreringen er at blant annet organiseringen og den valgte arbeidsprosessen kan påvirke antallet kontakter som blir registrert. Noen poliklinikker har valgt å gjennomføre basisutredning samlet på en dag, og da blir det bare registrert én kontakt for en hel basisutredning. Det betyr at forskjeller i registrerte kontakter kan forklares med ulikheter i organisering. Helsedirektoratet opplyser mer om dette i punkt 11.3.2.

Forskjellene mellom opptaksområdene må også tolkes med varsomhet ettersom analysen ikke tar hensyn til eventuelle forskjeller i behov.

I analysen i punkt 13.2 har vi koblet kommuner fra spørreundersøkelsen med et lite utbygget psykisk helsetilbud og poliklinikker med høy avslagsprosent på henvisninger.

Premissene for analysen er som følger:

- Når det blir sendt en henvisning til en poliklinikk i psykisk helsevern, har den som henviser, vurdert det slik at kommunen ikke har de tjenestene tilgjengelig som barnet eller ungdommen trenger. Dette kan skyldes at barnet har behov for spesialisthelsetjenestekompetanse, eller at kommunen ikke har det tilbudet barnet har behov for. Vi antar at det barnet som blir henvist, har et behov for psykisk helsehjelp som må dekkes av enten spesialisthelsetjenesten eller kommunen.
- Poliklinikkene skal vurdere henvisningene og om barnet har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det trenger ikke være problematisk at henvisninger blir avslått, hvis barnet får oppfølging av kommunen. Vår hypotese er at hvis en kommune som mangler fastlege, psykologkompetanse eller helsestasjon for ungdom, inngår i et opptaksområde til en poliklinikk som ofte avslår henvisninger, er det større risiko for at barnet ikke får hjelp av hverken kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

Denne risikoen kan reduseres hvis kommunen og poliklinikken samarbeider om inntak. Da kan kommunen og spesialisthelsetjenesten sammen drøfte hver enkelt henvisning og vurdere hvilke typer tjenester barnet har behov for.[331] Det er bakgrunnen for at vi her ekskluderer kommuner som inngår i et samarbeid om inntak, i den videre analysen.

Vi har tatt utgangspunkt i de 177 kommunene som mangler en av følgende tjenester:

- fastlege til alle innbyggere mellom 0–18 år
- psykologkompetanse

[331] Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev at poliklinikkene i psykisk helsevern har ulik praksis for hvordan de registrerer rett til behandling og avslag. Ifølge departementet gir den ulike praksisen uheldige ulikheter i avslagsrater, som ikke nødvendigvis reflekterer i hvilken grad pasienten har fått et godt tilbud. Dette gjelder særlig de poliklinikkene som har dialogbasert inntak, og som registrerer avslag etter en felles prosess med henviser og eventuelt pasient der man blir enige om at et tilbud i førstelinjen er et bedre tiltak. (Brev av 1. oktober 2024, Tilbakemelding fra HOD på utkast til revisjonskriterier.)

- helsestasjon for ungdom.

Deretter har vi ekskludert de kommunene som oppgir i spørreundersøkelsen at de har et samarbeid med poliklinikkene om inntak. Det er 60 av de 177 kommunene som opplyser at de har et samarbeid med poliklinikken, og denne analysen inkluderer derfor 117 kommuner.

Vi har koblet de 117 kommunene med de poliklinikken de tilhører. Poliklinikkene er fordelt i fire grupper etter hvor stor andel henvisninger som er avslått, og vi har telt opp antallet kommuner og innbyggere som tilhører de ulike gruppene. Ettersom vi har data for antallet avslåtte henvisninger per poliklinikk og ikke per kommune, antar vi at andelen avslåtte henvisninger er lik for alle kommunene i et opptaksområde.

Dette er en feilkilde i analysen da det kan være forskjeller i avslagsprosent innad i poliklinikkens opptaksområde. Noen poliklinikker avslår barn og unge som skulle hatt et tilbud i kommunen, selv om kommunen ikke har et tilbud, mens andre poliklinikker ikke i like stor grad avslår henvisninger hvis de vet at barnet ikke får et kommunalt tilbud.

Informasjon om kommunenes tjenestetilbud og samarbeid med poliklinikk er innhentet gjennom spørreundersøkelsen 12. desember 2024, og avslagsprosentene for poliklinikkene gjelder for året 2023. Vi har antatt at det ikke er store endringer i det kommunale tilbudet, i samarbeid eller avslagsprosentene, i denne perioden.

17.3 Intervjuer

Vi har gjennomført intervjuer med en rekke aktører i flere kategorier:

- kommunalt ansatte: kommunedirektør/kommunalsjef (4), ledere/ansatte i PP-tjenesten (4) og rådgivere/lærere (7)
- ansatte i spesialisthelsetjenesten: ledere i poliklinikker for psykisk helsevern (4)
- statlige myndigheter: Utdanningsdirektoratet, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet
- organisasjoner som representerer brukere/pasienter og pårørende: Pårørendesenteret i Oslo og Mental Helse Ungdom

Basert på resultatene fra spørreundersøkelsen med kommunene valgte vi fire kommuner intervjuer. Formålet med disse intervjuene var å få supplerende informasjon til spørreundersøkelsen og få innsikt i hvordan tjenestetilbudet fungerer i praksis. De kommunene som ble valgt ut, var mindre kommuner (i gruppe 2 og 3 basert på SSBs klassifisering av kommuner etter innbyggertall),[332] og de hadde rapportert ulikt nivå på

[332] Vi har inkludert både kommuner og bydeler, og da er det:
- Gruppe 1: Under 2000 innbyggere – 77 enheter (21,7 prosent)
- Gruppe 2: 2000 – 4999 innbyggere - 97 enheter (27,17 prosent)
- Gruppe 3: 5000 – 9999 innbyggere – 69 enheter (19,33 prosent)
- Gruppe 4: 10000 – 19999 innbyggere – 47 enheter (13,17 prosent)

tjenester til barn og unge i spørreundersøkelsen. Vi valgte å ha oppmerksomhet på mindre kommuner fordi flere vi snakket med i foranalysen, synes dette var det mest interessante å få mer utfyllende informasjon om. Vi valgte å ikke inkludere de aller minste kommunene ettersom det var risiko for at informasjon ble for knyttet til erfaringer med enkeltelever.

I hver kommune ble det gjennomført intervjuer med kommunedirektør eller kommunalsjef, med PP-tjeneste og med ansatte ved den største ungdomsskolen i kommunen. Formålet med intervjuene var å få mer informasjon om omfanget av tjenestetilbudet, og hvordan de ulike delene av de kommunale tjenestene samarbeider om barn og unge med psykiske plager. Intervjuene ble gjennomført hver for seg og ved hjelp av Teams.

Intervjuene ble gjennomført i perioden februar til april 2025.

Vi har gjennomført intervjuer med fire ledere for poliklinikker for psykisk helsevern for barn og unge. Formålet med intervjuene var blant annet å få kunnskap om hvordan spesialisthelsetjenesten vurderer henvisninger, og hvordan samarbeid med kommunene i opptaksområdet er.

Intervjuene ble gjennomført i januar og februar 2025.

Vi skrev notater fra intervjuene, og vi har gjennomført en kollektiv kvalitativ analyse av notatene.[333] Notatene ble tematisk oppsummert av minimum to prosjektmedarbeidere, og oppsummeringene ble sammenstilt. Deretter ble prosjektgruppen enig om en overordnet oppsummering av hver samtale, som i neste omgang dannet grunnlaget for en analyse på tvers av enhetene. I denne analysen har prosjektgruppen sett etter temaer som utmerker seg eller går igjen i referatene. Deretter har prosjektgruppen diskutert hvordan disse temaene henger sammen.

For å få mer innsikt i hvordan brukere/pasienter og pårørende opplever tjenestene, har vi gjennomført intervjuer med Mental helse Ungdom og Pårørendesenteret i Oslo.

Utdanningsdirektoratet ble i juni 2025 intervjuet om arbeidet med psykisk helse i skolen.

Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet ble intervjuet i henholdsvis september og oktober 2025. Temaene for disse intervjuene var de statlige virkemidlene rettet mot kommunene og spesialisthelsetjenesten og den overordnede styringen av feltet.

Det ble utarbeidet referat etter intervjuene med Mental helse Ungdom, Pårørendesenteret i Oslo, Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet. Referatene ble sendt til dem som var

- Gruppe 5: 20000 – 49999 innbyggere - 47 enheter (13,17 prosent)
- Gruppe 6: 50000 eller flere innbyggere -20 enheter (5,4 prosent)

[333] Eggebø, H. (2020).

intervjuet for gjennomlesing og godkjenning. Informantene hadde anledning til å justere og supplere teksten.

17.4 Brev med skriftlige spørsmål

17.4.1 Til helseforetak og private ideelle sykehus

I mars 2025 sendte vi ut et brev med skriftlige spørsmål til alle helseforetak som behandler barn og unge med psykiske lidelser. Vi har også inkludert de tre private ideelle sykehusene som har avtale med de regionale helseforetakene om å tilby psykiske helsetjenester til barn og unge (Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Betanien sykehus). Vi har totalt sett sendt ut brev til 22 enheter (19 helseforetak og 3 private ideelle aktører), og alle har svart.

Helseforetakene og de private ideelle sykehusene fikk spørsmål om

- hvilke kommuner som henviser til de ulike poliklinikkene
- hvorvidt de har organisert seg i en generalistmodell eller ikke
- hvor mange årsverk som går til ambulant tilbud

Videre fikk de helseforetakene som tilbyr døgnbehandling, informasjon om hvor mange døgnplasser det står registrert på dem i 2023 via SSB, og deretter spørsmål om hvor mange døgnplasser de tilbyr i 2025, og om disse er tilgjengelige i helger og ferier.

Før brevet ble sendt ut, hadde vi beregnet antallet henvisninger per årsverk i perioden fra 2019 til 2023 for hvert enkelt helseforetak og private ideelle sykehus. Beregningen var basert på tall om henvisninger fra Folkehelseinstituttet og tall om årsverk fra SSB. I SSBs statistikk over årsverk har vi kun inkludert årsverk av medisinskfaglige ansatte og utelatt blant annet administrative stillinger og IKT-stillinger. Disse årsverkene omfatter profesjoner som står på listen over autorisert helsepersonell, samt barnevernspedagoger, miljøterapeuter, sosionomer og logopeder.

Beregningen viser at 15 av de 22 enhetene har fått over 9 prosent økning av henvisninger per årsverk. I de andre 7 er økningen mindre. De 15 enhetene med økning på over 9 prosent har fått spørsmål om de har iverksatt tiltak for å håndtere denne økningen, og hvilke konsekvenser økningen har hatt for ansatte og for barn og unge.

Svarene er sammenstilt og analysert tematisk.

17.4.2 Til Helsedirektoratet

I september 2025 skrev vi brev til Helsedirektoratet med spørsmål om blant annet

- antall kvalitetsindikatorer
- antall nasjonale medisinske kvalitetsregistre

17.4.3 Til KS

I september 2025 skrev vi brev til KS med spørsmål om blant annet

- hindringer for at kommunene kan levere lovpålagte tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser
- helsefellesskapene som arena for å styrke tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser
- opptrappingsplanen for psykisk helse

17.5 Dokumentanalyse/-gjennomgang

Vi har blant annet gjennomgått følgende dokumenter

- budsjettproposisjoner
- oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene
- de årlige meldingene fra de regionale helseforetakene
- tildelingsbrev til Helsedirektoratet
- årsrapporter fra Helsedirektoratet
- *Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033)*
- Rapportene Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, IS-24/8 kartleggingene
- Statsforvalternes rapportering

I tillegg har vi gått gjennom meldinger, rapporter og retningslinjer som handler om arbeidet med barn og unges psykiske helse. Referanselisten inneholder en fullstendig oversikt over de dokumentene som er benyttet.

18 Referanseliste

Lover

Barnekonvensjonen. (1989). *Konvensjon om barnets rettigheter* (20-11-1989). Lovdata. https://lovdata.no/lov/1999-05-21-30

Barnehageloven. (2005). *Lov om barnehager.* (LOV-2005-06-17-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64?q=Barnehageloven

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=Folkehelseloven

Grunnloven. (1814). *Kongeriket Norges Grunnlov*. (LOV-1814-05-17). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17

Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011*). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1990-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell

Kommuneloven. (2018). *Lov og kommuner og fylkeskommuner*. (LOV-2018-06-22-83) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83?q=kommuneloven

Opplæringslova. (2023). *Lov om grunnskoleopplæringa og den vidaregående opplæringa*. (LOV-2023-06-09-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2023-06-09-30?q=Oppl%C3%A6ringsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=PAsient%20og%20bruker

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999- 07-02-61). Lovdata. https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61

Forskrifter og reglement

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene.* (FOR-2012-08-29-842). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584

Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning. (2025). Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning. (FOR-2025-07-04-1458). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2025-07-04-1458

Helse- og omsorgsdepartementet og KS. (2024). *Avtale mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefellesskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste* *https://www.regjeringen.no/contentassets/5c5380ee35c1449fb61ad681668425d0/avtale-mellom-regjeringen-og-ks-om-videreutvikling-av-helsefellesskapene-for-en-mer-sammenhengende-helse-og-omsorgstjeneste.pdf*

Økonomibestemmelsene. (2023). *Bestemmelser om økonomistyring i staten*. (FOR-2003-12-12-1939). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2003-12-12-1939

Økonomireglementet. (2003). *Reglement for økonomistyring i staten* (FOR-2003-12-12-1938). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2003-12-12-1938

Stortingsdokumenter

Innstillinger til Stortinget

Innst. 424 L (2010–2011). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Helse- og omsorgskomiteen.* https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-424/

Innst. 270 S (2011–2012). *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om stat og kommune – styring og samspel.* Kommunal og forvaltningskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2011-2012/inns-201112-270/?lvl=0

Innst. 40 S (2015–2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.* Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-040/

Innst. 217 S (2015–2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om kvalitet og pasientsikkerhet 2014.* Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-217/

Innst. 206 S (2015–2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).* Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-206/

Innst. 152 S (2015–2016). *Innstilling fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Tove Karoline Knutsen, Karianne O. Tung, Ruth Grung, Freddy de Ruiter, Niclas Tokerud, Trond Giske og Christian Tynning Bjørnø om satsing på psykisk helse i skolen*. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-152/

Innst. 378 L (2016–2017). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-378l/?all=true

Innst. 277 S (2017-2018). *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål.* Kontroll- og konstitusjonskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2017-2018/inns-201718-277s

Innst. 255 S (2019–2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.* https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-255s/?all=true

Innst. 131 S (2019–2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024).* Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-131s?all=true

Innst. 581 L (2020–2021). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator).* Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2020-2021/inns-202021-581l/?all=true

Innst. 426 S (2021–2022). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om å sikre psykisk syke barn og unge under 13 år i hele Norge et tilgjengelig tilbud 24/7.* *https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2021-2022/inns-202122-426s/*

Innst. 125 S (2021–2022). *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Kontroll- og konstitusjonskomiteen.* https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2021-2022/inns-202122-125s

Innst. 11 S (2023–2024). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2024, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15).* Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-011s

Innst. 108 S (2023–2024). *Instilling frå helse- og omsorgskomiteen om Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033).* Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-108s/

Proposisjoner til Stortinget

Ot.prp. nr. 10 (1998–1999). Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Sosial- og helsedepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-10-1998-99-/id159380/

St.prp. nr. 1 *Nasjonal helseplan (2007–2010).* Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sykehus/nasjonal_helseplan_sartrykk.pdf

Prop. 91 L (2010–2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/

Prop. 99 L (2015–2016). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister).* Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-99-l-20152016/id2483443/

Prop. 71 L (2016–2017). Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-71-l-20162017/id2546178/

Prop. 121 S (2018–2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024).* Helse- og omsorgsdepartementet. *https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp201820190121000dddpdfs.pdf*

Prop. 100 L (2020–2021). *Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator).* Kunnskapsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-100-l-20202021/id2838338/

Prop. 1 S (2024–2025). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2025. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/6aa02b79155b44278bf5bf9e817fbfc5/no/pdfs/prp202420250001hoddddpdfs.pdf

Prop. 1 S (2025–2026). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2026. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/a0340b65b5bf46aea7ba280a0c3f4059/no/pdfs/prp202520260001hoddddpdfs.pdf

Meldinger til Stortinget

Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.* Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=4

Meld. St. 32 (2020–2021). *Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv*. Arbeids- og sosialdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-32-20202021/id2856870/

Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse* (2023–2033). Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202202300230000dddpdfs.pdf

Meld. St. 28 (2024–2025). *Tro på framtida – uansett bakgrunn*. Barne- og familiedepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/9586a180c27d41ddb85836f38900b772/no/pdfs/stm202402500280000dddpdfs.pdf

Offentlige utredninger

NOU 2023: 9. (2023). *Generalistkommunesystemet*. Kommunal- og distriktsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/5a25f42bd97345c29593c03a515738d2/no/pdfs/nou202320230009000dddpdfs.pdf

Styringsdokumenter

Tildelingsbrev, instrukser og oppdragsdokumenter

Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. (2024). *Hovedinstruks for statsforvalteren*. https://www.regjeringen.no/contentassets/d67450e0530a42bca857db10314d7e47/2024_hovedinstruks-for-statsforvalteren.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019) Oppdragsdokument til Helse Nord 2019. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Oppdragsdokument til Helse Nord 2020. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). Oppdragsdokument til Helse Nord 2021. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Oppdragsdokument til Helse Nord 2022. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). Oppdragsdokument til Helse Nord 2023. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). Oppdragsdokument til Helse Nord 2024. *https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 30. januar). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet 2024*. https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tildelingsbrev-til-helsedirektoratet-for-2024.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 15. februar). *Tildelingsbrev for Folkehelseinstituttet 2024* https://www.regjeringen.no/contentassets/4689a3fe8d0e4fc3ac13b9f37cf860ec/tildelingsbrev-folkehelseinstituttet-2024.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). Oppdragsdokument til Helse Nord 2025. *https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 27. mars). *Supplerende tildelingsbrev nr. 2 for 2025 til Helsedirektorate.t* https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2025-hdir-stb2.pdf

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2024). *Tildelingsbrev til Statsforvalteren.* https://styringsportalen.statsforvalteren.no/2024/styringsdokumenter/

Årsrapporter og annen rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet. (2024, 25.april). *Helsedirektoratet – Årsrapporter.* https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratet-arsrapporter

Helsedirektoratet. (2025). *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Utvikling og status for resultatmålene ved starten av opptrappingsplanen.* Oversendt til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 25. juni 2025.

Helsedirektoratet. (2024). *Endelig gjennomføringsplan for Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033).* Oversendt til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 25. juni 2025.

Helsedirektoratet. (u.å.). Svar på oppdrag TB2024-17 *Opptrappingsplan psykisk helse*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet. Oversendt til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 25. juni 2025.

Nasjonalt kvalitetsregister for psykisk helsevern barn og unge. (2025). *Årsrapport 2024 Status i arbeidet med å etablere Nasjonalt kvalitetsregister for psykisk helsevern barn og unge.* https://www.kvalitetsregistre.no/49d628/siteassets/dokumenter/arsrapporter/kvabup-register/arsrapport-2024-kvabup.pdf

NORSPIS. (2025). *Årsrapport 2024.Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser.* arsrapport-2024-norspis-v18_endelig_meddekningsgrad.pdf

Statsforvalteren. (2024). *Årsrapporter for 2024*. *https://styringsportalen.statsforvalteren.no/2024/arsrapporter/*

Rundskriv, retningslinjer og veiledere

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. IS-1162 Veileder. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf#:~:text=Den%20nasjonale%20strategien%20for%20kvalitetsforbedring%20i%20sosial-%20og,I%C3%B8ft%20for%20kvaliteten%20i%20landets%20sosial-%20og%20helsetjenester.

Helsedirektoratet. (2015, 1. april). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Rundskriv. https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer

Helsedirektoratet. (2015, 12. oktober). P*rioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge* https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge

Helsedirektoratet. (2016, 31. august). *Godkjenning av medisinske kvalitetsregistre for nasjonal status*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/godkjenning-av-medisinske-kvalitetsregistre-for-nasjonal-status

Helsedirektoratet. (2016, 13. oktober). *Veileder for kommunale frisklivssentraler – etablering, organisering og tilbud*. *https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud*

Helsedirektoratet. (2017, 8. februar). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten

Helsedirektoratet. (2017, 17. februar). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten

Helsedirektoratet. (2017, 11. juli). *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging

Helsedirektoratet. (2018, 7. september). *Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge

Helsedirektoratet. (2019, 3. desember). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge*. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge

Helsedirektoratet. (2022, 15. september). *Veileder om samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier

Helsedirektoratet. (2023, 24. oktober). *Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge

Helsedirektoratet. (2025, 30. april). *Nasjonale faglige råd for brukermedvirkning og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/bruker-og-parorendemedvirkning-i-rus-og-psykisk-helsefeltet

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020, 14. desember). *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner. Med prinsipper og retningslinjer.* *https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-om-statlig-styring-av-kommuner-og-fylkeskommuner/id2791598/*

Program

Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementet og KS. (u.å). *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017–2027*. https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf/_/attachment/inline/e03655e0-8769-465c-8d7b-742f01851a58:d085662920c55a2f4ff038d58200b16170d31fef/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf

Evalueringer, rapporter og utredninger

Barneombudet. (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*. https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert

Bang, L., Furu, K., Handal, K., Torgersen, L., Støle, H.S., Surén, P., Odsbu, I., Hartz, I. Folkehelseinstituttet. (2024). *Folkehelserapporten- Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. *https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/*

Bergene, A.C., Vika, K. S., Lynnebakke, B., Vonen, M.N., Lyckander, R.H., Samuelsen, Ø.A. (2023). *Fravær som vekker bekymring: Skoleeieres og skolelederes inntrykk og forståelse av fraværssituasjonen i Skole-Norge*. NIFU. https://www.nifu.no/rapporter/fravaer-som-vekker-bekymring-skoleeieres-og-skolelederes-inntrykk-og-forstaelse-av-fravaerssituasjonen-i-skole-norge/

Digitalisering og forvaltningsdepartementet. (2025). *Kartlegging av ressurssituasjonen hos statsforvalteren Balansen mellom oppgaver og ressurser*. Arbeidsgrupperapport

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2024). *Evaluering av Kjernegruppeforsøket*. (DFØ-rapport 2024:7). Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. https://www.regjeringen.no/contentassets/ea3bab12197342a4aa0fa51725f2e0de/dfo-rapport-2024-7-evaluering-av-kjernegruppeforsoket.pdf

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (2025). *I spenningsfeltet mellom vertikal styring og horisontal tilpasning Evaluering av etatssamarbeidet for utsatte barn og unge*. (DFØ-rapport 2025:6). Direktoratet for forvaltning og økonomistyring.

https://www.dfo.no/sites/default/files/2025-12/dfo-rapport-2025-6-evaluering-av-etatssamarbeidet-for-utsatte-barn-og-unge_0.pdf

Ekspertutvalget for å vurdere sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern. (2023). *Forenkle og forbedre: Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fornkle-og-forbedre-rapport-om-tematisk-organisering-av-psykisk-helsevern/id2993928/

Grønlien. (2025). *Arbeidsavklaringspenger 2024.* NAV. Statistikknotat. https://www.nav.no/_/attachment/download/b7f109fd-2cb7-4c12-8aee-73312e9d85f8:6180c2629e10f0013c9d1bee868e089f7bbd155e/Arbeidsavklaringspenger_Statistikknotat_Aaret_2024.pdf

Hansen, I.L.S, Jensen, R.S, Fløtten, T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene: Samordnet innsats for utsatte barn og unge*. Fafo-rapport 2020:02. https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-rapporter/trobbel-i-grenseflatene

Helsedirektoratet. (2021). *Psykisk helsearbeid for barn og unge - en innsiktsrapport* Helsedirektoratet.

Helse Førde HF. (2025). *Psykisk helsevern for barn og unge*. Helseatlas. https://apps.skde.no/helseatlas/v2/bup/

Helsetilsynet. (2025). *Har kommunene god nok systematikk i arbeidet med å fremme barn og unges psykiske helse? https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2025/kommuner-systematikk-barn-unge-psykiske-helse/#*

Helse Sør-Øst. (2022). *Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling https://www.helse-sorost.no/497adf/siteassets/documents/styret/styremoter/2022/1216/framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf*

Høydahl, E. (2020). *Sentralitetsindeksen: Oppdatering med 2020-kommuner.* SSB. Notater 2020/4. https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/sentralitetsindeksen/_/attachment/inline/aa8e00bb-5704-4b23-8ce3-1828cd6103f8:0fcdbdeb227f2ef11f95d3864a78c3efeab38640/NOT2020-04_web.pdf

Opinion. (2021). *Nasjonal pårørendeundersøkelse*. https://www.regjeringen.no/contentassets/b5ead6c3412d4fbc938639478d72038f/nasjonal-parorendeundersokelse.pdf

Rambøll Management Consulting. (2024). *Kartlegging av status for helsefellesskapene*. KS. FoU-nr.: 236010 *https://www.ks.no/contentassets/0509e2fe14ce45d38f90e76d0d34fdeb/KS-Helsefellesskap-juni-2024.pdf*

Riksrevisjonen. (2017). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten.* Dokument 3:4 (2017–2018). https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/henvisningspraksis.pdf

Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål.* Dokument 3:3 (2017–2018). *https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/helseregistre.pdf*

Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. Dokument 3:13 (2020–2021). https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf

Riksrevisjonen. (2022). *Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget.* Dokument 3:1 (2021–2022). https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2021-2022/dokument-3-1-20212022.pdf#:~:text=Riksrevisjonen%20skal%20bidra%20til%20forbedringer%20i%20forvaltningen%2C%20blant,oppf%C3%B8lging%20av%20forvaltningsrevisjoner%20som%20er%20behandlet%20av%20Stortinget.

Riksrevisjonen. (2025). *Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til utfordringer i barnevernet*. Dokument 3:10 (2024–2025). https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/arsaker-til-utfordringer-i-barnevernet/

Utdanningsdirektoratet. (2023). Utredning: Statlige tilskuddsordninger til læringsmiljø og antimobbeprogrammer, svar på oppdrag 2022-026. Oversendt til Riksrevisjonen fra Utdanningsdirektoratet 19. juni 2025.

Statistikk og analyse

Folkehelseinstituttet. (2024, 23. oktober). *Statistikk om ventetider og pasientrettigheter.* [Statistikk]. https://www.fhi.no/he/npr/statistikk-npr/ventetider-og-pasientrettigheter/ Data hentet 27.03.2025

Helsedirektoratet. (2010, 18. juni). *Årsverk fordelt på deltjenester i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* [Statistikk]. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/arsverk-fordelt-pa-deltjenester-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten Data hentet 23.10.2025

Helsedirektoratet. (2021, 18. juni). *Årsverk fordelt på deltjenester i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. [Statistikk]. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/arsverk-fordelt-pa-deltjenester-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten Data hentet 23.10.2025

Helsedirektoratet. (2024a, 18. september). *Pasienter i psykisk helsevern*. [Statistikk]. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/pasienter-i-psykisk-helsevern Data hentet 01.11.2024

Helsedirektoratet. (2024b, 18. september). *Aktivitet ved behandlingssteder i psykisk helsevern*. [Statistikk]. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/aktivitet-ved-behandlingssteder-i-psykisk-helsevern Data hentet 01.11.2024

Helsedirektoratet. (2024, 5. desember). *Årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene*. [Statistikk]. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/arsverk-i-psykisk-helse-og-rusarbeid-i-kommunene-revidert Data hentet 23.10.2025

Ose, S. O. og Kaspersen, S. L. (2024). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8): Nasjonale tall på ressursinnsats, kompetanse og innhold i tjenestene, 2024*. Sintef. [Statistikk]. https://hdl.handle.net/11250/5271944

Ose, S. O. og Kaspersen, S. L. (2025). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8): Nasjonale tall på ressursinnsats, kompetanse og innhold i tjenestene, 2025*. Sintef. [Statistikk]. https://app.nettrapport.no/sintefhtf/sintefrapport202501181

Statistisk Sentralbyrå. (2025a, 19. juni). *13942: Aktivitet, kapasitet og beleggsprosent i spesialisthelsetjenesten, etter statistikkvariabel, år, region og tjenesteområde*. [Statistikk]. https://www.ssb.no/statbank/table/13942/ Data hentet 01.11.2024

Statistisk Sentralbyrå. (2025b, 19. juni). *13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, statistikkvariabel, år, region og tjenesteområde*. [Statistikk]. https://www.ssb.no/statbank/table/13953/ Data hentet 31.03.2025

Statistisk Sentralbyrå. (2025a, 25. februar). *07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986-2025*. [Statistikk]. https://www.ssb.no/statbank/table/07459 Data hentet 01.11.2024

Statistisk Sentralbyrå. (2025b, 25. februar). *10826: Alders- og kjønnsfordeling for befolkningen i bydeler (B) 2001-2025* [Statistikk]. https://www.ssb.no/statbank/table/10826 Data hentet 01.11.2024

Statistisk Sentralbyrå. (2025, 9. juli). *13982: Befolkning per opptaksområde i spesialisthelsetjenesten 2015 – 2025*. [Statistikk]. https://www.ssb.no/statbank/table/13982 Data hentet 01.11.2024

Statistisk Sentralbyrå. (2025, 11. mars). *07941: Næringsfordeling blant sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning (19 grupper). 4. kvartal 2008-2024*. [Statistikk]. https://www.ssb.no/statbank/table/07941 Data hentet 31.03.2025

Utdanningsdirektoratet. (2025a, 14.oktober). *Fravær for elever på 10. trinn, 2024–25: Fraværet fortsetter å øke* https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-grunnskole/analyser/2025/fravaret-fortsetter-oke/ Data hentet 20.01.2026

Utdanningsdirektoratet. (2025b, 14. oktober). *Fortsatt økt fravær i videregående skole* https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/analyser/2025/fortsatt-okt-fravar-videregaende/ Data hentet 20.01.2026

Nettsider og nettdokumenter

Folkehelseinstituttet. (2024, 17. juni). *Ord og uttrykk brukt i Norsk pasientregister* https://www.fhi.no/he/npr/Ord-og-uttrykk-Norsk-pasientregister/

Folkehelseinstituttet. (2025, 26. august). *Fastlege, legevakt og fysioterapi m.m. (KPR KUHR). https://www.fhi.no/he/kpr/registrering-og-rapportering/fastlege-legevakt-og-fysioterapi-kpr-kuhr/*

Folkehelseinstituttet. (u.å.). *Norsk pasientregister (NPR). https://www.fhi.no/he/npr/*

Helsedirektoratet. (2015, 13. februar). *ACT-, FACT- og FACT ung-team*. https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/psykisk-helse-rus-og-avhengighet/act-og-fact-team

Helsedirektoratet. (2017, 29. november). *Psykisk helsevern for barn og unge - henvisning vurdert innen 10 dager* https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-barn-og-unge/henvisning-vurdert-innen-ti-dager-for-barn-og-unge-i-psykisk-helsevern

Helsedirektoratet. (2019, 27. august). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#nasjonalfagligretningslinje

Helsedirektoratet. (2025, 7. desember). *Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/tilskudd/styrking-og-utvikling-av-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten

Helsedirektoratet. (2025, 28. juli). *Psykisk helsevern for barn og unge – poliklinisk aktivitet, behandlingssted - definisjoner* https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-poliklinisk-aktivitet-behandlingssted#definisjoner

Helsedirektoratet. (2023, 22. mars). *Innbyggere uten fastlege* https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/innbyggere-uten-fast-lege

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2025, 0. september). *KOSTRA: Kommune-Stat-Rapportering. https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/id1233/?expand=factbox2675879*

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (u.å). *Nasjonalt kvalitetsregister for psykisk helsevern barn og unge* https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt/nasjonalt-kvalitetsregister-psykisk-helsevern-barn-og-unge/

Sintef. (u.å). *Evaluering av opptrappingsplan for psykisk helse 2023–2033.* Sintef. https://www.sintef.no/prosjekter/2025/evaluering-av-opptrappingsplan-for-psykisk-helse-2023-2033/

Statistisk Sentralbyrå. (2025, 25. november). *Veiledning til utfylling av skjema for kommuner 2025. Skjema 1: Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. https://www.ssb.no/innrapportering/kostra-innrapportering/veiledninger-bokmal/skjema-1*

Statistisk Sentralbyrå. (u.å.a). *Kodeliste for opptaksområder i spesialisthelsetjenesten* https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/629/korrespondanser/1914

Statistisk Sentralbyrå. (u.å.b). *Standard for klassifisering av kommuner etter innbyggertall* https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/115

Statistisk Sentralbyrå. (u.å.c). *Standard for sentralitet. https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/128/korrespondanser/1417*

Sunnaas. (2023). *Om oss.* https://www.sunnaas.no/om-oss/

Utdanningsdirektoratet. (u.å). *Folkehelse og livsmestring.* https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/

Utdanningsdirektoratet. (2025, 30. juni). *Veilederen Spesialpedagogisk hjelp: Sakkyndig vurdering av barnets behov.* https://www.udir.no/laring-og-trivsel/spesialpedagogikk/spesialpedagogisk-hjelp/Spesialpedagogisk-hjelp/Fase-3/#:~:text=Den%20sakkyndige%20vurde

Brev og e-post

Helsedirektoratet. (2024). *Bydeler og kommuner i rapporteringen til Helsedirektoratet/Sintef.* Epost fra Avdeling Analyse til Riksrevisjonen, 22. oktober 2024.

Helsedirektoratet. (2025). *Oppsummerende punkter fra møtet om årsverkstallene fra IS-24/8.* Epost fra Avdeling Analyse til Riksrevisjonen, 28. mai 2025.

Helsedirektoratet. (2025). *Svar på skriftlige spørsmål- Forvaltningsrevisjon om tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser.* Brev til Riksrevisjonen, 24. september 2025.

Helsedirektoratet. (2025). *Utkvittering av spørsmål*. Epost til Riksrevisjonen, 24. september 2025.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Tilbakemelding fra HOD på utkast til revisjonskriterier for analyse om tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser*. Brev til Riksrevisjonen, 1. oktober 2024.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2026). *Tilbakemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet på utkast til forvaltningsrevisjonsrapport om Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser*. Brev til Riksrevisjonen, 29. januar 2026.

Helse Sør-Øst RHF. (2025). *Svar på henvendelse om antall døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge i 2025 i Helse Sør-Øst RHF*, Brev til Riksrevisjonen, 5. september 2025.

KS. (2025). Svar til Riksrevisjonen, Brev fra KS til Riksrevisjonen, 29. oktober 2025.

Intervjuer

Verifisert referat fra intervju med Helsedirektoratet, 25. september 2025.

Verifisert referat fra intervju med Mental Helse Ungdom, 25. august 2025.

Verifisert referat fra intervju med Pårørendesenteret i Oslo, 16. september 2025.

Verifisert referat fra intervju med Utdanningsdirektoratet, 6. juni 2025.

Annet

Eggebø, H. (2020). *Kollektiv kvalitativ analyse*. Norsk sosiologisk tidsskrift 4(2). https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2020-02-03

Sivilombudet. (2025): *Behandlingstiden ved pedagogisk-psykologisk tjeneste i Bergen kommune i en sak om spesialundervisning*. Uttalelse. Saksnummer: (2023/5666). https://www.sivilombudet.no/uttalelser/behandlingstiden-ved-pedagogisk-psykologisk-tjeneste-i-bergen-kommune-i-en-sak-om-spesialundervisning/?highlight=2023%2F5666

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Ingvild Aasen Tryggestad 22241286
Vår dato 05.03.2026
Vår referanse 2026/00174-1
Deres dato
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl (2024) §7-4 (4)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Til statsråd Jan Christian Vestre

Oversendelse av Dokument 3:8 (2025-2026) Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser

Vedlagt følger utkast til Dokument 3:8 (2025-2026) Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Vi takker for konstruktive kommentarer fra departementet på utkastet til rapport. Kommentarene er i all hovedsak innarbeidet i dette dokumentet. Vi ber statsråden redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen i del 1.

Svaret fra statsråden vil i sin helhet legges ved dokumentet. Vi ber om at svaret blir sendt som PDF eksportert fra Word, ikke som skannet bilde, slik at innholdet kan bli gjort tilgjengelig for alle i tråd med kravene til universell utforming.

Svarfrist: 19. mars 2026

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 2:

Statsrådens svar

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Utsatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref	Vår ref	Dato
	24/1236-	23. mars 2026

Statsrådens svar - Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester til barn og unge

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen av 5. mars 2026 og oversendelse av Dokument 3:8 (2025-2026) Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Under følger min redegjørelse av hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens funn.

Denne regjeringen har psykisk helse som et høyt prioritert område. Derfor la vi fram en tiårig opptrappingsplan for psykisk helse i 2023 (Meld. 23 (2022-2023)). Målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har psykiske helseplager skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Planen omfatter hele befolkningen og hele bredden i det psykiske helsearbeidet, fra forebygging og helsefremming, til oppfølging og behandling i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Planen legger opp til å permanent styrke psykisk helse-feltet med 3 milliarder kroner fram til 2033. Så langt har vi styrket feltet med om lag 1,2 milliarder kroner og flere tiltak både knyttet til tilbud i kommuner og spesialisthelsetjenesten er iverksatt.

Opptrappingsplanen er en dynamisk plan med rom for justeringer underveis. For å kunne følge utviklingen og måloppnåelsen har regjeringen formulert åtte resultatmål. Helsedirektoratet skal årlig rapportere på status for tiltak og resultatmål til Helse- og omsorgsdepartementet. Første rapportering ble levert i 2025. Det er videre inngått en avtale med Sintef om et evalueringsprogram. Evalueringen skal være en følgeevaluering med årlige statusrapporter og inkludere en sluttevaluering. De årlige statusrapportene vil være viktig for å eventuelt kunne justere kursen underveis og gjøre nødvendige tilpasninger. Det vises også til flertallsforslag til vedtak Dokument 8:74 S (2025-2026), Innst. 171 S (2025-2026):

Stortinget ber regjeringen gjennomgå mål, virkemidler og ressursbruk i opptrappingsplanen for psykisk helse og legge fram en midtveisevaluering for Stortinget senest innen utgangen av 2027.

Helsefremming/forebygging
Rapporten anbefaler at departementet følger opp at barn og unge med behov for psykiske helsetjenester får et tilstrekkelig behandlingstilbud uavhengig av hvor de bor. Jeg er enig i at vi må sikre at de som har behov for helsehjelp får det. Samtidig vil jeg understreke at det er nødvendig at vi jobber med å fremme god psykisk helse og forebygge psykiske plager og lidelser. Helsefremmende og forebyggende arbeid er viktig for å styrke barn og unge, og legge til rette for at de kan leve gode liv. I tillegg kan det bidra til at færre utvikler langvarige plager og lidelser og får behov for helsehjelp.
Særlig viktig i det forebyggende arbeidet er innsatsen for å redusere barndomsbelastninger, vold, overgrep og andre traumer, og trygge og gode oppvekstsvilkår tidlig i livet. Belastninger i barndommen kan ha store konsekvenser for psykisk helse, og tidlig innsats med vekt på de første 1000 dagene i barnets liv kan ha stor forebyggende effekt. Kommunene skal gjennom folkehelseloven prioritere det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og de gjør et viktig arbeid for å fremme god psykisk helse og livskvalitet. Den reviderte folkehelseloven trådte i kraft 1. januar 2026. Psykisk helse og livskvalitet har fått en mer fremtredende plass i loven enn tidligere. Dette omfatter også at kommunene har oversikt over og iverksetter nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringer som vold og overgrep, som er sentrale risikofaktorer for senere psykiske plager og lidelser. Helsetilsynets tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid for å fremme god psykisk helse hos barn og unge ble brukt som et viktig grunnlag ved revideringen av folkehelseloven.
Arbeidet med å fremme god psykisk helse og livskvalitet i kommunene skjer på tvers av sektorer og helt sentralt står barnehager, skoler, arbeidsplasser, lokalmiljøet mm. I dette arbeidet er det viktig at tjenester og tiltak er kunnskapsbaserte, samordnet og innrettet slik at barn og familier får støtte tidlig, og at barnets beste er et grunnleggende hensyn. I tråd med Stortingets vedtak i forbindelse med oppvekstmeldingen skal regjeringen bidra til at kunnskap og forskning om barndomsbelastninger og -vold som et folkehelseproblem, med vekt på de første tusen dagene, tilgjengeliggjøres i relevante tjenester. Jeg har gitt Helsedirektoratet og FHI flere oppdrag som vil inngå i oppfølgingen av anmodningsvedtaket.
Mange barn og unge har behov for hjelp fra flere tjenester. Da må vi tenke på tvers av sektorer. Regjeringen etablerer derfor en tverrsektoriell tilskuddsordning til kommunenes forebyggende innsats for barn og unge (programfinansiering). Ordningen skal bidra til gode oppvekstsvilkår og motvirke utenforskap blant barn og unge og stimulere til målrettet innsats på tvers av sektorer og tjenesteområder. Ordningen legger til rette for større tverrfaglighet og innovasjon i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er bevilget 520 mill. kroner til formålet i budsjettet for 2026.

Psykisk helse og rusmiddelbruk henger tett sammen, og regjeringen har som en del av forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet (Meld. St. 5 (2024–2025)) etablert et nasjonalt rusmiddelforebyggende program rettet mot barn og unge. Programmet skal styrke kunnskapsformidling om rusmiddelbruk og kvalitetssikre verktøy og metodikk i henhold til

internasjonale standarder. Videre skal programmet bidra til økt bruk av kunnskapsbaserte metoder og tiltak i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Arbeidet med programmet er organisert under Helsedirektoratet. I tillegg har vi siden 2023 satset på oppsøkende arbeid for tidlig identifisering og intervensjon ved problemutvikling i barne- og ungdomsmiljøer. Vi styrket innsatsen i 2024 med 12,5 mill. kroner for en nasjonal satsing på utvikling og implementering av oppsøkende metodikk gjennom de Regionale kompetansesentrene på rusmiddelområdet (KORUS).

Konklusjon: Det er for store forskjeller i tilbudet barn og unge med psykiske plager og lidelser får i kommunene.
Riksrevisjonen peker på at det er for store forskjeller i tilbudet barn og unge med psykiske plager og lidelser får i kommunene. Jeg er kjent med at tilbudet til målgruppen varierer mellom kommunene. Et sentralt mål i opptrappingsplan for psykisk helse er derfor at alle innbyggere skal ha tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud inne psykisk helse og rus. For å nå dette målet har vi styrket kommunenes inntekter med 300 millioner kroner slik at flere kommuner kan utvikle gode lavterskeltilbud og tjenester i tråd med behovene lokalt. For å målrette satsingen ytterligere ble det i 2026 opprettet en tilskuddsordning til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene. Det ble bevilget 60 mill. kroner i friske midler til ordningen. Samlet er det bevilget om lag 429 millioner kroner til lavterskeltilbud og utrulling av ACT, FACT og FACT Ung i budsjettet for 2026.

Riksrevisjonen viser til at det er de små kommunene som har de største utfordringene med å levere tiltak til barn og unge. Det er viktig for meg å understreke at mange små kommuner finner gode løsninger for å tilby psykisk helsehjelp til barn og unge innenfor sine rammer. Vi vet også at flere og flere tenker nytt rundt hvordan de kan innrette tjenestene på måter som når flere raskere, blant annet ved å ikke kreve vedtak der det er mulig i henhold til regelverket. I regelverket for den nye tilskuddsordningen til utvikling, etablering og tilpasning av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rusmiddelfelt er det presisert at interkommunale samarbeid og kommuner som ikke har lavterskeltilbud fra før vil bli prioritert.

Vi legger også til rette for etablering og utvikling av gode lavterskeltilbud gjennom faglig støtte, blant annet gjennom at Helsedirektoratet driver implementeringsarbeid knyttet til nasjonal veileder psykisk helsearbeid barn og unge. For å ytterligere styrke arbeidet med implementering har direktoratet i 2026 fått i oppdrag å lage et forslag til hvordan kommunene fra 2027 kan støttes enda bedre i forbindelse med planlegging, utvikling og implementering av lavterskeltilbud, inkludert hvilken støtte som trengs for at tilbudene skal bli en del av det ordinære tjenesteapparatet etter endt tilskudd.
Digitale verktøy kan bidra til å redusere variasjonen og er omtalt nærmere under punktet *Bosted avgjør hvilket tilbud barn og unge med psykiske plager og lidelser får.*
Riksrevisjonen viser til at flere kommuner ikke har knyttet til seg psykologkompetanse. Det har vært en systematisk og langsiktig politikk for å stimulere til psykologkompetanse i kommunene med øremerket tilskudd og deretter lovfesting. Tilskuddet ble lagt inn i kommuneramma da det ble lovfestet at alle kommuner skal knytte til seg psykologkompetanse. Kommunene har et selvstendig ansvar for å oppfylle lovkravene.

For å kunne tilby gode tjenester der folk bor er vi avhengige av personell. På nasjonalt nivå er det ifølge Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8) en økning i årsverk til barn og unge på 5,4 prosent fra 2024 til 2025. Samtidig er det også på psykisk helse feltet utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde personell. For å møte personellutfordringene i helse- og omsorgssektoren vil vi i løpet av 2026 legge frem en helsepersonellplan som går frem til 2040 for å rekruttere og beholde fagkompetanse i helse- og omsorgstjenestene.

Riksrevisjonen anbefaler at departementet tydeliggjør kommunenes ansvar for å følge opp barn og unge som har behov for tjenester også etter at spesialisthelsetjenesten har avsluttet behandlingen. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. I «Nasjonal veileder i psykisk helsearbeid barn og unge» er det presisert at når et barn eller en ungdom får tilbud i PHBU, opprettholdes de kommunale tjenestenes oppfølgingsansvar, inkludert fastlegens medisinske ansvar. I «Nasjonalt forløp for psykiske lidelser barn og unge» er det vist tiden nasjonale veilederen. I den nasjonale veilederen kommer det også klart frem at kommunene har ansvar for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud på individnivå for barn og unge med psykiske plager. Helsedirektoratet ga i 2022 ut veilederen «Samarbeid til barns beste» som også tydeliggjør kommunenes ansvar. Jeg merker meg anbefalingen og vil ta den med meg i det videre arbeidet.

Etter helsesykepleiere oppgir et stort antall av kommunene at det er fastlege og helsestasjon for ungdom som behandler barn og unge med psykiske plager og lidelser i kommunene. Samtidig oppgir nesten en fjerdedel av kommunene at fastlege ikke er godt integrert i samarbeidet om hvert enkelt barn og ungdom som har psykiske plager og lidelser. Fastlegen er et viktig bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunal helse- og omsorgstjenesten, også for barn og unge. Jeg er enig i at når fastlegen er tett integrert i oppfølgingen, kan vedkommende bidra til tidlig identifisering, kontinuitet og helhet i behandlingsforløpet, samtidig som informasjon og vurderinger fra spesialist kan omsettes til konkrete tiltak i kommunen. Jeg vil minne om at det i fastlegeforskriften § 7 er regulert at kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og næringsdrivende fastleger. Videre skal kommunen legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen skal også legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om fastlegen er ansatt i kommunen eller har avtale med kommunen som næringsdrivende fastlege.
Regjeringen har styrket fastlegeordningen betydelig, og det er rekordhøy rekrutering av fastleger. Dette bidra til bedre kapasitet i tjenesten

Konklusjon: Kommunene legger et stort ansvar på helsesykepleierne, selv om disse verken har mandat eller kapasitet til å behandle barn og unge med psykiske plager og lidelser

Mange barn og unge med psykiske helseutfordringer er i kontakt med helsesykepleier i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesykepleiere har en viktig rolle i å oppdage barn og unge med, eller i risiko for å utvikle psykiske helseproblemer. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten legger rammer for helsestasjons- og skolehelsetjenestens virksomhet, men begrenser ikke helsesykepleiers anledning til å yte helsehjelp til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Regelverket ivaretar muligheten til å kunne tilby behandling og oppfølging i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Jeg gjør oppmerksom på at helsesykepleiere har en kompetanse, ikke mandat, i tråd med forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning. I henhold til lov om helsepersonell § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsesykepleiere skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Det er derfor viktig at helsesykepleiere har kunnskap om hvilke aktører som kan følge opp barn og unge videre, og at det kan gjøre på en mest mulig sømløs måte slik at det ikke forsinker oppstart av nødvendig behandling. Jf. Meld. St. 28 (2024–2025) Tro på framtida – uansett bakgrunn, tar regjeringen sikte på å gjennomføre en nasjonal prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Målet er å legge til rette for bedre oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager og lidelser. Helsedirektoratet skal i 2026 legge til rette for gjennomføring av en slik nasjonal prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere

For å legge til rette for økt antall helsesykepleiere i kommunen er det etablert en ordning med lønnstilskudd til kommuner som har ansatt sykepleiere som vil ta helsesykepleierutdanning. Ordningen er på 20 mill. kroner i 2026.

Økt kompetanse og tilgang til oppdatert kunnskap for personell som jobber i tjenester rettet mot barn og unge er av særlig betydning. Høsten 2023 etablerte vi Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (NASKO). NASKO jobber for mer kunnskapsbaserte, likeverdige kommunale helsetjenester for gravide, barn, unge og deres familier. Arbeidet omfatter blant annet forskning, med særlig vekt på tiltaksforskning, og tilgjengeliggjøring av relevant kunnskap. Målgruppen er ansatte i kommunal svangerskaps- og barselomsorg, helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.

Når et barn eller en ungdom har psykiske helseutfordringer eller rusmiddelproblemer, vil det ofte være behov for samarbeid med flere instanser. Folkehelseinstituttet skal samarbeid med Helsedirektoratet delta inn i arbeidet med å fremme gode modeller for samarbeid om barn og unge med utgangspunkt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Videre skal

Folkehelseinstituttet sammen med Helsedirektoratet og andre relevante aktører følge opp tiltaket om å øke kompetansen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å forebygge vold, overgrep og omsorgssvikt. Dette er faktorer som vi vet har stor betydning for psykisk helse og problemutvikling. Som nevnt over legger tilskuddsordningen *Kommunalt forebyggingsprogram for barn og unge* også til rette for større tverrfaglighet og innovasjon i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Konklusjon: Flere barn og unge får behandling i spesialisthelsetjenesten, men det er store forskjeller i ventetider, i hvor mange henvisninger som blir avslått, i antall kontakter og i det ambulante tilbudet.

Barn og unge skal, uavhengig av bosted, ha likeverdig tilgang til spesialiserte tjenester gjennom psykisk helsevern barn og unge (PHBU). Variasjon i tilbudene må forventes ut fra geografi og bosetting og er ikke i seg selv uheldig. Det er den uønskede variasjonen som kan ha uheldige konsekvenser for barn og unge slik Riksrevisjonen peker på. At nærmest alle henvisninger til PHBU blir vurdert innen fristen på 10 dager er et viktig funn. Det samme er data som viser at flere barn får behandling, selv om antall henvisninger øker. Riksrevisjonen viser samtidig til at det er store forskjeller i spesialisthelsetjenestens tilbud til barn og unge når det gjelder andel avslag, ventetider, kontakter og ambulante tilbud.

Gjennom arbeidet i ventetidsløftet har regjeringen sørget for en markant nedgang i de gjennomsnittlige ventetidene til påbegynt helsehjelp. Fra og med mars 2025 har ventetidene til påbegynt helsehjelp i PHBU vært tilbake på nivået før pandemien nasjonalt. Det å få ventetidene tilbake til nivået før pandemien, har vært målet i dette arbeidet. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2026 er det blant annet stilt krav om at ventetidene i spesialisthelsetjenesten skal reduseres. Det fremgår at gjennomsnittlig ventetid til påbegynt helsehjelp skal ned hvert år i denne stortingsperioden, og at ventetiden i 2026 skal være lavere enn i 2025 og ikke overstige nivået fra 2019. Dette gjelder også psykisk helsevern for barn og unge. Det fremgår videre at gjennomsnittlig ventetid til videre utredning og behandling skal reduseres markant i stortingsperioden 2025-2029. Dette målet vil bli nærmere konkretisert i revidert oppdragsbrev for 2026. Utviklingen i ventetidene følges tett fra departementets side. Regjeringen har også gjennom opptrappingsplan for psykisk helse lagt til rette for å styrke kapasiteten og utvikle tjenestene til barn og unge med psykiske plager og lidelser. I opptrappingsplanen er det blant annet et mål at ventetidene i psykisk helsevern for barn og unge skal reduseres og på sikt være kortere enn 35 dager. De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentene fulgt opp med forventninger om å styrke tilbudet til barn og unge og prioritere psykisk helsevern i utviklingen av tjenestene.

Videre er det over flere år satset på FACT Ung gjennom tilskudd til etablering av slike team. Det første vi gjorde da vi inntok regjeringskontorene var å styrke dette tilskuddet. I tillegg gir Helsedirektoratet faglig og organisatorisk støtte til teamene. Det er presisert i Prop. 1 S og i oppdragsbrev til de regionale helseforetakene at tverrfaglige oppsøkende team som ACT,

FACT og FACT Ung bør etableres der det er befolkningsmessig grunnlag for det. Ambulante tjenester som FACT Ung må sees i sammenheng med det helhetlige behandlings- og oppfølgingstilbudet.

Det er et mål vi fortsatt følger opp. Vi ser samtidig at det i samme periode har vært en klar økning i antall henvisninger til PHBU, i enkelte regioner opp mot 30-40%, noe som kan påvirke ventetidene ved at det legger press på kapasiteten i tjenestene. Det har vært særlig en økning i henvisninger av barn og unge til utredning av for ADHD, noe som gir grunn til bekymring. Derfor fikk Helsedirektoratet i 2026 i oppdrag å vurdere revidering av nasjonal faglig retningslinje for ADHD og om det er behov for andre tiltak knyttet til problemstillinger ved mistanke om, diagnostisering, behandling og oppfølging av ADHD. Leveransen vil komme i løpet av mars. Når den foreligger vil regjeringen følge opp og se på behov for tiltak i samarbeid med Helsedirektoratet, FHI og andre sektorer.

Når det gjelder variasjoner i andel avslåtte henvisninger, antall kontakter og bruk av ambulante tjenester, er departementet opptatt av at tjenestene organiseres slik at barn og unge får et tilgjengelig og helhetlig tilbud. Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene understreker betydningen av god samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, slik at barn og unge får hjelp på riktig nivå til riktig tid. Variasjon mellom helseforetak kan ha flere forklaringer, blant annet forskjeller i pasientsammensetning, organisering av tjenestene og registreringspraksis. Departementet vil likevel følge utviklingen i disse indikatorene i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

Utprøvningen *Én vei inn* i Vestfold er et tiltak som tar sikte på å redusere uønsket variasjon. Gjennom felles vurderinger, lav terskel for kontakt og tettere samarbeid mellom nivåene legges det til rette for en mer enhetlig praksis, der flere pasienter får rask avklaring og hjelp på riktig nivå. Regjeringen vil legge til rette for å bredde ut *Èn vei inn* eller lignende modeller til alle helseforetak, slik at veien inn til oppfølging eller behandling blir enklere og mer forutsigbar for pasientene, og at de får rett hjelp på rett sted.

Dette er særlig viktig for barn og unge. Derfor handler ett av resultatmålene i opptrappingsplanen om at barn og unge som henvises til psykisk helsevern barn og unge (PHBU) skal få tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å innføre et tilbud om vurderingssamtale/tidlig avklaring, og per april 2025 hadde 87 prosent av poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) etablert et tilbud om vurderingssamtale/tidlig avklaring.

Det har vært en økning i antall årsverk i helseforetakene, men antall innvilgede henvisninger har økt mer.
Riksrevisjonen peker på at antallet årsverk i psykisk helsevern for barn og unge har økt, samtidig som antallet henvisninger har økt mer. Dette må ses i sammenheng med den betydelige økningen i etterspørselen etter psykiske helsetjenester til barn og unge de senere

årene. I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene har departementet lagt til grunn at kapasiteten i psykisk helsevern skal styrkes, og at tjenestene skal utvikles slik at barn og unge med behov for spesialiserte psykiske helsetjenester får et forsvarlig og tilgjengelig tilbud.
Jeg vil understreke at forholdet mellom antall årsverk og antall henvisninger ikke alene gir et fullstendig bilde av kapasiteten i tjenestene. Organisering av tjenestene, pasientsammensetning og arbeidsformer kan påvirke utviklingen i aktivitet og ressursbruk. Samtidig ser vi, slik Riksrevisjonen viser til, at arbeidsbelastningen for fagfolkene våre har økt, både på grunn av flere henviste pasienter, men også pga. at mye tid går til rapportering og arbeid som ikke er klinisk. Dette må vi ta på stort alvor og følge opp. Målet er en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste der helsepersonellet får bruke mer av tiden sin på pasienter, og der fagfolk opplever tillit, mestring og eierskap. Gjennom «medarbeiderløftet» vil vi blant annet fjerne unødvendig dobbeltarbeid, jobbe smartere og fortsette innsatsen for mer og bedre bruk av digitale tjenester. Dette er viktig for at også barn og unge skal oppleve å få gode helse- og omsorgstjenester i samsvar med sine behov.

Konklusjon: Tilbudet til mange barn og unge er ikke tilstrekkelig koordinert og helhetlig
Jeg er godt kjent med at det er utfordringer knyttet til sammenheng i tjenestene. Dette har vi også løftet i opptrappingsplanen. Derfor er et tiltak i planen at vi skal utrede og pilotere en integrert ungdomstjeneste på ett nivå for unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet har levert denne utredningen og departementet vil vurdere hvordan denne skal følges opp.

Utfordringer knyttet til samhandling er ikke særegent for psykisk helsefeltet. Derfor har jeg satt i gang et arbeid med en helsereform. Helsereformutvalget skal utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i Norge. Utvalget skal blant annet utrede og foreslå modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge, og vurdere ansvars- og oppgavefordelingen mellom tjenestenivåene.

Som en del av arbeidet med helsereformen har regjeringen etablert Prosjekt X, der vi følger ulike pilotprosjekter hvor kommuner og sykehus prøver ut nye måter å organisere tjenestene på. Det er 14 ulike utprøvinger i gang og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å oppsummere erfaringer og læringspunkter. Noen av prosjektene omhandler tjenester innen psykisk helse, som utprøving av felles henvisningsmottak, Èn vei inn i Vestfold og integrerte helsetjenester for barn og unge i Nordfjord. Erfaringene fra Prosjekt X skal brukes aktivt inn i arbeidet med helsereformen.

Som et konkret eksempel er utprøvningen *Én vei inn* i Vestfold etablert som et samarbeid mellom Sykehuset i Vestfold HF og Sandefjord kommune. Prosjektet retter seg mot pasienter med behov for psykisk helsehjelp og innebærer et felles psykisk helsemottak der behandlere fra kommune og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen i en integrert modell. Pasientene kan ta direkte kontakt, få rask vurdering og tilbys behandling på riktig nivå uten unødvendige

henvisninger eller avslag. Målet er å redusere ventetider, unngå at pasienter blir kasteballer mellom nivåene og legge til rette for et mer helhetlig og koordinert tilbud. Erfaringene så langt tyder på at mange pasienter får hjelp tidligere i forløpet, og i noen tilfeller ferdigbehandles i perioden de ellers ville stått på venteliste.

Det er et mål at pasienter som har behov for psykisk helsehjelp opplever enkel tilgang til helse- og omsorgstjenester og kan motta helsehjelp uten unødig opphold. For å lykkes med dette er det behov for et tettere samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i dette har Helsedirektoratet i 2026 fått i oppdrag å kartlegge og vurdere ulike modeller for samarbeid rundt inntaksvurdering, herunder «En vei inn – felles psykisk helsemottak» eller tilsvarende modeller i alle helseforetak og kommuner. Helse Sør-Øst RHF er bedt om å bistå Helsedirektoratet i dette arbeidet. I nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge står det at kommunen skal sørge for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud på individnivå til barn og unge med psykiske plager, rusmiddelproblemer eller reaksjoner på belastende livshendelser og som får oppfølging fra flere tjenester. I tillegg er det beskrevet anbefalinger for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. I budsjettet for 2026 er det bevilget 5,9 mill. kroner til implementering av denne veilederen og Nasjonal veileder psykisk helse- og rusarbeid for voksne.

Det er over flere år satset på Fact Ung. Dette er tverrfaglige team for ungdom mellom 12–25 år som har sammensatte vansker og nedsatt fungering på flere områder i livet. Teamene er satt sammen av ansatte fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen, og et viktig og godt tiltak for mer koordinert og helhetlig hjelp. Vi viderefører denne satsingen og har i 2026 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere hvordan det i større grad kan stimuleres til å etablere flere slike team og øke utbredelsen av dem.

Samordningsplikten skal sørge for at én kommunal tjeneste får hovedansvaret for samordningen av tjenestene, og tjenestene skal ved behov gjennomføre regelmessige samarbeidsmøter eller ansvarsgruppemøter rundt det enkelte barnet eller den enkelte ungdommen. At kommunene har ansvar for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud på individnivå for barn og unge med psykiske plager, kommer klart frem i «Nasjonal veileder i psykisk helsearbeid barn og unge». Helsedirektoratet ga i 2022 ut veilederen «Samarbeid til barns beste» som også tydeliggjør kommunenes ansvar.

Konklusjon: Bosted avgjør hvilket tilbud barn og unge med psykiske plager og lidelser får

Mennesker med psykiske helseutfordringer har behov for god og lett tilgjengelig hjelp. Det er en kjent utfordring at det er variasjon i tilbudet rundt om i landet. Derfor har vi løftet i opptrappingsplan for psykisk helse at regjeringen ønsker å bidra til å styrke kvaliteten og bedre tilgjengeligheten til tjenester for mennesker med psykiske plager og lidelser. Dette handler om tiltak som er nevnt over, som å legge til rette for mer tilgjengelige lavterskeltilbud i kommunene, styrke tilbudet i psykisk helsevern, redusere ventetiden og gi barn og unge tilbud om vurderingssamtaler for å avklare behov for videre behandling, og enkel tilgang til videre helsehjelp. Jeg vil fortsette å jobbe for gode tjenester der folk bor og vil fremover ta

med meg behovet for å ha særskilt oppmerksomhet på å forbedre situasjonen til barn og unge som er bosatt i kommuner som har et lite utbygd tjenestetilbud og der det er lite samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.
Et viktig virkemiddel for å gjøre hjelpen mer tilgjengelig uavhengig av bosted er å øke bruken av digitale verktøy innen psykisk helse og rus. Digitale verktøy brukes på flere nivåer både i forebygging og behandling av psykiske plager og lidelser.
Kvalitetssikret informasjon om psykiske helseplager er gjort tilgjengelig for eksempel på Helsenorge og Ung.no. Digitale selvhjelpsverktøy er løsninger som brukes på egenhånd for å mestre psykiske utfordringer, gjerne i form av apper, nettsider og/eller videoer. Helsedirektoratet har tilgjengeliggjort flere kvalitetssikrede selvhjelpsverktøy på Helsenorge. Disse kan også brukes i samarbeid med helsepersonell.
Veiledet kunnskapsbasert internettbehandling er digitale behandlingstilbud som kombinerer digital informasjon og selvhjelp med veiledning fra helsepersonell, enten asynkront gjennom en digital plattform eller gjennom direkte dialog. Et eksempel er UngMeistring i Bergen, som har digitale behandlings- og mestringstilbud rettet mot barn og unge med spiseforstyrrelser eller ADHD, er veldokumentert og tilbyr effektiv behandling. I andre regioner er det utviklet tilsvarende tilbud for behandling og mestring av blant annet angst og depresjon. Forskningsresultater har vist at digital behandling kan være like effektivt som vanlig psykologisk behandling ansikt til ansikt.
Digitale behandlingsløsninger har flere fordeler som kan bidra til å redusere uønsket geografisk variasjon i tjenestetilbudet. Digitale løsninger er tilgjengelige overalt med internettdekning og tar bort behovet for reisetid. De er også mer fleksible siden brukeren kan benytte seg av verktøyene når det passer dem, uten behov for timeavtale. For barn og unge er dette særlig viktig siden det reduserer behovet for fri fra skole og fritidsaktiviteter. Digitale løsninger gjør det også lettere å motta helsehjelp fra personell som befinner seg langt unna, noe som kan redusere geografisk variasjon i kvalitet og kompetanse. Videre redusere det behovet for personellressurser og gjør det lettere for helsepersonell å levere behandling av høy kvalitet uten mye opplæring, siden den digitale plattformen bidrar til å strukturere behandlingen og levere intervensjonene.
Vi ønsker derfor å bredde ut bruken av digitale verktøy innen psykisk helse slik at enda flere kan få behandling. Helsedirektoratet fikk derfor i oppdrag i 2025 å iverksette tiltak for å tilgjengeliggjøre og øke bruken av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykisk helse. I budsjettet for 2026 er det bevilget 10 mill. kroner til arbeidet med å tilgjengeliggjøre og øke bruken av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud innen psykisk helse. Samlet i budsjettet for 2026 er det bevilget 16,7 mill. kroner til formålet.

Konklusjon: Til tross for flere styringsgrep, er sentrale mål ikke oppnådd og det mangler informasjon for å følge med på området.
Jeg er enig i at kunnskapsgrunnlaget på feltet bør økes. For å kunne følge utviklingen og måloppnåelsen i opptrappingsplanen har regjeringen formulert åtte resultatmål. Helsedirektoratet skal årlig rapportere på status for tiltak og resultatmål til Helse- og omsorgsdepartementet. Første rapportering ble levert i 2025. Det er videre inngått en avtale med Sintef om et evalueringsprogram. Evalueringen skal være en følgeevaluering med årlige statusrapporter og inkludere en sluttevaluering. De årlige statusrapportene vil være viktig for

å eventuelt kunne justere kursen underveis og gjøre nødvendige tilpasninger. Det vises også til flertallsforslag til vedtak Dokument 8:74 S (2025-2026), Innst. 171 S (2025-2026): Stortinget ber regjeringen gjennomgå mål, virkemidler og ressursbruk i opptrappingsplanen for psykisk helse og legge fram en midtveisevaluering for Stortinget senest innen utgangen av 2027.

Som Riksrevisjonen påpeker har resultatmålet «Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling» i opptrappingsplan for psykisk helse vært utfordrende å finne gode måter å måle på. Departementet jobber med å få konkretisert hvordan resultatmålet skal måles.
Når det gjelder resultatmålet i opptrappingsplanen om vurderingssamtale, er det viktig å understreke at vi har gitt flere oppdrag om dette slik at dette skal være et tilbud til alle barn og unge med behov for psykisk helsehjelp. Samtidig må det være variasjon i omfang og innhold i vurderingssamtaler fordi tilbudet må tilpasses lokale forhold og tilgang på kompetanse og personell. Helse- og omsorgsdepartementet følger arbeidet, og vi vil også sørge for at det blir rapportert på bruk av vurderingssamtaler slik det legges opp til gjennom resultatmål om dette i Opptrappingsplanen.

I opptrappingsplan for psykisk helse påpekte vi at vi mangler gode styringsdata for de kommunale tjenestene på psykisk helse- og rusmiddelfeltet. Verken kommunene selv, statsforvalterne eller Helsedirektoratet har tilstrekkelig informasjon til å kunne følge med på utviklingen i tjenestene. Det arbeides med å få data fra psykisk helse- og rustjenesten i kommunene inn i kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette gjøres i samarbeid mellom FHI, som har ansvar for KPR og Helsedirektoratet som spiller inn i dette arbeidet fra fagsiden. Jeg er glad for at dette arbeidet er i gang. Samtidig er dette et krevende arbeid som vil måtte ta tid. For å overføre data fra kommunene inn til KPR, må dataene i kommunene være strukturerte. De journalløsningene som benyttes i kommunene i dag i psykisk helse- og rustjenestene, og for barn og unge, rapporteres i all hovedsak i fritekst og har lite strukturerte data. Når det gjelder rapportering av data fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten begynte de første kommunene å rapportere til KPR høsten 2025. Det er forventet at alle kommuner rapporterer i løpet av høsten 2026.

Kunnskapsgrunnlaget i sektoren er samtidig stadig i utvikling, og i vår styring bygger vi på flere datakilder for å følge med også på kvalitet i tilbudene innen spesialisthelsetjenesten. Helseatlas, SAMDATA og nasjonale kvalitetsindikatorer er noen av flere viktige kilder til kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Endring i antall kvalitetsindikatorer på et område er også et viktig ledd i Helsedirektoratets lovfestede ansvar for utvikling og vedlikehold av nasjonale kvalitetsindikatorer slik at vi velger datakilder som best kan si noe om kvalitet, samtidig som vi ikke legger opp til for mange rapporteringskrav i tjenesten.

Konklusjon: Svakhetene i de psykiske helsetjenestene kan ha store konsekvenser
Riksrevisjonen påpeker at svakhetene i de psykiske helsetjenestene kan ha store konsekvenser. Jeg er enig i at det er risiko for at svakheter i systemet får store konsekvenser

– særlig for enkeltmennesker og de som står rundt barn og unge som har psykiske plager og lidelser.

Psykisk helsefeltet er et fagområde som har blitt satset på av flere regjeringer de siste 25 årene. Samtidig viser Riksrevisjonens undersøkelse at det er behov for endring og forbedring. Vi har derfor satt i gang arbeidet med en helsereform. Det er behov for å tenke nytt og annerledes om både hvordan vi forebygger, gir hjelp og følger opp. Det gir Opptrappingsplanen rom for.

Kvalitetsforbedring er en stadig prosess som innebærer kontinuerlig innsats for å forbedre tjenester over tid, men også å utvikle nye måter å jobbe på til det beste for pasientene. Derfor er psykisk helse et viktig satsingsområde for regjeringen og jeg vil fortsette å jobbe for å fremme god psykisk helse gjennom å forebygge bedre, gi gode tjenester der folk bor og et godt tilbud til barn og unge med langvarige og sammensatte behov.

Med hilsen

Jan Christian Vestre