

Framskrivningsmodell for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2026

1. Sammendrag

Framskrivningsmodellen for aktivitetsbehov innen psykisk helsevern (PHV)/tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er vedtatt revidert våren 2026. Modellen ble sist revidert i 2022 og beskrev forventet utvikling i aktivitet i perioden fra 2021 til 2040. Nåværende revisjon innebærer en framskrivning fra 2025 til 2045, med oppdaterte forutsetninger og reviderte modifierende faktorer. Arbeidet med framskrivningsmodellene følger av oppdragsdokument gitt av Helse- og omsorgsdepartementet. Framskrivningen beskriver forventet og faglig ønsket utvikling i aktivitet. Implementering av endringene som beskrives i modellen vil kreve målrettet styring og prioritering i helsetjenesten de kommende årene.

Revisjonen viser at det praktisk talt ikke har vært noen samlet vekst i aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne de siste fire årene. Dette til tross for at det i samme periode er økt forekomst av psykiske lidelser i befolkningen og en stor vekst i antall dømt til behandling. Revisjonen viser at det er behov for en økning i døgnkapasitet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. En fortsatt utvikling med overgang fra døgn til dag og økende forekomst av psykiske lidelser (særlig angst, depresjon, traumer), medfører en forventet videre vekst i poliklinisk aktivitet. Oppdatert framskrivning av aktivitet frem mot 2045 gir et noe lavere behov for vekst sammenlignet med forrige framskrivning, særlig grunnet endringer i bruksmønster og demografisk utvikling.

Det er observert en betydelig vekst i antall individer i psykisk helsevern for barn og unge, både som følge av endringer i befolkning og i bruksmønster. Andelen av barn og unge som mottar dag- og poliklinisk behandling har økt fra 5,1 prosent til 5,8 prosent i perioden 2021-2025. Det forventes en avtagende vekst i antall individer i BUP fremover, men fremdeles et behov for økt poliklinisk aktivitet. Et økt ansvar for behandling av barn og unge med ruslidelser og tverrfaglig helsekartlegging gir vekst i poliklinikk samtidig som behovet for liggedøgn forblir uendret fra 2025 på tross av redusert barnepopulasjon.

I TSB har flere helseforetak etablert avrusningsenheter og rusakuttmottak de senere årene. Det observeres derfor en dreining av tilbudet mot mer akuttbehandling i helseforetakene, men det er ikke observert en klar vekst i antall pasienter eller poliklinisk aktivitet. I denne framskrivningen forventes det en styrket satsning på intensiv ambulant behandling. Det vil redusere behovet for liggedøgn noe. Integrert ettervern, vridning fra døgn til dag og behov for et sterkere poliklinisk tilbud, særlig for alkoholrelaterte lidelser, medfører økt behov for poliklinikk. Behovet for vekst i liggedøgn og poliklinikk er lavere i den reviderte framskrivningsmodellen sammenlignet med forrige framskrivning. Dette skyldes til dels et lavere forbruksmønster og mindre vekst som følge av befolkningsendringer.

Det innarbeides en effekt av digital oppfølging i framskrivningen for voksne, barn og unge og TSB, men effekten settes lav da implementering i pasientbehandlingen har utviklet seg langsomt de senere årene. Effekt av tettere samarbeid med kommunen har vært vurdert i arbeidet. Det er godt dokumenterte mangler i samhandlingen for deler av pasientene i psykisk helsevern og TSB. Det forventes organisatoriske endringer de kommende årene for å avhjelpe disse utfordringene. Det er krevende å sikkert vurdere effekten av slike grep, og om endringer vil ha størst effekt i kommunene eller spesialisthelsetjenesten. Det er derfor ikke lagt inn effekter av integrerte tjenestemodeller utover FACT og intensiv ambulant behandling i denne framskrivningen.

Framskrivningen viser at det er kapasitetsutfordringer i mange enheter som forvalter tvungent psykisk helsevern og pasienter som er dømt til behandling. Det medfører et stort press på deler av tjenesten og påvirker de øvrige tilbudene i helseforetakene. Det har medført klare endringer i hvilke pasientgrupper som mottar døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne. Noe av endringen vurderes å skyldes fortrenghet av grupper på

grunn av kapasitetsutfordringer, mens andre endringer vurderes å være i tråd med ønsket faglig utvikling. Intensiv ambulant behandling og hjemmesykehus er eksempler på ønskede omstillinger i tilbudet som har redusert behovet for døgnbehandling i sykehus. Kapasiteten i helsetjenesten må fortløpende tilpasses pasientenes behov. Dette understreker behovet for å vurdere behandlingsform og kapasitet langs flere dimensjoner.

I arbeidet har det kommet fram at det er stor variasjon i forbruk av helsetjenester innen enkelte områder, noe som kan påvirke planlegging av fremtidige helsetjenester på en uhensiktsmessig måte. Arbeidsgruppen anbefaler at de regionale helseforetakene gjør en gjennomgang av helseforetak og sykehus med aktivitet som i høy grad skiller seg fra nasjonale gjennomsnitt, og vurderer om dette er faglig begrunnede forskjeller eller tegn på uønsket ulikhet som utfordrer kravet til likeverdige tjenester.

Innhold

1. Sammenheng	2
2. Bakgrunn	6
2.1 Oppdrag og mandat for arbeidet	6
2.2 Prosess	6
2.3 Avgrensninger	7
3. Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB	8
4. Sentrale utviklingstrekk og politiske føringer	9
4.1 Organisering av spesialisthelsetjenesten	9
4.2 Endringer i «Sørge-for-ansvaret»	9
4.3 Nye behandlingsmodeller	10
4.4 Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven	10
4.5 Framskrivning av uønsket variasjon	11
4.6 Kapasitet, fleksibilitet og videreutvikling	11
5. Befolkningsutvikling	12
6. Tilgjengelighet	15
6.1 Antall individer i behandling	15
6.2 Nyhenviste	15
6.3 Ventetid	16
6.4 Avslag	16
7. Psykisk helsevern voksne	19
7.1 Døgnbehandling psykisk helsevern voksne	19
7.1.1 Pasienter med komorbid rusdiagnose	25
7.1.2 Utvikling i antall dømte til behandling	26
7.1.3 Innleggelsesmønster	28
7.1.4 FACT/Samhandling og intensiv ambulant behandling	32
7.1.5 Generell forbedring av forløp	35
7.1.6 Faktorer i framskrivning av liggedøgn for psykisk helsevern voksne	35
7.1.7 Resultater av framskrivning av liggedøgn nasjonalt	36
7.2 Utvikling i poliklinikk og dagbehandling psykisk helsevern voksne	36
7.2.1 Digitalisering	42
7.2.2 Avtalespesialister	44
7.2.3 Faktorer i framskrivning av poliklinisk aktivitet for psykisk helsevern voksne	45
7.2.4 Resultater av framskrivning i poliklinikk for psykisk helsevern voksne	45
8. Psykisk helsevern barn og unge	46
8.1 Døgnbehandling psykisk helsevern barn og unge	46

8.1.1	Spiseforstyrrelser.....	49
8.2	Utvikling i poliklinikk og dagbehandling psykisk helsevern barn og unge	50
8.2.1	Spiseforstyrrelse.....	55
8.2.2	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	55
8.2.3	ADHD.....	57
8.2.4	Ambulant behandling.....	57
8.2.5	Faktorer i framskrivning av aktivitet for psykisk helsevern barn og unge	60
8.2.6	Resultater for psykisk helsevern barn og unge.....	60
9.	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	62
9.1	Døgnbehandling TSB.....	62
9.1.1	Pasienter med komorbid psykisk lidelse.....	69
9.1.2	Reinnleggelser	70
9.1.3	Integrert ettervern	71
9.1.4	Faktorer i framskrivning av liggedøgn for TSB.....	72
9.1.5	Resultater av framskrivning av liggedøgn nasjonalt	73
9.2	Utvikling i poliklinikk og dagbehandling innen TSB.....	73
9.2.1	Faktorer i framskrivning av poliklinikk for TSB	76
9.2.2	Resultater av framskrivning av poliklinikk nasjonalt.....	76
10.	Bruk av private avtaleparter.....	77
11.	Samlet vurdering	78
12.	Resultater.....	79
12.1	Psykisk helsevern voksne - liggedøgn	80
12.2	Psykisk helsevern voksne - liggedøgn ulike år	81
12.3	Psykisk helsevern voksne - poliklinikk.....	82
12.4	Psykisk helsevern voksne - poliklinikk for ulike år	83
12.5	Avtalespesialister	84
12.6	Psykisk helsevern barn og unge - liggedøgn	85
12.7	Psykisk helsevern barn og unge - liggedøgn for ulike år	85
12.8	Psykisk helsevern barn og unge - poliklinikk.....	86
12.9	Psykisk helsevern barn og unge - poliklinikk for ulike år	87
12.10	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - liggedøgn.....	88
12.11	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - liggedøgn for ulike år	88
12.12	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - poliklinikk.....	89
12.13	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - poliklinikk for ulike år	90
	Vedlegg organisering av arbeidet	91

2. Bakgrunn

2.1 Oppdrag og mandat for arbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet gav i Oppdragsdokument 2019 – tilleggsdokument oppdrag til de regionale helseforetakene om å utarbeide en felles framskrivningsmodell av befolkningens behov for helsetjenester som støtte for planlegging av framtidige tjenestetilbud. Helse Sør-Øst RHF fikk oppdrag om å lede arbeidet. Nasjonal framskrivningsmodell innen psykisk helsevern/TSB ble utarbeidet i 2021.¹ I revidert oppdragsdokument 2022 fikk Helse Sør-Øst i oppdrag å foreta en fornyet helhetlig analyse og framskriving av behov for tjenester innen psykisk helsevern/TSB og foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen disse fagområdene. Revidert framskrivningsmodell ble utarbeidet i 2022 og vedtatt av styrene i de fire regionale helseforetakene.² Det ble anbefalt revisjoner av modellen hvert fjerde år.

Framskrivningsmodellene for både psykisk helsevern/TSB og somatikk er besluttet revidert våren 2026. Mandat for arbeidet er vedtatt i interregionalt AD-møte. For arbeidet med psykisk helsevern/TSB ble det gitt et tilleggsoppdrag i oppdragsdokumentet for 2026 til de regionale helseforetakene: «Når framskrivinger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal oppdateres i 2026, bes det om at analysene beskriver det totale behovet i regionen for døgnkapasitet for barn, unge og voksne, inkludert behovet for ulike typer sikkerhets- og overgangsboliger og nye former for døgntilbud i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. De regionale helseforetakene bes om å gå i dialog med kommunene i opptaksområdet for å få oversikt over den totale tilgjengelige døgnkapasiteten innen psykisk helse og rus.» Det har tatt tid å etablere samarbeid med KS om tilleggsoppdraget omtalt over. Dette oppdraget vil derfor bli besvart gjennom et eget arbeid.

2.2 Prosess

Revisjonsarbeidet er utført av en faggruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene, brukere, tillitsvalgte, KS og observatører fra Helsedirektoratet. Analyser og framskrivinger er gjort av analyseavdelingen i Helse Sør-Øst i dialog med analyseavdelingene i alle RHF-ene og Sykehusbygg HF. Disse har også deltatt i møtene. Gruppen har hatt fem møter. Det vises til vedlegg for sammensetning av gruppen og møteplan.

Medlemmene av faggruppen har hatt ansvar for å forankre arbeidet internt i sine respektive organisasjoner. Interregionalt fagdirektørmøte og interregionalt AD-møte har blitt orientert underveis.

¹ Ny modell for framskrivinger innen PHV/TSB, 2021.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivinger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>

² [framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf](#)

Framskrivning av befolkningsutviklingen er et viktig grunnlag for framskrivningsmodellen. I framskrivningene er det benyttet SSB sin befolkningsframskrivning fra juni 2026, hovedalternativet (MMMM).

2.3 Avgrensninger

Framskrivningen baserer seg på at aktiviteten som legges til grunn, reflekterer behovet for befolkningen slik at dagens forbruksmønster i hovedsak er dekkende. Likeledes legges til grunn at den observerte utviklingen er et uttrykk for behovsutviklingen. Det betinger at kapasitet, økonomi eller andre forhold ikke er begrensende faktorer. For psykisk helsevern voksen spesifiseres et volum relatert til kapasitetsvekst for alvorlig psykisk lidelse og dømt til behandling. For psykisk helsevern barn og unge inntas et volum relatert til rus og tverrfaglig helsekartlegging. Det tas ikke inn noen komponenter av over- eller underforbruk i grunnlaget for framskrivningen.

Siste års aktivitet er grunnlaget for framskrivning. Det har vært diskutert å benytte aktiviteten over en lengre tidsperiode. Det vil imidlertid medføre at man ikke får med endringer som har skjedd i den senere tid. Ved å oppdatere grunnlaget årlig når nye aktivitetsdata foreligger, vil man imidlertid få et bilde av videre utvikling.

Modellene framskrives på nasjonalt nivå, men justeres for en del av faktorene på grunnlag av situasjonen i det enkelte helseforetak. Det gjelder eksempelvis størrelsen på effekt av modifierende faktor som FACT eller annen intensiv ambulant behandling. Dersom det er spesielle forhold som tilsier at behovet ikke er dekket av den tilgjengelige kapasiteten (f.eks. et svært høyt antall dømt til behandling), må det eventuelt tas hensyn til separat og legges til grunnlaget.

Framskrivningen angir kun hvordan befolkningens behov for spesialisthelsetjenester forventes å utvikle seg. Når framskrivningen benyttes til planlegging av nye sykehus, vil forhold som beleggsprosent, utnyttelsesgrader av poliklinikker og operasjonsstuer, arealstandarder med støtterom, arbeidsplasser for personalet mv komme inn i den videre planleggingen, og være avgjørende for det samlede arealbehovet. På bakgrunn av det økede behovet som framskrivningen viser, og utfordringer knyttet til bemanning i årene framover, er det spesielt viktig å utforme arealer slik at de legger forholdene til rette for effektiv drift. Det anbefales at det gjøres et videre arbeid hvor man går gjennom utnyttelsesgrader og arealbehov for å sikre dette.

Det pågår flere arbeider for å se på organisering og innhold i tjenestetilbudene i Norge. Helsereformutvalget, prosjekt X og Rusbehandlingsutvalget er eksempler på dette. Framskrivningen er basert på dagens organisering og ansvarsdeling i helsetjenesten. Større endringer i organisering, ansvarsdeling og innhold i tjenestene vil kreve revisjon av framskrivningen.

I framskrivningen forutsettes videreutvikling av den kommunale helsetjenesten i tråd med beskrivelser i opptrappingsplan for psykisk helse³.

Det er ikke gjort noen vurdering av den helsehjelp som i dag skjer utenfor det offentlige helsevesen ved egenbetaling eller forsikringsordninger.

³[Meld. St. 23 \(2022–2023\)](#)

3. Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB

Gjeldende modell ble basert på aktiviteten i 2021 og vurderte aktivitetsbehovet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for perioden 2021-2040.⁴ Følgende hovedelementer i modellen påvirker forventet aktivitet i 2040:

- *Befolkningsutvikling*
Det er en klar sammenheng mellom alder og bruk av spesialisthelsetjenester. Forventet utvikling i befolkningssammensetning har derfor stor påvirkning på resultatet av framskrivningene. Statistisk sentralbyrås (SSB) befolkningsframskrivning for kommuner i Norge (hovedalternativ) benyttes i modellene.⁵ For bydeler i Oslo, benyttes den relative fordeling av innbyggere over alder og kjønn basert på framskrivningene til Oslo kommune.⁶
- *Prevalensjustering*
Forventet forekomst av diagnostiserbare psykiske lidelser i Norge brukes til å estimere behovet for helsetjenester. Behovet sammenliknes med faktisk aktivitet for å vurdere om det foreligger et «behandlingsgap». For pasienter 65 år og eldre, barn og unge, pasienter med alkoholproblemer, spiseforstyrrelser og traumelidelser ble det vurdert at det var behov for å øke behandlingsskapasiteten. I vurderingen av behov ble det benyttet prevalensdata fra Global Burden of Disease, ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).⁷
- *Kvalitetsforbedring*
Det ble vurdert behov for å styrke behandlingstilbudet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og med spiseforstyrrelser da det ble vurdert å være behov for økt kapasitet.
- *Modifiserende faktorer*
 - Nye behandlingsmetoder og endring i behandlingsform, f.eks. overgang fra døgnbehandling til forsterket poliklinisk behandling for pasienter innen TSB, ACT/FACT og variasjon i innleggelsesmønstre
 - Økt bruk av digital oppfølging
 - Effekt av lovendringer og andre endringer i samfunnet som kan påvirke aktiviteten i spesialisthelsetjenesten

Framskrivningsmodellen bygger på forutsetningen om en videreføring av samarbeid og ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene vedrørende tilbud til pasienter med psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk.

Resultatene blir oppdatert årlig siden aktivitetsgrunnlag og befolkning er i endring. De modifiserende faktorene holdes konstant som årlige effekter i perioden mellom revisjoner.

⁴ [framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf](#)

⁵ [Befolkningsframskrivninger – SSB](#)

⁶ [Befolkningsframskrivninger](#) – Oslo kommune

⁷ Global Burden of Disease er et internasjonalt ledet prosjektinitiativ for systematisk å tallfeste helsetap og død fra sykdommer, skader og risikofaktorer.

4. Sentrale utviklingstrekk og politiske føringer

4.1 Organisering av spesialisthelsetjenesten

I Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) (Meld. St. 23)⁸ skriver regjeringen at de vil prioritere tverrsektoriell forebyggende innsats og tilgjengelige lavterskeltilbud i kommunene for å i større grad å forebygge at psykiske helseplager utvikler seg til å bli psykiske lidelser. Tilbudet i spesialisthelsetjenesten skal styrkes for å gi bedre hjelp til de med størst behov. De med alvorlige psykiske lidelser skal få mer helhetlig behandling og oppfølging. Opptrappingsplanen tydeliggjør ansvarsdelingen i tjenesten, og fremhever at både kommunen og spesialisthelsetjenesten må levere gode tjenester for at pasientene skal få det tilbudet de har krav og rett på.

Den årlige kartleggingen Sintef gjør av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8)⁹, viser stor variasjon i omfang av kommunale tjenester. Riksrevisjonen publiserte nylig rapporten *Tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser*, Dokument 3:8 (2025–2026)¹⁰, som konkluderer med at det er store forskjeller i tilbudene barn og unge får i kommunene. Riksrevisjonen påpeker viktigheten av 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. Generalistkommuneutvalget beskrev mer overordnet de utfordringer mange kommuner har, med å gjennomføre lovpålagte oppgaver (NOU 23: 9)¹¹.

Forrige framskrivning var basert på en videreføring av en jevnbyrdig ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Psykiske og rusrelaterte lidelser har en høy forekomst med en årlig prevalens på om lag 15-20%. Spesialisthelsetjenesten har per i dag ikke kapasitet eller kompetanse til å kompensere for store mangler i kommunale tilbud. Et fullverdig, effektivt og bærekraftig behandlingstilbud krever i tillegg til koordinerte helsetjenester, tiltak fra flere andre samfunnsaktører (sosial, bolig, NAV, utdanning, etc.).

Regjeringen har satt ned Helsereformutvalget med formål om å utrede og foreslå modeller som kan adressere utfordringene i samhandling og ansvarsdeling, og slik sikre en mer sammenhengende og bærekraftig offentlig helse- og omsorgstjeneste. Faggruppen forventer at Helsereformutvalget vil komme med forslag til justeringer i organisering og finansiering av tjenesten, for å bedre samhandlingen.

4.2 Endringer i «Sørge-for-ansvaret»

Siden forrige revisjon er spesialisthelsetjenestens «sørge-for-ansvar» for barn og ungdom med rusmiddellidelser tydeliggjort. Spesialisthelsetjenesten har nå i oppdrag å planlegge og implementere et helhetlig behandlingstilbud til gruppen.¹² Det statlige barnevernet har ikke lenger et ansvar for å ha behandlingstilbud til barn og unge med rusutfordringer. De regionale helseforetakene har lagt planer for etablering av døgnbehandling, avrusning,

⁸<https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202220230023000dddpdfs.pdf>

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter>

¹⁰ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2025-2026/tjenester-til-barn-og-unge-med-psykiske-plager-og-lidelser/>

¹¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-9/id2968517/>

¹² <https://www.helse-sorost.no/497a54/siteassets/documents/styret/styremoter/2026/0423/048-2026-nasjonal-plan-for-utbygging-av-tjenestetilbudet-for-barn-og-unge-med-rusmiddelproblemer.pdf>

ambulant tilbud og poliklinikk til gruppen. Tidligere framskrivninger har påpekt den lave forekomsten av denne pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. I revisjonen er de foreløpige estimatene for liggedøgn og poliklinikk innarbeidet. Ansvar for helsekartlegging av barn som skal flyttes ut av hjemmet, skal ikke lenger utføres som sakkyndigarbeid. Utredningen skal fra 2027 overføres til og bli del av den ordinære helsetjenesten. I revidert modell er det lagt inn økning i poliklinisk aktivitet som følge av disse endringene.¹³

Nye veiledere for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid tydeliggjør det kommunale ansvaret for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med milde og moderate lidelser. En konsekvens av dette kan være at kommunene får i oppgave å overta en større andel av pasientbehandlingen. Det gjelder særlig for pasienter med lidelser av moderat alvorlighet. Det er i revisjonen ikke lagt inn en slik forutsetning. En større endring i ansvar vil kreve en større reform av tjenestene. Framskrivningsmodellen må revideres hvis Stortinget vedtar større endringer i organisering og ansvar basert på Helsereformutvalgets arbeid.

4.3 Nye behandlingsmodeller

Det foregår til enhver tid større og mindre endringer i behandlingstilbudet. Noen av endringene kommer som en følge av ny medisinsk kunnskap om effekt og nytte for pasientene, mens andre innføres for å bedre kvalitet og sammenheng i tjenesten uten at det foreligger klar evidens for effektene av å innføre nye behandlingsmodeller. Tjenestene i TSB skal fremover innarbeide integrert ettervern i sine behandlingsforløp, noe som endrer på både ansvarsforhold og varighet av oppfølging fra spesialisthelsetjenesten sammenliknet med tidligere. Det er også gitt oppdrag til de regionale helseforetakene om å innføre integrerte behandlingsmodeller for barn og unge, samt at det innen 2029 skal innføres felles psykisk helsemottak sammen med kommunen. Det skjer samtidig en stadig utvikling i kunnskap om hvordan en raskere og bedre kan bistå pasienter med ulike lidelser. Fire-dagers behandling (B4DT) og innføring av FACT ung er bare to enkeltteksempler på nye behandlingsmodeller som får stadig større utbredelse i tjenestene. I arbeidet med å framskrive behov for helsetjenester ser vi i denne revisjonen at noen av endringene kan medføre raskere behandling med mindre ressursbruk, mens andre modeller krever flere ansatte og større innsats fra helsetjenesten for å gi bedre kvalitet i tjenesten. Samlet er det i dag for lite sikker kunnskap om effekt og utbredelse av de nye behandlingsmodellene til at de er lagt inn som egne modifierende faktorer i modellen.

4.4 Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven

I 2026 kommer flere endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven, som vil kunne påvirke innhold og omfang av behandling.¹⁴ Hovedformålet med endringene er å bidra til bedre balanse mellom pasientens selvbestemmelse og pasientens og andres rett til liv og helse. Endringen som foreløpig synes å kunne påvirke omfang og struktur på behandlingsforløp mest, er at beviskravet for manglende beslutningskompetanse går fra åpenbar til overveiende sannsynlig. Dette vil

¹³ Vi har ikke mottatt formelt anslag på antall individer til tverrfaglig helsekartlegging. Det beregnes et volum på 1 000 individer, og det er lagt til grunn 6 kontakter i gjennomsnitt per individ. Volum for barn og unge med rusrelaterte lidelser følger av fotnote 12 (8 000 liggedøgn og 45 000 polikliniske kontakter).

¹⁴<https://www.regjeringen.no/contentassets/efb69409734b40159b32e06567dc51aa/no/pdfs/prp202420250031000dddpdfs.pdf>

kunne innebære færre tidlige opphør av tvang, særlig i tilfeller med raskere symptomreduksjon (e.g. rusutløste psykoser).

4.5 Framskrivning av uønsket variasjon

I en nasjonal framskrivning beskrives utvikling i aktivitet på et overordnet nivå. Når det fremkommer store forskjeller i tjenestetilbudet til helseregioner og helseforetak, byr det på utfordringer i framskrivningen. Det må vurderes om forskjeller i tilbud er uttrykk for uønsket variasjon, eller om det er ulike, men likeverdige metoder for å yte helsehjelpen. Det kan være helt riktig å tilby innleggelse for noen tilstander i områder med lange avstander og liten befolkning. De samme tjenestene kan leveres med god kvalitet i hjemmesykehus eller gjennom team som tilbyr intensiv ambulant behandling i andre deler av landet. Variasjon i tilbud i spesialisthelsetjenesten kan også skyldes ulike avtaler med kommunene i det aktuelle opptaksområdet. Det er stor variasjon i hvilke tilbud som avtales etablert i henholdsvis kommuner og helseforetak. Tilbud etter utskrivning fra sikkerhetspsykiatriske enheter er et eksempel på tilbud som organiseres svært ulikt rundt om i landet. Denne framskrivningen viser til stor variasjon i en del tjenester. Det krever andre rammer og mer lokalkunnskap enn det som foreligger i dette arbeidet, før en kan gi klare anbefalinger om hvordan uønsket variasjon bør reduseres. Arbeidsgruppen anbefaler at de regionale helseforetakene gjør en gjennomgang av helseforetak/sykehus med aktivitet som skiller seg betydelig fra nasjonalt gjennomsnitt, og vurderer om dette er et uttrykk for uønsket variasjon og dermed bryter med kravet om likeverdige tilbud.

4.6 Kapasitet, fleksibilitet og videreutvikling

Psykisk helsevern vokser og er særlig presset i de enhetene som forvalter tvungent psykisk helsevern og pasienter som er dømt til behandling. Dette medfører et skjevt press på helseforetakene og sykehusene. Kapasitet bør tilpasses behovene. Dette understreker behovet for å vurdere behandlingsinnsatsen langs flere dimensjoner, slik at den i størst mulig grad tilpasses pasientens behov. Denne forståelse av kapasitet vil også være relevant for barn og unge, hvor flere vil kunne få et bedre tilbud med en organisering av kapasiteten rundt intensive ambulante team. Endringene i «sørge-for-ansvaret» for psykisk helsevern barn og unge, særlig med tanke på dem med ruslidelser, vil kreve en videreutvikling av det faglige tilbudet.

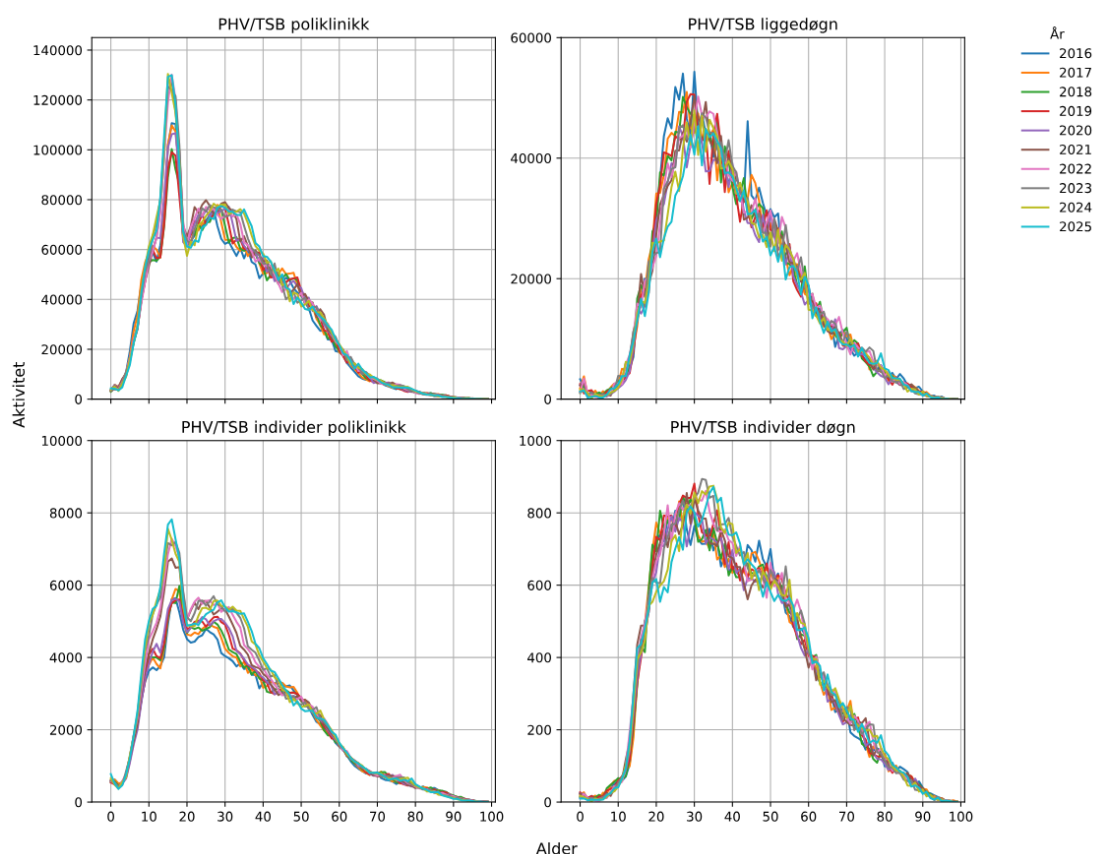
De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å gjennomføre en helhetlig, faglig gjennomgang av tilbudet innen psykisk helsevern som grunnlag for en konkret og tidfestet plan for utvikling av distriktpsikiatriske sentre (DPS) i hele Norge. Ny plan for utvikling av DPS er ikke ferdigstilt. Det må tas forbehold om at det kan komme endringer i organisering og ansvar som vil kreve en justering av denne framskrivningen.

Det er flere sentrale initiativ i både spesialist- og primærhelsetjenesten over de siste årene som adresserer omfang og innhold i helsetjenestene som tilbys. Dette er for eksempel «kloke valg», «NOR-prosjektene», kvalitetsindikatorer, helseatlas og oversikter over samlet spesialisthelsetjeneste (e.g. «Klinisk dashboard»). Det forventes at disse initiativene vil bidra til å redusere uønsket variasjon og aktivitet med lav helsegevinst.

5. Befolkningsutvikling

Befolkningsutviklingen er en sentral del av framskrivningene, ettersom behov for spesialisthelsetjenester har en sterk sammenheng med både antall innbyggere og alderssammensetning. Figuren nedenfor viser fordelingen på alder av individer og aktivitet (liggedøgn og poliklinikk for psykisk helsevern/TSB). Det er størst bruk av helsetjenester i alder 14-17 år og 20-40 år for poliklinikk og liggedøgn.

Aktivitet fordelt på alder



Figur 1. Forbruk av polikliniske kontakter og liggedøgn samt antall individer som funksjon av alder innen spesialisthelsetjenester for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Kurvene viser årlig forbruk og antall individer i perioden 2016-2025.

Tabellen nedenfor viser befolkningsutviklingen fra 2021 til 2025 for ulike aldersgrupper. Fra 2021 har det vært en økning i befolkningsgruppen 65 år og eldre på nærmere 10%. Befolkningen i alderen 18-64 år har økt med om lag 3%, mens barn- og ungdomsbefolkningen er tilnærmet uendret fra 2021. Av særskilt relevans kan det nevnes at unge i alder 14-17 år er økt med 7,4% i perioden.

Befolkningsutvikling for ulike aldersgrupper			
Alder	2021	2025	Endring 2021-2025
0-17 år	1 111 690	1 108 219	-0,3 %
18-64 år	3 313 937	3 425 758	3,4 %
65 år og eldre	965 742	1 060 363	9,8 %
Totalsum	5 391 369	5 594 340	3,8 %

Tabell 1. Antall innbyggere 2021 og 2025 i Norge for ulike aldersgrupper. Kilde SSB.

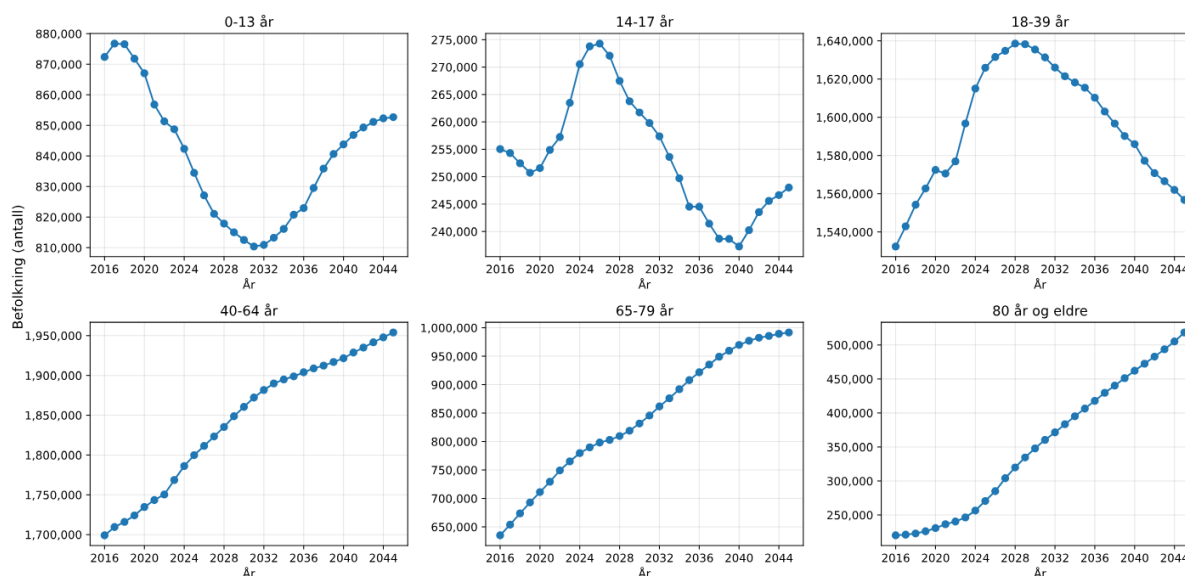
Befolkningsutviklingen mot 2040 og 2045 vises i tabellen nedenfor. I den perioden vi nå framskriver for (2025-2045), er det særlig den eldre del av befolkningen som øker. Etter en reduksjon i antall barn og unge i perioden 2025-2040 øker denne gruppen igjen fram mot 2045.

Befolkning framskrevet til 2040 og 2045 per aldersgruppe					
Alder	2025	2040	2045	Endring 2025-2040	Endring 2025-2045
0-17 år	1 108 219	1 081 041	1 100 691	-2,5 %	-0,7 %
18-64 år	3 425 758	3 507 482	3 510 707	2,4 %	2,5 %
65 år og eldre	1 060 363	1 431 836	1 510 121	35,0 %	42,4 %
Totalsum	5 594 340	6 020 359	6 121 519	7,6 %	9,4 %

Tabell 2. Antall innbyggere i 2025 og framskrevet i 2040 og 2045 i Norge for ulike aldersgrupper. Kilde SSB 2026.

Den årlige endringen i ulike aldersgrupper vises på nasjonalt nivå i figuren nedenfor for perioden 2016-2045. Antall 14-17 åringer har hatt en betydelig vekst i perioden 2020-2025, men forventes fremover å reduseres hvert år fram til 2040, hvor utviklingen skifter til økning igjen. Antall voksne i alder 18-39 år har hatt en stabil årlig vekst på 0,8%, men vokser lite fra 2025 og vil reduseres fra 2029 og ut perioden. Det er særlig innbyggere i alderen 14 til 39 år som påvirker behovet for helsetjenester innen psykisk helsevern. Gruppen 65 år og eldre øker betydelig i tiden fremover.

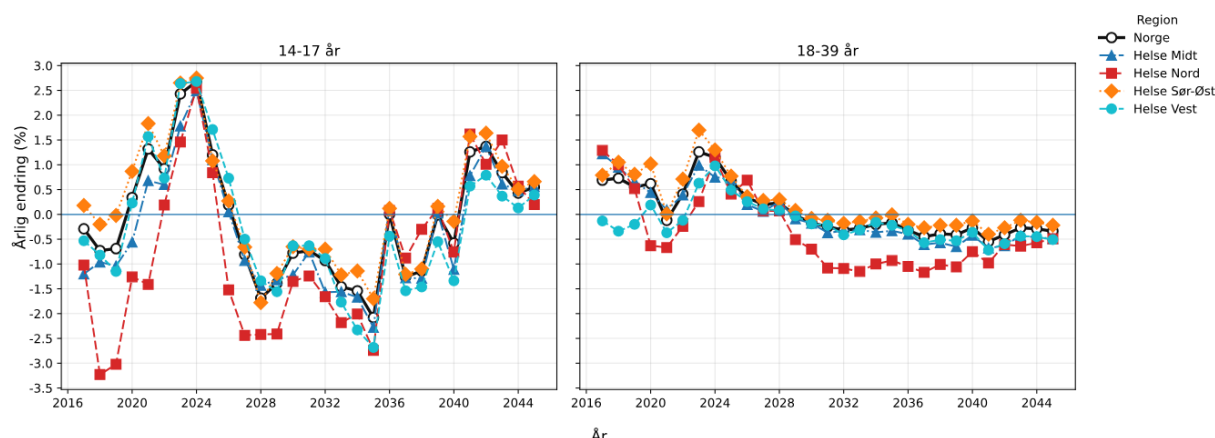
Befolkningsutvikling for ulike aldersgrupper i Norge



Figur 2. Faktisk årlig endring i befolkning for ulike aldersgrupper for 2016-2025, samt framskrevet til 2045. Kilde SSB 2026. Merk ulike skalaer på y-aksene.

Helseregionene og opptaksområdene i Norge vil utvikle seg forskjellig fremover. Figuren nedenfor viser utviklingen for befolkningen i alder 14-17 år og 18-39 år for de fire helseregionene. Det påvirker framskrivningen for regionene og for opptaksområdene med ulik forventet utvikling.

Årlig prosentvis endring i befolkning
Aldersgruppene 14-17 år og 18-39 år, etter region



Figur 3. Prosentvis årlig endring i befolkning for aldersgruppene 14-17 år og 18-39 år fordelt per region for 2016-2025, samt framskrevet til 2045. Kilde SSB.

Tabellen nedenfor viser forventet befolkningsutvikling fra 2025 til 2045 i de ulike opptaksområdene fordelt på aldersgrupper. I Oslo-området er det vedtatt flere endringer i opptaksområder i perioden. Disse er innarbeidet i tabellen.

Befolkningsutvikling 2025-2045 per region og opptaksområde. Endringer i ansvarsfordeling av bydeler i Oslo er innarbeidet i befolkningen for 2045. SSB 2026.												
	2025				2045				Endring			
	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt
Helse Midt	149 866	457 633	153 103	760 602	144 256	458 102	203 782	806 140	-3,7 %	0,1 %	33,1 %	2,2 %
Helse Møre og Romsdal	54 477	159 276	58 660	272 413	50 016	152 465	75 871	278 352	-8,2 %	-4,3 %	29,3 %	2,2 %
Helse Nord Trøndelag	27 926	79 245	31 385	138 556	25 373	74 507	39 007	138 887	-9,1 %	-6,0 %	24,3 %	0,2 %
St. Olavs hospital	67 463	219 112	63 058	349 633	68 867	231 130	88 904	388 901	2,1 %	5,5 %	41,0 %	11,2 %
Helse Nord	90 478	292 911	104 340	487 729	84 590	273 277	132 026	489 893	-6,5 %	-6,7 %	26,5 %	0,4 %
Finnmarksykehuset	13 953	46 020	15 069	75 042	13 488	43 097	20 202	76 787	-3,3 %	-6,4 %	34,1 %	2,3 %
Helgelandssykehuset	14 319	44 465	17 796	76 580	12 518	38 949	21 546	73 013	-12,6 %	-12,4 %	21,1 %	-4,7 %
Nordlandssykehuset	26 505	83 424	30 679	140 608	24 430	77 546	37 986	139 962	-7,8 %	-7,0 %	23,8 %	-0,5 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	35 701	119 002	40 796	195 499	34 154	113 685	52 292	200 131	-4,3 %	-4,5 %	28,2 %	2,4 %
Helse Sør-Øst	622 988	1 968 487	594 828	3 186 303	641 224	2 066 007	869 904	3 577 135	2,9 %	5,0 %	46,2 %	12,3 %
Akershus universitetssykehus	131 759	389 547	105 519	626 825	119 240	351 317	144 176	614 733	-9,5 %	-9,8 %	36,6 %	-1,9 %
Oslo universitetssykehus	59 566	192 062	39 933	291 561	84 523	260 205	82 792	427 520	41,9 %	35,5 %	107,3 %	46,6 %
Diakonhjemmet Sykehus	25 639	96 184	26 632	148 455	27 041	104 256	39 463	170 760	5,5 %	8,4 %	48,2 %	15,0 %
Lovisenberg Diagonale Sykehus	23 076	134 096	13 626	170 798	28 619	172 161	31 712	232 492	24,0 %	28,4 %	132,7 %	36,1 %
Sykehuset i Vestfold	49 778	152 327	55 966	258 071	48 984	155 527	78 986	283 497	-1,6 %	2,1 %	41,1 %	9,9 %
Sykehuset Innlandet	62 541	201 087	81 511	345 139	62 381	196 392	103 893	362 666	-0,3 %	-2,3 %	27,5 %	5,1 %
Sykehuset Telemark	33 479	103 997	40 387	177 863	31 601	99 807	52 219	183 627	-5,6 %	-4,0 %	29,3 %	3,2 %
Sykehuset Østfold	65 077	199 462	69 723	334 262	66 945	208 846	101 049	376 840	2,9 %	4,7 %	44,9 %	12,7 %
Sørlandet Sykehus	66 914	193 122	62 152	322 188	66 043	198 873	89 656	354 572	-1,3 %	3,0 %	44,3 %	10,1 %
Vestre Viken	105 159	306 603	99 379	511 141	105 848	318 623	145 957	570 428	0,7 %	3,9 %	46,9 %	11,6 %
Helse Vest	244 887	706 727	208 092	1 159 706	230 621	713 321	304 409	1 248 351	-5,8 %	0,9 %	46,3 %	7,6 %
Helse Bergen	94 884	293 001	84 360	472 245	91 065	299 061	122 418	512 544	-4,0 %	2,1 %	45,1 %	8,5 %
Helse Fonna	39 282	108 751	37 441	185 474	35 247	103 014	51 550	189 811	-10,3 %	-5,3 %	37,7 %	2,3 %
Helse Førde	22 482	63 244	24 362	110 088	20 696	59 647	30 190	110 533	-7,9 %	-5,7 %	23,9 %	0,4 %
Helse Stavanger	88 239	241 731	61 929	391 899	83 613	251 599	100 251	435 463	-5,2 %	4,1 %	61,9 %	11,1 %
Totalsum	1 108 219	3 425 758	1 060 363	5 594 340	1 100 691	3 510 707	1 510 121	6 121 519	-0,7 %	2,5 %	42,4 %	9,4 %

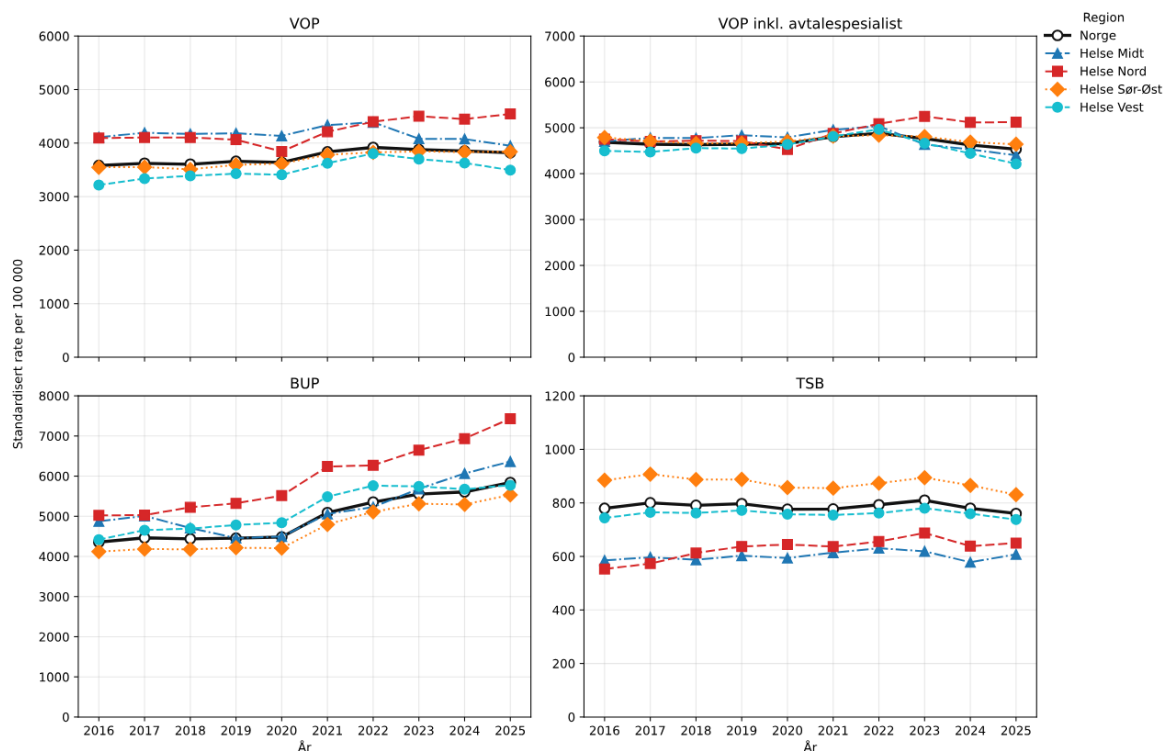
Tabell 3. Befolkningsutviklingen i opptaksområdene for helseforetak/sykehus, SSB 2026. Vedtatte endringer i opptaksområder for Osloregionen er innarbeidet. Endringen medfører at bydelene Grorud, Stovner og Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. Sagene bydel overføres til Lovisenberg Diagonale sykehus. Endringene for PHV/TSB er planlagt innført fra 2032.

6. Tilgjengelighet

6.1 Antall individer i behandling

Antall individer i behandling er et uttrykk som viser hvor stor andel av befolkningen som mottar helsetjenester det året. Figuren nedenfor viser utviklingen for PHV/TSB i perioden 2016-2025 for de ulike helseregionene. Den viser psykisk helsevern for voksne (VOP), VOP inklusive avtalespesialister, psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Ved å inkludere avtalespesialister utjevnes variasjonen mellom helseregioner. Samlet sett er hovedtendensen en stabil til fallende standardisert rate per 100 000 over de siste årene i VOP. BUP viser en klar vekst, og utvikles fra en rate nasjonalt på om lag 4 500 i 2016 (tilsvarende 4,5% av barnebefolkning), til 5 800 (5,8%) i 2025. TSB viser en noe redusert rate, særlig etter 2023.

Utvikling i antall individer i behandling - standardisert rate per 100 000

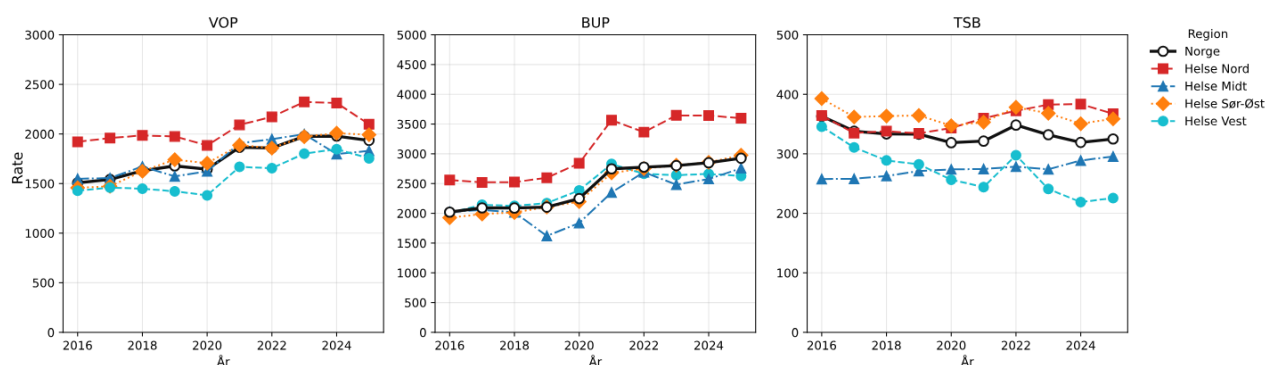


Figur 4. Antall individer i behandling i standardisert rate pr 100 000 for VOP, VOP inkl. avtalespesialister, BUP og TSB i perioden 2016-2025.

6.2 Nyhenviste

Utvikling i antall nyhenviste i standardiserte rater (alder) per 100 000 vises i figuren nedenfor for PHV/TSB for helseregionene i Norge. Figuren viser en økning i antall nyhenviste til BUP og VOP gjennom koronapandemien. VOP stabiliseres fra 2023, mens BUP viser noe økning. Henvisningsvolumet til TSB er stabilt, med en tendens til reduksjon.

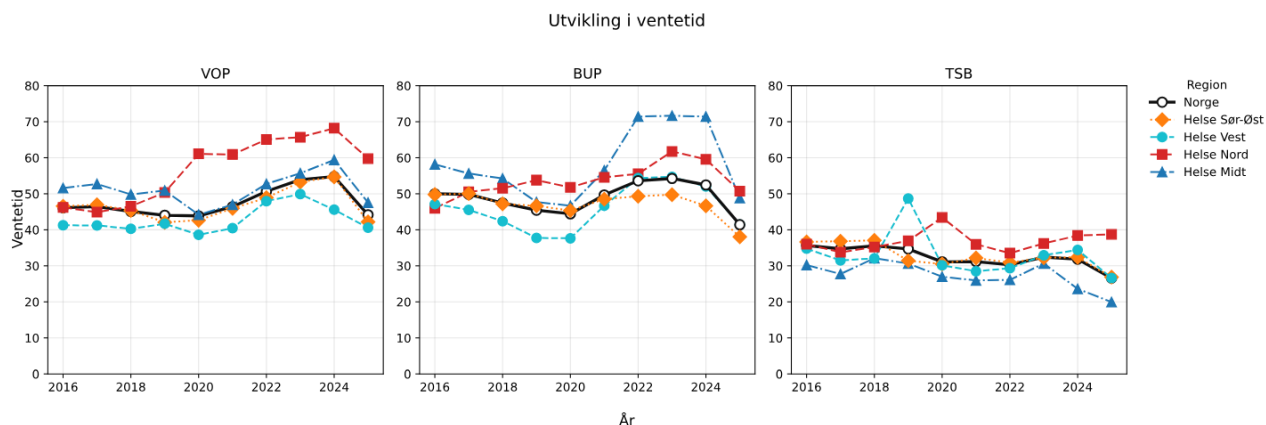
Utvikling nyhenviste i standardisert rate pr 100 000



Figur 5. Antall nyhenviste i standardiserte rater (alder) per 100 000 for VOP, BUP og TSB i perioden 2016-2025.

6.3 Ventetid

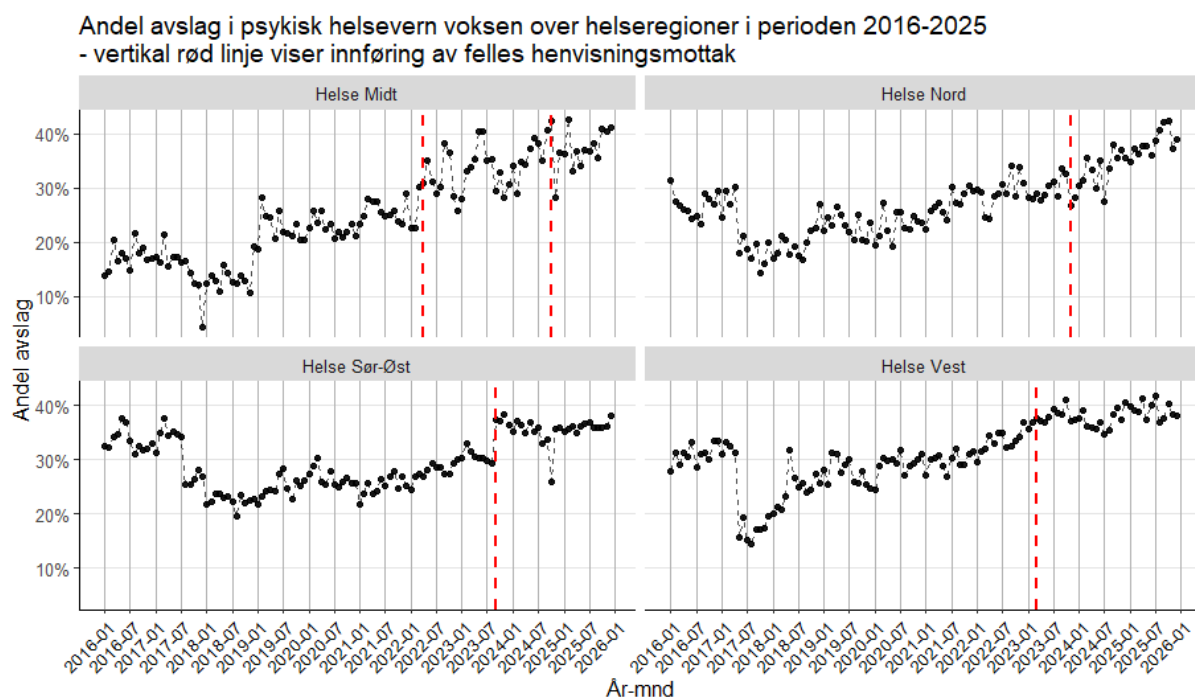
Gjennomsnittlig ventetid til påbegynt helsehjelp vises i figuren nedenfor. Det har siden 2020 vært en økning i ventetider i BUP og VOP, men ventetidsløftet bidro til reduserte ventetider, særlig gjennom 2025. Ventetider i TSB er stabilt lave.



Figur 5. Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for avviklede for VOP, BUP og TSB i perioden 2016-2025.

6.4 Avslag

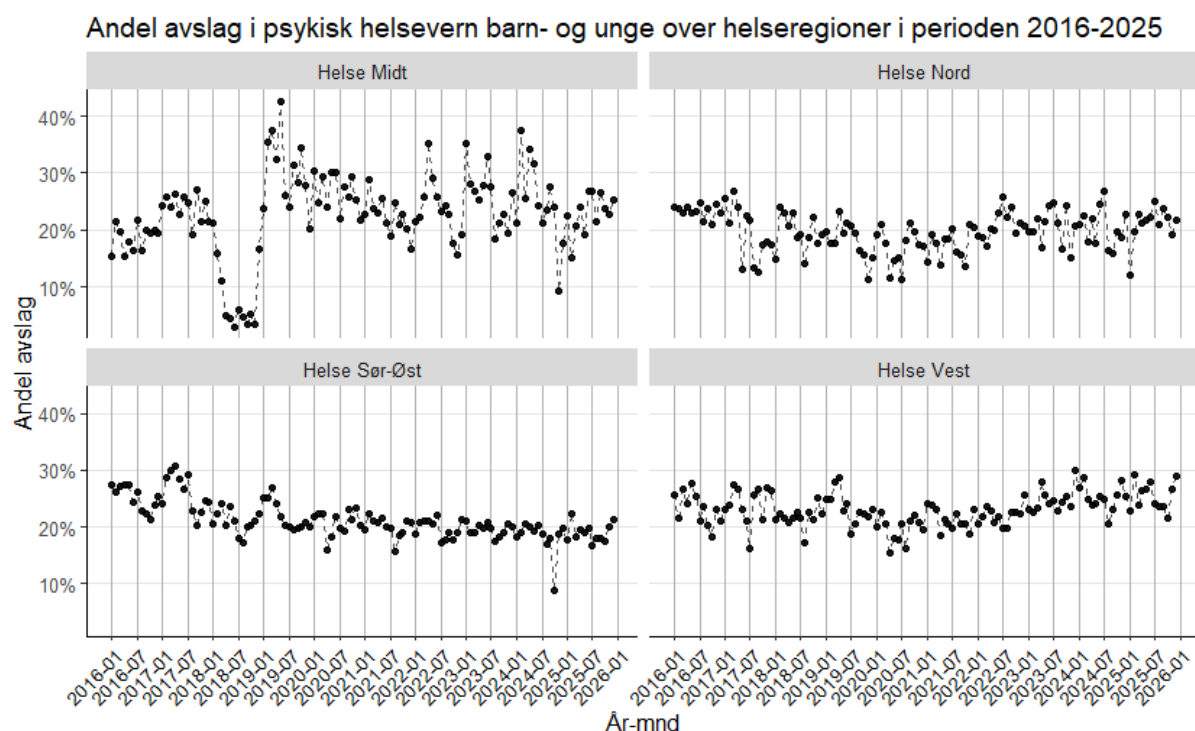
Andel avslag på henvisninger i VOP vises i figuren nedenfor. Oversikten viser en klar økning i andel avslag i perioden, og nasjonalt ligger den i 2025 på 35%. Til dels er avslagsraten assosiert med innføring av felles henvisningsmottak (FHM - illustrert med rød vertikal linje). I Helse Midt ble dette innført i to perioder. For Helse Sør-Øst viser figuren et klart skifte ved innføringen, men samtidig at det er en økning i andel avslag også før innføringen. En gjennomgang av avslag i tre helseforetak i Helse Sør-Øst i januar 2024, etter at FHM var innført, konkluderte med at rettighetsvurderingene og begrunnelsene for å gi avslag ble utført i tråd med nasjonale prioriteringskriterier. Innhentende oversikter fra statsforvalter i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst indikerer svært lav konverteringsrate av avslag.



Figur 6. Utvikling i andel avslag per region for psykisk helsevern voksne i perioden 2016-2025. Rød vertikal linje viser innføring av felles henvisningsmottak.

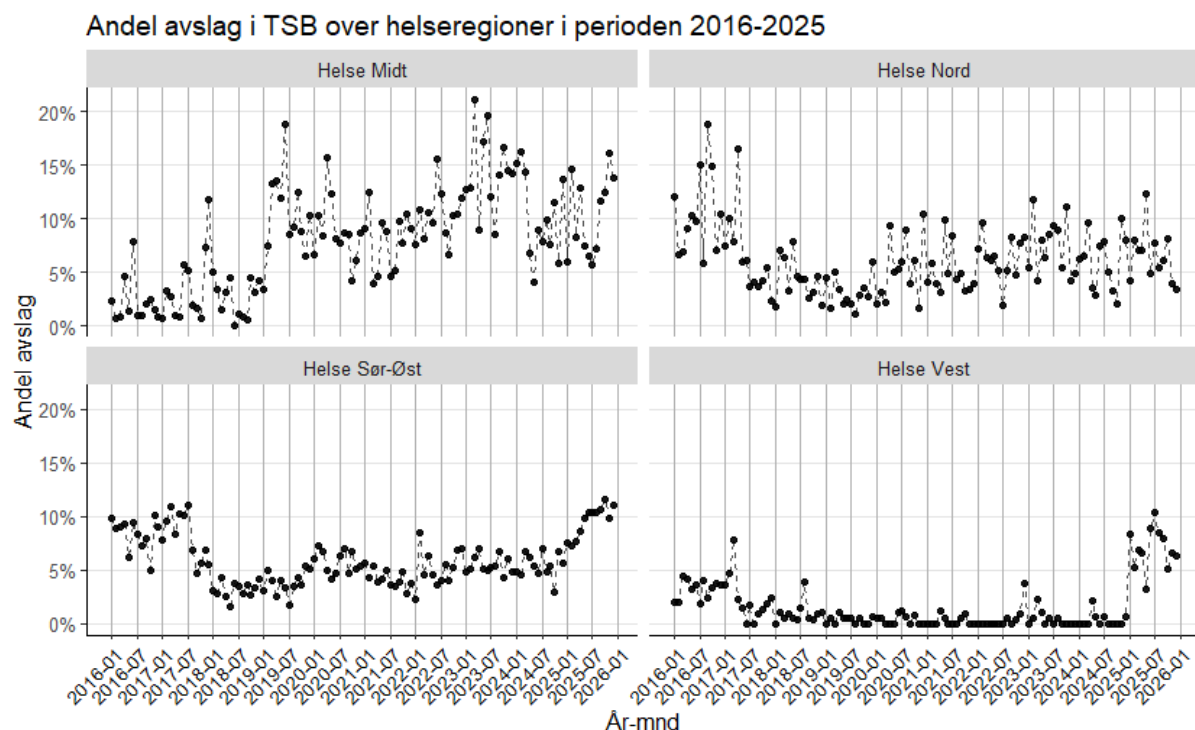
I 2024 og 2025 var det henholdsvis 40 900 og 43 200 individer som fikk avslag i VOP. Av disse ble 10 – 11 000 registrert med oppfølging i VOP samme år som de fikk avslag. Om lag 60% av disse pasientene har fått behandling etter avslag, mens de resterende 40% fikk behandling i forkant av avslaget. Den registrerte avslagsprosenten er derfor noe for høy. Korrigert for disse pasientene - er avslagsraten 30%. Det forventes at flere pasienter i denne populasjonen vil få et kortvarig tilbud i forbindelse med felles psykisk helsemottak. Det anbefales at det innarbeides en økning i aktivitet for en andel av pasientene som i dag får avslag, og det forventes en nedgang i avslag mot 20%. Endringen medfører en vekst i aktivitet på 12 500 polikliniske kontakter nasjonalt. Vekst utover dette forventes å skje ved digital oppfølging.

Figuren nedenfor viser utviklingen i andel avslag i psykisk helsevern barn og unge. Andelen er i større grad stabil på om lag 20%, men med tendenser til en økning i slutten av 2025.



Figur 7. Utvikling i andel avslag per region for psykisk helsevern barn og unge i perioden 2016-2025.

Figuren nedenfor viser utviklingen i andel avslag i TSB. Andelen er betydelig lavere enn hva som sees i de andre tjenesteområdene, men også her er det tendens til en økning i slutten av 2025.



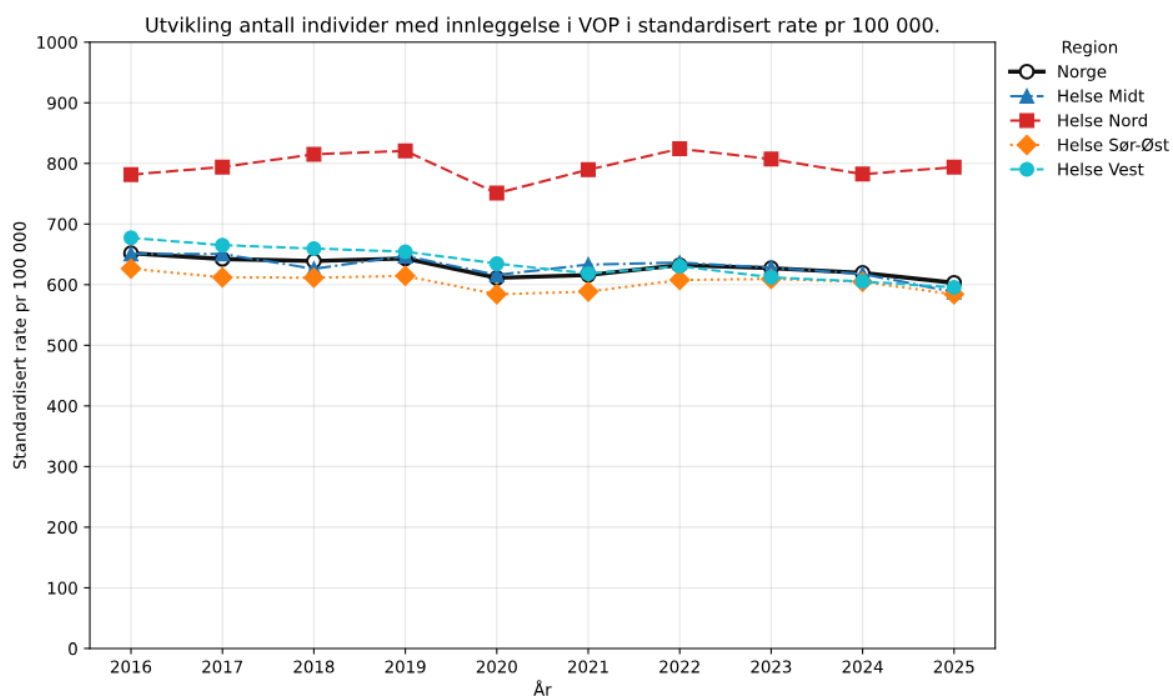
Figur 8. Utvikling i andel avslag per region for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i perioden 2016-2025.

7. Psykisk helsevern voksne

7.1 Døgnbehandling psykisk helsevern voksne

Det er en samlet nedgang i bruk av døgnbehandling i standardisert rate per 100 000 i perioden 2021 til 2025. Utviklingen innebærer en reduksjon i standardisert rate for antall individer som har vært innlagt, reduksjon i liggedøgn, og reduksjon i antall døgnopphold. Reduksjonen gjelder helseforetak, sykehus med opptaksområde og private leverandører. Denne utviklingen er ikke i tråd med forventet aktivitet i nåværende framskrivningsmodell.

Foruten Helse Nord, er det lite variasjon i hvilken grad individer innlegges i psykisk helsevern voksen. Figuren nedenfor illustrerer utviklingen som standardiserte rater per 100 000. Figuren viser en svak nedadgående trend fra 2021.



Figur 9. Antall individer innlagt til døgnbehandling, standardisert rate per 100 000. Behandling hos private med avtale inngår i ratene.

Utviklingen i totalt antall opphold og liggedøgn ved helseforetak/sykehus med opptaksområder vises i tabellen nedenfor. Utviklingen synes å være preget av en nedgang frem mot 2019, særlig nedgang under pandemien – for deretter å stabilisere seg rundt 2019-nivå. Antall liggedøgn i 2025 er imidlertid lavere enn i 2024. Oppholdstiden er redusert fra 2016, men er i all hovedsak relativt stabil.

Utvikling liggedøgn psykisk helsevern voksne for helseforetak og sykehus med opptaksområder			
	Opphold	Liggedøgn	Oppholdstid
2016	57 395	1 001 522	17,4
2017	57 218	960 260	16,8
2018	57 965	948 311	16,4
2019	58 426	934 993	16,0
2020	55 787	857 486	15,4
2021	55 550	889 553	16,0
2022	57 853	915 149	15,8
2023	57 095	930 325	16,3
2024	57 648	927 995	16,1
2025	56 028	912 547	16,3
Endring 2016-2025	-2,4 %	-8,9 %	-6,7 %
Endring 2021-2025	0,9 %	2,6 %	1,7 %

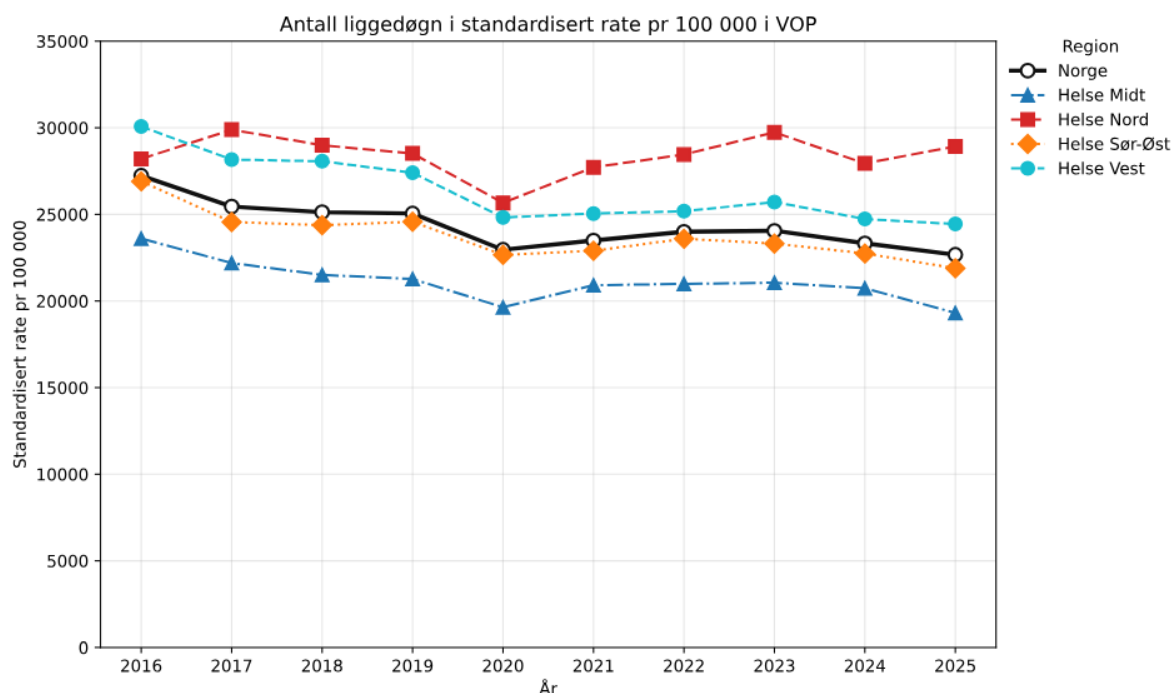
Tabell 4. Utvikling i antall døgnopphold og liggedøgn for VOP, 18 år og eldre, ved helseforetak og sykehus med opptaksområde i perioden 2016-2025.

Reduksjonen i liggedøgn fra 2024 til 2025 kombinert med befolkningsutviklingen gir en redusert standardisert rate per 100 000. Ved å legge aktiviteten i 2025 til grunn gir det et mindre fremskrevet behov for liggedøgn enn om aktiviteten i 2024 legges til grunn. Foruten Helse Nord, er nedgangen i liggedøgn fordelt over helseforetak/sykehus i Norge. For å vurdere om reduksjonen i liggedøgn kan forklares med økt beredskap i flere enheter (e.g. at flere enheter må ta imot pasienter på kort varsel), er det sett på avsluttede forløp i psykisk helsevern for voksne. Resultatene indikerer ingen særlige endringer i akuttforløp eller overføringer som involverer DPS som kan forklare reduksjonen i liggedøgn fra 2024 til 2025. Tabellen nedenfor viser fordelingen av liggedøgn i avsluttede forløp som andel av totale liggedøgn i psykisk helsevern for voksne i Norge.

Utvikling i andel liggedøgn for avsluttede forløp				
År	Andel liggedøgn akutt inn (av totalen)	Andel liggedøgn forløp starter i sykehus (av totalen)	Andel liggedøgn med overføring (av totalen)	Andel liggedøgn akutt inn i sykehus før overføring til DPS (av totalen)
2018	54,6 %	54,0 %	36,3 %	19,1 %
2019	54,4 %	53,5 %	36,3 %	18,5 %
2020	55,7 %	55,7 %	36,4 %	20,0 %
2021	56,9 %	57,8 %	37,6 %	20,4 %
2022	54,4 %	55,2 %	36,3 %	20,0 %
2023	58,2 %	57,3 %	38,1 %	20,9 %
2024	56,7 %	55,1 %	36,7 %	19,8 %
2025	56,6 %	54,5 %	35,6 %	18,7 %

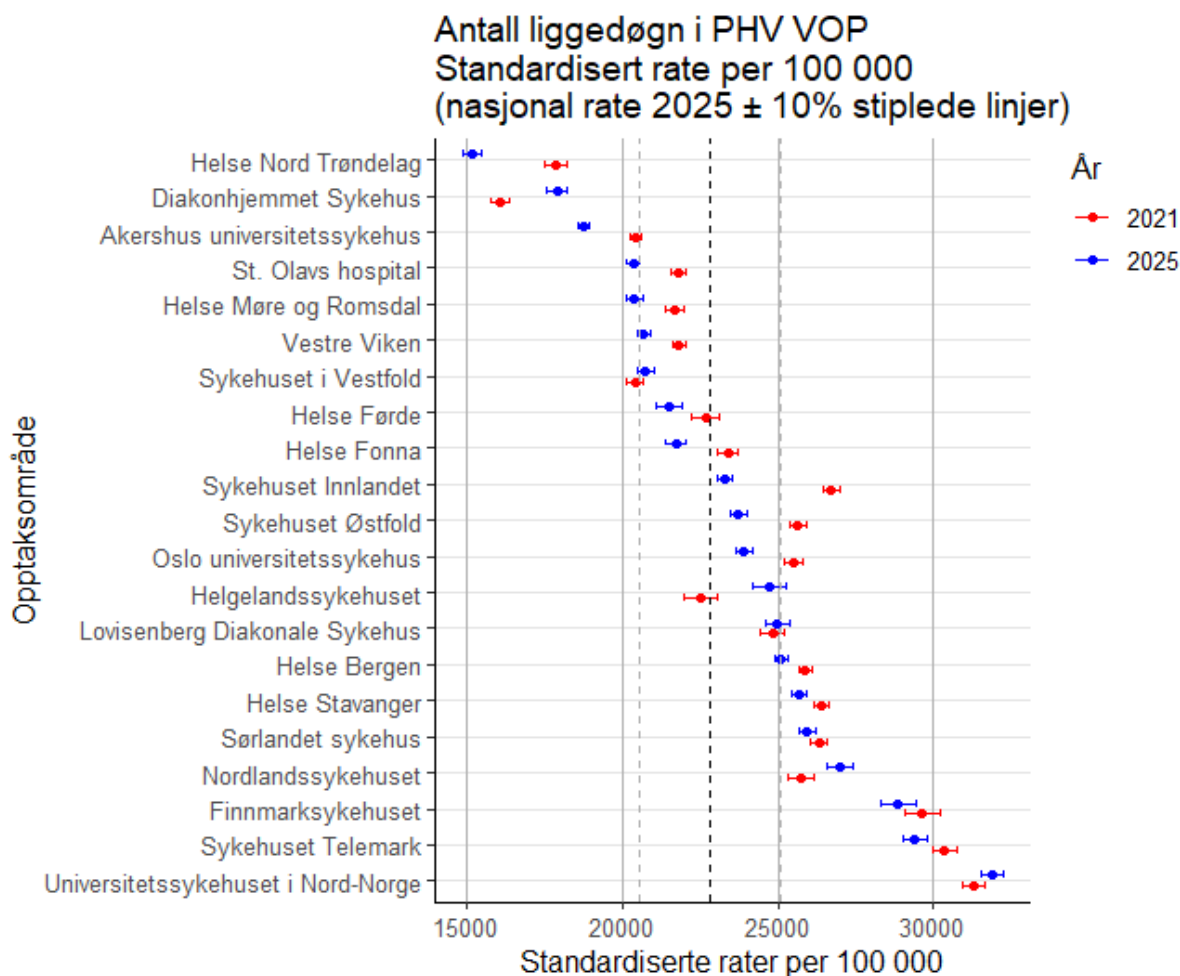
Tabell 5. Utvikling i andel liggedøgn i avsluttede forløp som andel av totale liggedøgn i VOP i helseforetak og sykehus med opptaksområde i perioden 2018-2025.

Utvikling i bruk av liggedøgn for de ulike helseregionene vises i figuren nedenfor. Det er forskjeller i bruk av liggedøgn på regionalt nivå, hvor Helse Nord har en høyere standardisert rate enn øvrige regioner, og Helse Midt ligger 15% lavere en nasjonal verdi.



Figur 10. Antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 for VOP, 18 år og eldre, ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private, i perioden 2016-2025.

Variasjonen i bruk av liggedøgn over opptaksområder vises i figuren nedenfor for 2021 og 2025. Figuren viser en høy grad av variasjon i bruk av liggedøgn i ytterpunktene, hvor særlig Helse Nord-Trøndelag og Diakonhjemmet sykehus har en lavere forbruksrate enn hva som er tilfelle i Sykehuset Telemark, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmarksykehuset. Hovedtendensen (12 av 21 opptaksområder) viser en variasjon i rater som er $\pm 10\%$ i 2025 fra nasjonal verdi. For parametere med høyt volum (e.g. liggedøgn) vil dette være en rimelig variasjon. Variasjon i bruk av liggedøgn representerer en utfordring i en nasjonal framskrivningsmodell som er basert på vurderinger av nasjonale og regionale gjennomsnitt og trender.



Figur 11. Antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 for VOP, 18 år og eldre, ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private, per opptaksområde i 2021 og 2025. Nasjonal rate for 2025 vises som sort vertikal stiplede linje, $\pm$ 10% i grå stiplede linje.

For å se nærmere på innholdet i døgnbehandlingen, er det i tabellen nedenfor sett på avsluttede døgnforløp i psykisk helsevern voksne. Dette gjøres fordi det er en økning i antall pasienter som er innliggende over flere kalenderår, og dermed påvirker diagnosesammensetningen. Antall liggedøgn vil derfor ikke være direkte oversettbare til diagnoseoversikter som viser per kalenderår.

Tabellen illustrerer at pasienter med alvorlig psykisk lidelse utgjør en økende andel av kapasiteten i psykisk helsevern voksne. Fra 2016 til 2025 har andel forløp med psykose økt, og utgjorde 58,2% av liggedøgn avsluttet i 2025, mot 46,9% i 2016 og 51,8% i 2021. Forløpstiden (forløpstid = oppholdstid, men benyttes for å synliggjøre at det her omhandler opphold som er overført mellom avdelinger) for disse pasientene har økt, særlig fra 2021. Det er en reduksjon i liggedøgn for de øvrige diagnosene. Mest markant er reduksjonen i andel liggedøgn av totale liggedøgn for milde og moderate tilstander som har gått fra 23,9% til 17,3%.

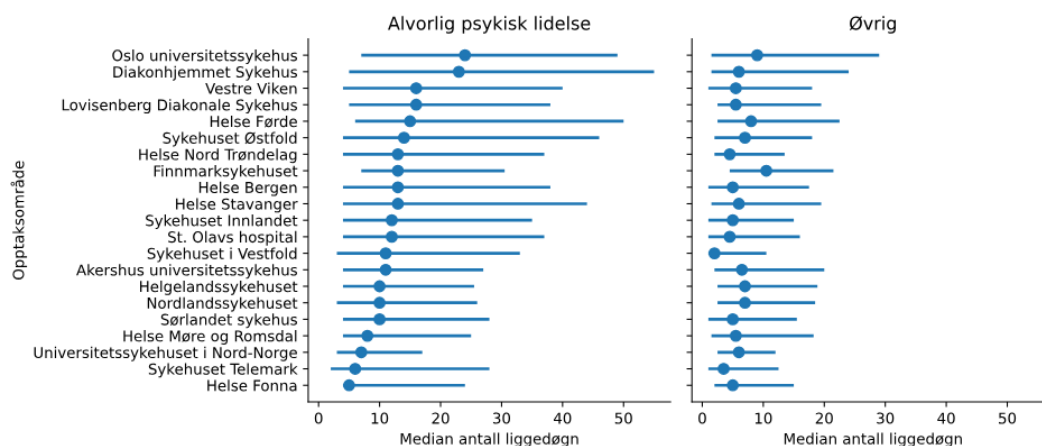
Videre viser tabellen at det i samme periode har vært en betydelig økning i andel pasienter som er henvist for behandling med tvang. Det kan tyde på at terskel for innleggelse har økt for alle grupper. Videre har andel korttidsopphold økt for alle diagnosegrupper, foruten alvorlig psykiske lidelser. Sett bort fra diagnosegruppen «andre» (hovedvolum er rus, spiseforestyrrelse, organiske lidelser og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse), er andel reinnleggelser stabil.

Avsluttede døgnforløp PHV voksen i helseforetak/sykehus med opptaksområde nasjonalt						
	Alvorlig psykisk lidelse			Alvorlig depresjon		
	2016	2021	2025	2016	2021	2025
Antall forløp	13 945	13 326	14 280	1 789	1 818	1 780
Antall liggedøgn	446 155	452 072	558 001	70 238	63 837	63 958
Andel forløp av total	31,6 %	32,0 %	33,8 %	4,1 %	4,4 %	4,2 %
Andel liggedøgn av total	46,9 %	51,8 %	58,2 %	7,4 %	7,3 %	6,7 %
Forløpstid - median	10	11	11	27	26	27
Forløpstid - gjennomsnitt	32,0	33,9	39,1	39,3	35,1	35,9
Reinnleggelse	20,3 %	19,8 %	19,0 %	10,5 %	8,1 %	7,8 %
Andel forløp ≤ 3 dager	21,7 %	22,5 %	22,6 %	10,8 %	12,8 %	16,0 %
Reinnleggelse korte forløp	33,9 %	33,3 %	30,4 %	17,1 %	11,2 %	9,8 %
Andel henvist tvang	35,5 %	46,5 %	53,4 %	14,1 %	18,6 %	21,5 %
Andel liggedøgn for henvist tvang	23,9 %	33,3 %	39,8 %	1,2 %	1,7 %	1,7 %
	Mild/moderat			Andre		
	2016	2021	2025	2016	2021	2025
Antall forløp	16 380	15 372	14 252	12 011	11 111	11 881
Antall liggedøgn	227 887	187 323	165 820	207 885	169 008	170 184
Andel forløp av total	37,1 %	36,9 %	33,8 %	27,2 %	26,7 %	28,2 %
Andel liggedøgn av total	23,9 %	21,5 %	17,3 %	21,8 %	19,4 %	17,8 %
Forløpstid - median	6	6	5	5	4	3
Forløpstid - gjennomsnitt	13,9	12,2	11,6	17,3	15,2	14,3
Reinnleggelse	19,1 %	18,3 %	19,5 %	16,9 %	19,1 %	19,9 %
Andel forløp ≤ 3 dager	33,3 %	34,5 %	41,1 %	41,7 %	47,2 %	51,9 %
Reinnleggelse korte forløp	29,1 %	27,7 %	29,0 %	21,5 %	23,6 %	24,5 %
Andel henvist tvang	14,3 %	17,5 %	20,0 %	30,5 %	39,4 %	43,8 %
Andel liggedøgn for henvist tvang	3,1 %	3,1 %	2,9 %	6,2 %	8,2 %	8,3 %

Tabell 6. Beskrivende statistikk for avsluttede forløp (forløp hensyntar overføringer mellom avdelinger) i 2016, 2021 og 2025. Diagnosegruppen andre inkluderer primært rus, spiseforstyrrelse, organiske lidelser og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Forløpstid = oppholdstid, men benyttes for å synliggjøre at det her omhandler opphold som er overført mellom avdelinger.

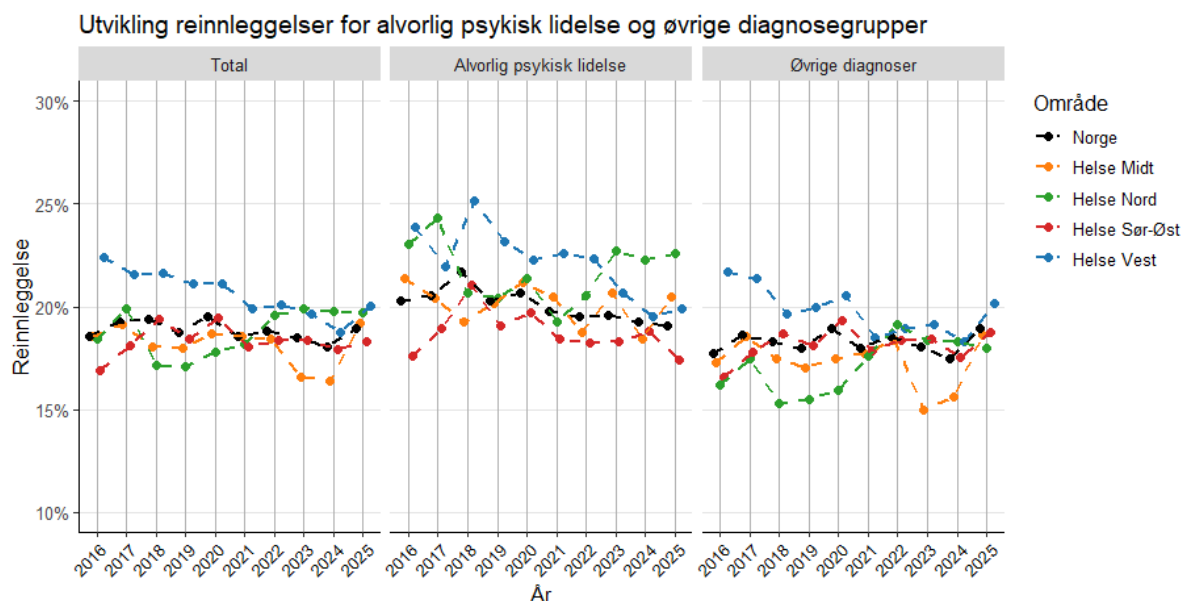
Forløpstider for alvorlige psykiske lidelser og øvrige diagnosegrupper over opptaksområder vises i figuren nedenfor. Det er relativt store forskjeller i median forløpstid for alvorlig psykisk lidelse. Dette må ses i sammenheng med innleggingsrater, men indikerer ulik praksis.

Median forløpstid for avsluttede forløp i 2025, inkludert 25 og 75 percentil



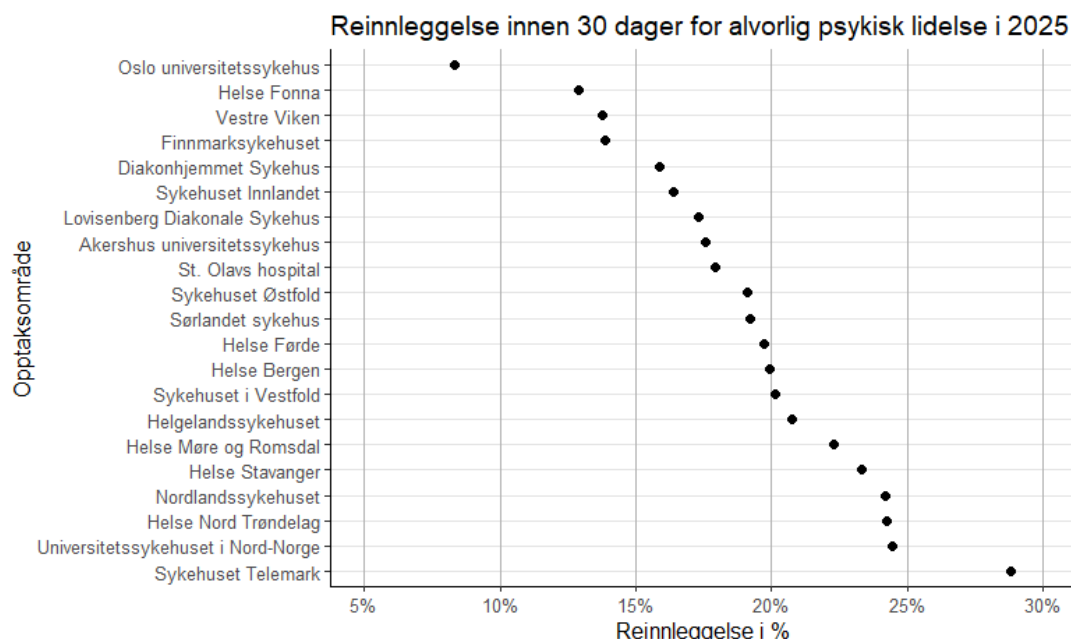
Figur 12. Median forløpstid for avsluttede forløp i 2025, for alvorlig psykisk lidelse og øvrige, fordelt på opptaksområder. Omfatter forløpstider ved helseforetak og sykehus med opptaksområde.

Samlet sett er utviklingen i reinnleggelser nokså stabil. Figuren nedenfor viser utviklingen for avsluttede døgnforløp i psykisk helsevern voksne med reinnleggelse. For alvorlige psykiske lidelser er det en svak nedadgående nasjonal trend. Variasjonen over helseregionene er relativt lav. For alvorlig psykisk lidelse skiller Helse Nord seg negativt ut over de siste årene.



Figur 13. Andel reinnleggelser innen psykisk helsevern voksne totalt, ved alvorlig psykisk lidelse, samt øvrige. Ved helseforetak og sykehus med opptaksområde.

Andel forløp med reinnleggelse for alvorlig psykisk lidelse over opptaksområder i 2025 vises i figuren nedenfor. Helse Fonna har de korteste forløpstidene, og nest færrest forløp med reinnleggelse. Dette kan indikere at andel reinnleggelser ikke nødvendigvis er relatert til forløpstiden.



Figur 14 Andel reinnleggelser innen psykisk helsevern voksne for alvorlig psykisk lidelse per opptaksområde i 2025 ved helseforetak og sykehus med opptaksområde.

7.1.1 Pasienter med komorbid rusdiagnose

Rusrelaterte lidelser er sannsynligvis underdiagnostisert i de pasientadministrative systemene. Klinikkene beskriver en sterkere økning i antall pasienter som er innlagt med komorbid ruslidelse. Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall individer med registrert rusdiagnose i løpet av et kalenderår og en spesifisert psykiatrisk diagnose i samme år. I 2016 var det 27 000 individer med innleggelse i psykisk helsevern voksen, mens det i 2025 var i overkant av 25 000. Tabellen nedenfor viser at det er en relativt stabil andel med komorbid rus og psykisk lidelse som er innlagt i psykisk helsevern voksne, på 23-25%. Tabellen viser videre at pasienter med komorbid rus og psykiatri har flere døgnopphold per individ, og noen flere liggedøgn per individ.

Utvikling i aktivitet for individer med og uten komorbid rus i VOP						
År	Antall individer med komorbid lidelse	Antall med komorbid lidelse innlagt i VOP	Antall døgnopphold per individ VOP for de med komorbid lidelse	Antall døgnopphold per individ VOP for de uten komorbid lidelse	Liggedøgn per individ komorbide VOP	Liggedøgn per individ ikke komorbide VOP
2016	16 271	6 403	2,80	2,05	45,89	40,48
2017	16 763	6 226	2,79	2,07	41,67	39,00
2018	16 814	6 272	2,81	2,10	42,01	38,50
2019	17 020	6 330	2,86	2,08	42,03	37,99
2020	16 752	6 114	2,85	2,05	40,17	37,02
2021	16 915	5 939	2,81	2,03	42,32	37,32
2022	17 301	6 419	2,81	2,04	42,30	36,99
2023	18 125	6 576	2,73	2,03	42,07	37,16
2024	18 191	6 539	2,78	2,03	41,17	36,59
2025	18 569	6 492	2,84	1,98	41,66	36,36
Endring 2016-2025	14,1 %	1,4 %	1,3 %	-3,7 %	-9,2 %	-10,2 %
Endring 2021-2025	9,8 %	9,3 %	1,0 %	-2,8 %	-1,6 %	-2,6 %

Tabell 7. Utvikling i aktivitet for individer med og uten komorbid ruslidelse i VOP.

Dersom komorbide lidelser avgrenses til alvorlig psykisk lidelse og ruslidelser, viser tabellen nedenfor at disse utgjør om lag halvparten av pasientene med komorbid ruslidelse i psykisk helsevern voksen. Antall individer med døgninnleggelse har økt i perioden 2016 til 2025, og liggedøgn per individ er dobbelt så høyt som for pasienter med alvorlig psykisk lidelse uten komorbid rus. Utviklingen understreker viktigheten av å inkludere behandling for rusrelaterte problemer for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Utviklingen i antall individer med innleggelse, kombinerte med det høye ressurspådraget – vil kunne representere en utfordring for kapasiteten. Endringer i lov om psykisk helsevern (i.e. beslutningskompetanse) vil kunne redusere antall opphold per pasient og potensielt redusere akkumulerte liggedøgn gjennom ett år. Dette fordi man vil kunne unngå avbrudd i forløp for en del pasienter som viser raskere avblekning av symptomer, men fremdeles uten tilstrekkelig sykdomsinnsikt- og forståelse. På den andre siden vil en lavere terskel for bruk av tvang kunne medføre en økning i antall opphold.

Utvikling i aktivitet for individer med og uten komorbid ROP (alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse) i VOP						
År	Antall individer med ROP lidelse	Antall med ROP-lidelse innlagt i VOP	Antall døgnopphold per individ VOP for de med ROP-lidelse	Antall døgnopphold per individ VOP for de uten ROP-lidelse	Liggedøgn per individ ROP VOP	Liggedøgn per individ ikke ROP VOP
2016	3 935	2 557	3,34	2,12	70,98	38,68
2017	4 110	2 590	3,32	2,12	65,32	36,84
2018	4 083	2 598	3,48	2,14	68,55	36,16
2019	4 134	2 626	3,44	2,13	65,78	36,04
2020	4 020	2 525	3,39	2,12	65,62	34,74
2021	4 149	2 613	3,27	2,09	68,77	35,08
2022	4 274	2 812	3,25	2,11	68,05	34,79
2023	4 525	2 948	3,20	2,08	68,91	34,62
2024	4 641	3 006	3,29	2,08	68,27	33,87
2025	4 846	3 071	3,25	2,05	68,40	33,63
Endring 2016-2025	23,2 %	20,1 %	-2,7 %	-3,1 %	-3,6 %	-13,0 %
Endring 2021-2025	16,8 %	17,5 %	-0,6 %	-2,1 %	-0,5 %	-4,1 %

Tabell 8. Utvikling i aktivitet for individer med alvorlig psykisk lidelse med komorbid (ROP) og uten komorbid ruslidelse i VOP.

7.1.2 Utvikling i antall dømte til behandling

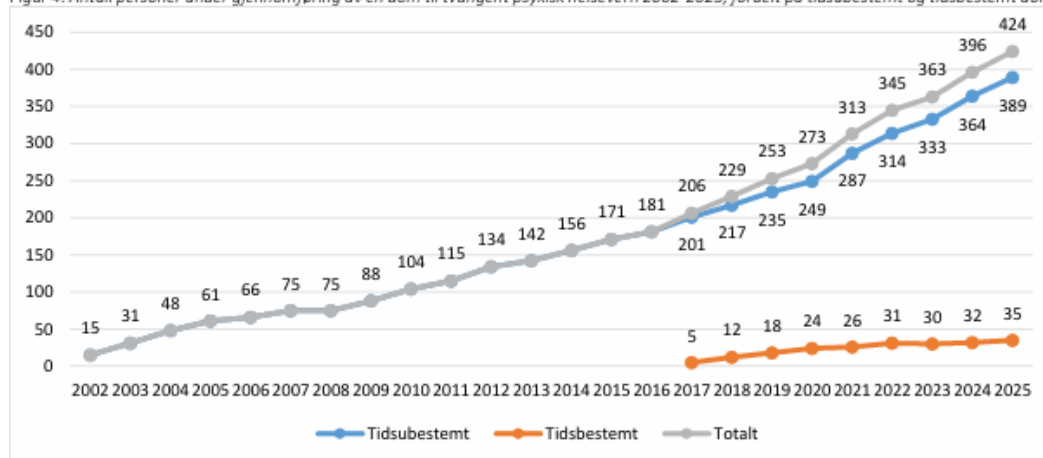
Framskrivningsarbeidet i 2021 gjorde en særlig vurdering av økning av antall dømte til behandling, men effektene ble integrert i modellen basert på en vurdering av at det var den samlede kapasitet som burde styrkes, ikke bare døgnkapasitet i sikkerhetsenheter. Antall nye dømte til behandling økte betydelig frem mot 2021, og det var usikkert om 2021 ville vise seg å være et atypisk år. I perioden 2021-2025 har antall nye dømte til behandling vært temmelig stabilt på rundt 60 per år. Antall avsluttede har også vært stabilt, med om lag 30 per år.

Årsrapport fra Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern av 2025 viser at antall personer under gjennomføring av en dom har økt med 35% i perioden 2021-2025.¹⁵ Gjennomsnittlig varighet av tvunget psykisk helsevern er om lag 6 år. Antall nye dommer har over flere år vært om lag dobbelt så høyt som antall avsluttede, slik at antall dømte under psykisk helsevern vil fortsette å øke framover. Figuren nedenfor er hentet fra

¹⁵ Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, årsrapport 2025, [RAPPORT](#)

Nasjonal koordineringsenhet sin årsrapport av 2025 og viser utviklingen i antall personer under gjennomføring av en dom til tvunget psykisk helsevern.

Figur 4: Antall personer under gjennomføring av en dom til tvunget psykisk helsevern 2002-2025, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom.



Figur 15. Antall personer under gjennomføring av en dom til tvunget psykisk helsevern 2002-2025 fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom. Kilde: Nasjonalt koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern, årsrapport 2025.

I 2025 var 60% av dømte til tvunget psykisk helsevern under døgnbehandling, hvor igjen 60% av disse var innlagt på lokale sikkerhetspsykiatriske enheter.¹⁶ Dette utgjorde 158 pasienter i 2025, mens den nasjonale kapasiteten på lokal sikkerhetspsykiatri var 216 plasser. Ettersom vi ikke har detaljerte opplysninger om disse forløpene, kan vi ikke sikkert fastslå hvor stor andel av kapasiteten disse pasienten utgjorde. Forholdstallet indikerer at en andel på 73% av kapasiteten i lokale sikkerhetsavdelinger i dag går til behandling av dømte. Til sammenligning utgjorde domfelte 40% av tilgjengelig kapasitet i 2019. Utviklingen beskrives som en betydelig utfordring i helseforetakene, hvor øvrige døgnenheter (for langtidsbehandling av pasienter med psykose, ROP-pasienter og akuttpsykiatri) i større grad må behandle pasienter med behov for høyere sikkerhet og svært langvarige opphold. Dette skaper igjen mindre fleksibilitet i øvrige døgnenheter.

Utviklingen i samtidig antall dømte til behandling (prevalens) følger i perioden 2022-2025 estimert middelalternativ ved forrige framskrivning, som anslo en prevalens på maksimum i 2030 på i underkant av 600 dømte til behandling. Videreutviklingen av antall nye dømte til behandling er stabilisert i perioden 2021 til 2025 med om lag 60 dømte per år. Antall opphør i samme periode er i gjennomsnitt 30 i året. Dersom dette nivået fortsetter de neste fem årene, for så å avvikle forløp med henholdsvis 5 og 7 år i oppholdstid, vil estimert prevalens på maksimum rundt 2035 være som illustrert i tabellen nedenfor. Tabellen viser også beregnet økning i behov for liggedøgn dersom andel av dømte skal være henholdsvis 80% som i 2025 eller 40% som i 2019.

Estimert prevalens 2035 ved stabilt antall nye dømte, stabilt opphør til 2030 og fast oppholdstid fra 2030				
Oppholdstid	Estimert prevalens 2035	Behov liggedøgn ved kapasitetsutnyttelse lokal sikkerhet		
		73 %	60 %	40 %
Fem år	537	21 214	42 893	103 759
Syv år	546	22 891	44 933	106 819

¹⁶ Nasjonal koordineringsenhet, Op.cit.

Tabell 9. Estimert prevalens 2035 ved stabilt antall nye dømte, stabilt opphør til 2030 og fast oppholdstid fra 2030. Beregnet økning i behov for liggedøgn dersom andel av dømte skal være henholdsvis 80% som i 2025 eller 40% som i 2019

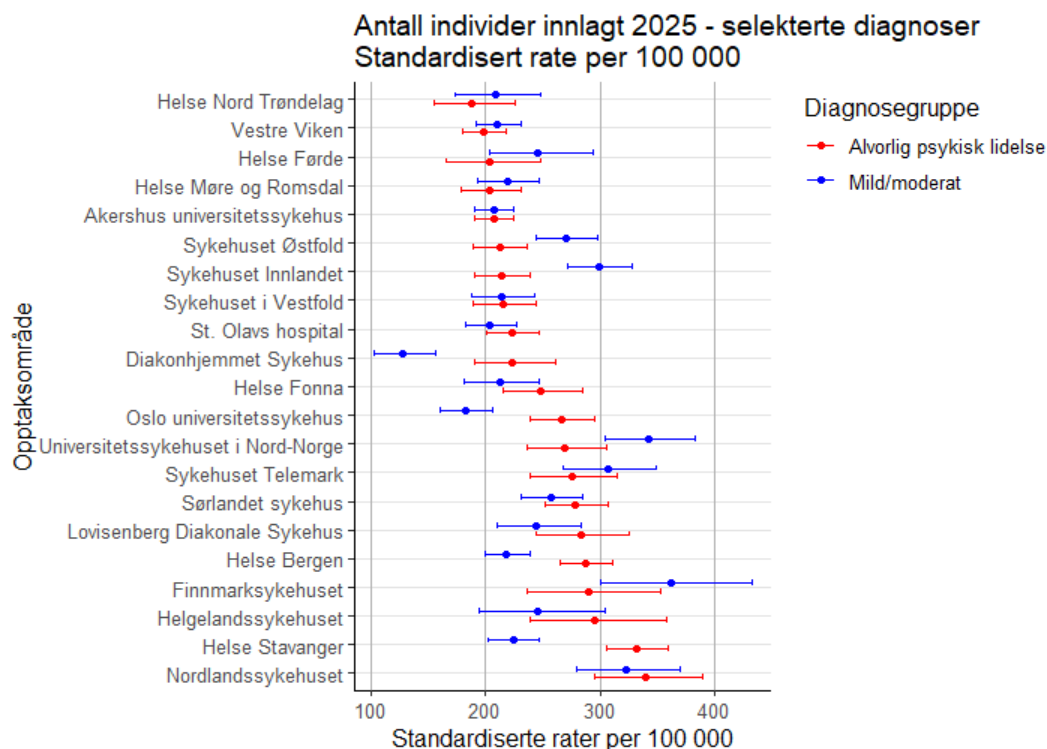
Med samme praksis og bruk av lokal sikkerhetspsykiatriske plasser som i dag, vil det om kort tid ikke være tilgjengelig kapasitet til andre pasienter enn domfelte i lokal sikkerhetspsykiatri, med ytterligere fortrengning i øvrige behandlingsskjer. Tabellen ovenfor viser også estimert behov for antall liggedøgn gitt ulik andel av lokale sikkerhetspsykiatriske plasser belagt med antall dømt til behandling. Flere helseforetak er i ferd med å utvikle nye behandlingstilbud i den sikkerhetspsykiatriske behandlingsskjeden. Det etableres flere overgangsboliger, ambulante sikkerhetsteam og døgnenheter på nivået under lokale sikkerhetsplasser (rehabilitering-sikkerhet). Disse tilbudene forventes å redusere behovet for å plassere dømte pasienter på lokal sikkerhetsenhet i årene fremover. Noen av disse tilbudene vil ikke nødvendigvis inngå i liggedøgnstilling, men allikevel utgjøre en avlastende kapasitet.

Det finnes per i dag ikke offisiell statistikk på antall i varetektssurrogat i psykisk helsevern, men i alle fire helseregioner beskrives en sterk vekst i antall pasienter som får en kjennelse om varetektssurrogat. Denne økningen forsterker utfordringen med økning i antall dømte og bidrar til en ytterligere fortrengning av andre pasientgrupper.

7.1.3 Innleggelsesmønstre

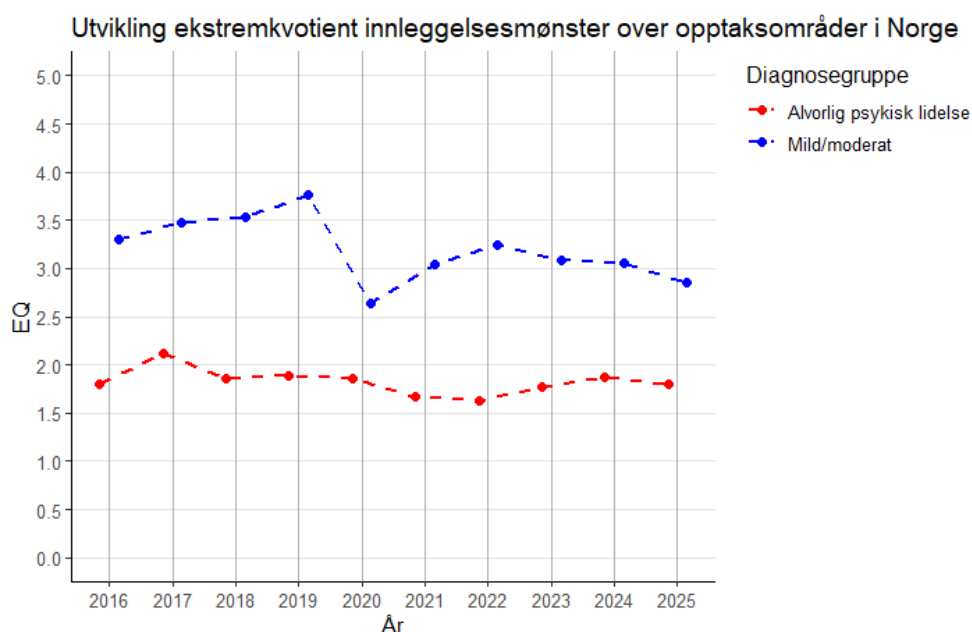
Som illustrert i figur 9 (figur over antall individer med innleggelse, seksjon 7.1), er det relativt lav variasjon i antall individer som blir innlagt i døgnbehandling. En viktig utvikling over de siste ti årene er en tydeliggjøring av poliklinisk behandling i forløpet for en del pasienter som tidligere var innlagt i større grad. Dette er særlig pasienter diagnostisert med milde og moderate tilstander (diagnosegruppene som er inkludert i denne sammenheng er milde og moderate depresjoner, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser og uspesifiserte psykiske lidelser). Det er viktig å ha riktig døgnkapasitet tilgjengelig for disse pasientene, men mange får bedre behandling og oppfølging gjennom poliklinikk i helseforetak og gode kommunale hjelpetilbud (f.eks. bolig og bistand til arbeid/utdanning). Som illustrert i tabell 6 for avsluttede døgnforløp, er andel liggedøgn assosiert med milde og moderate tilstander redusert fra 24% av totale liggedøgn til 17% i perioden 2016-2025.

Figuren nedenfor viser innleggelsesmønstre for henholdsvis alvorlig psykisk lidelse og milde/moderate tilstander. Figuren illustrerer at det også i 2025 er en større variasjon i innleggelser for milde/moderate tilstander.



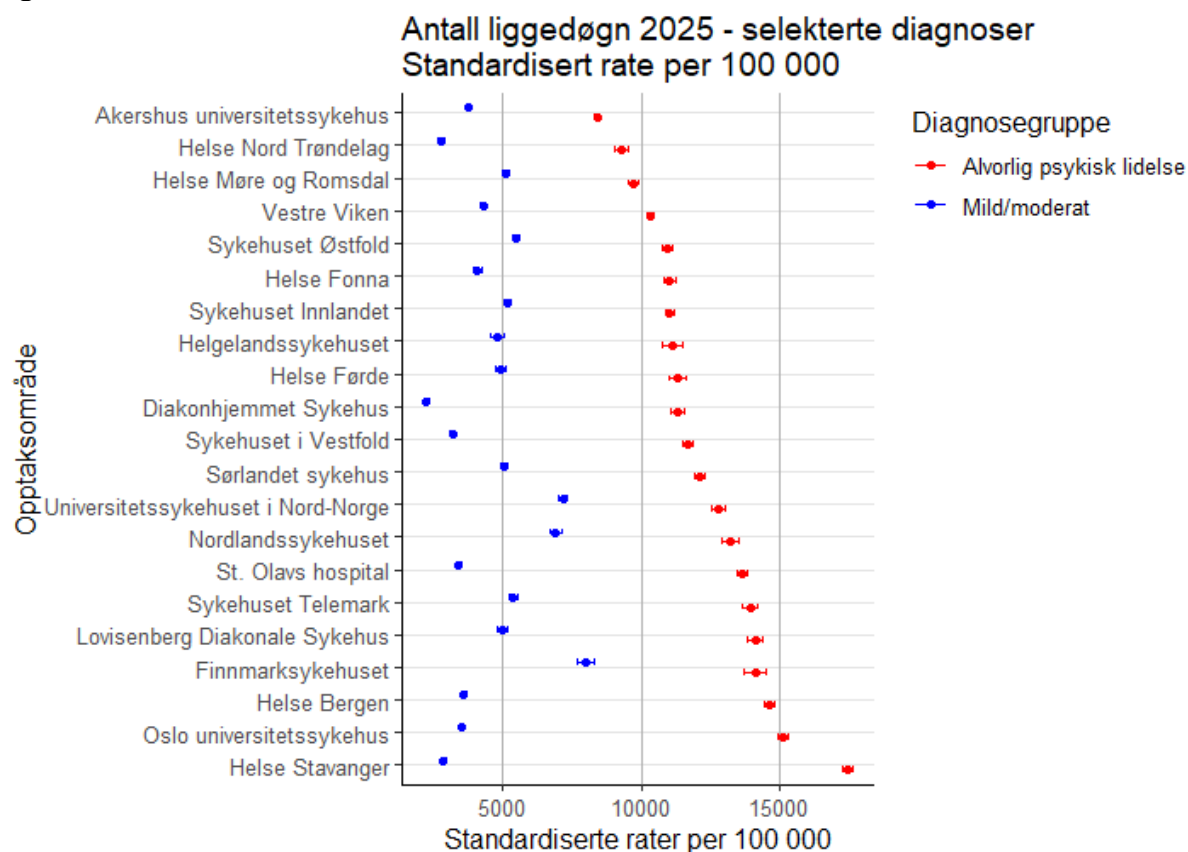
Figur 16. Antall individer innlagt med alvorlig psykisk lidelse eller milde/moderate lidelser i standardisert rate per 100 000 med 25-percentil og 75-percentil over opptaksområder i 2025.

Selv om variasjonen er større for disse diagnosegruppene, er det en positiv utvikling med mindre variasjon over tid. Figuren nedenfor illustrerer dette ved å bruke ekstremkvotienten (EQ) – som er et uttrykk for variasjon (EQ = opptaksområdet med høyest innleggelsesrate / opptaksområdet med lavest rate). Figuren viser at EQ er gått fra rundt 3,5 til rett under 3. Dette er en positiv utvikling. Samtidig indikerer dette at variasjonen fremdeles er høy, med en variasjon i ytterpunktene tilsvarende tre-gangen.



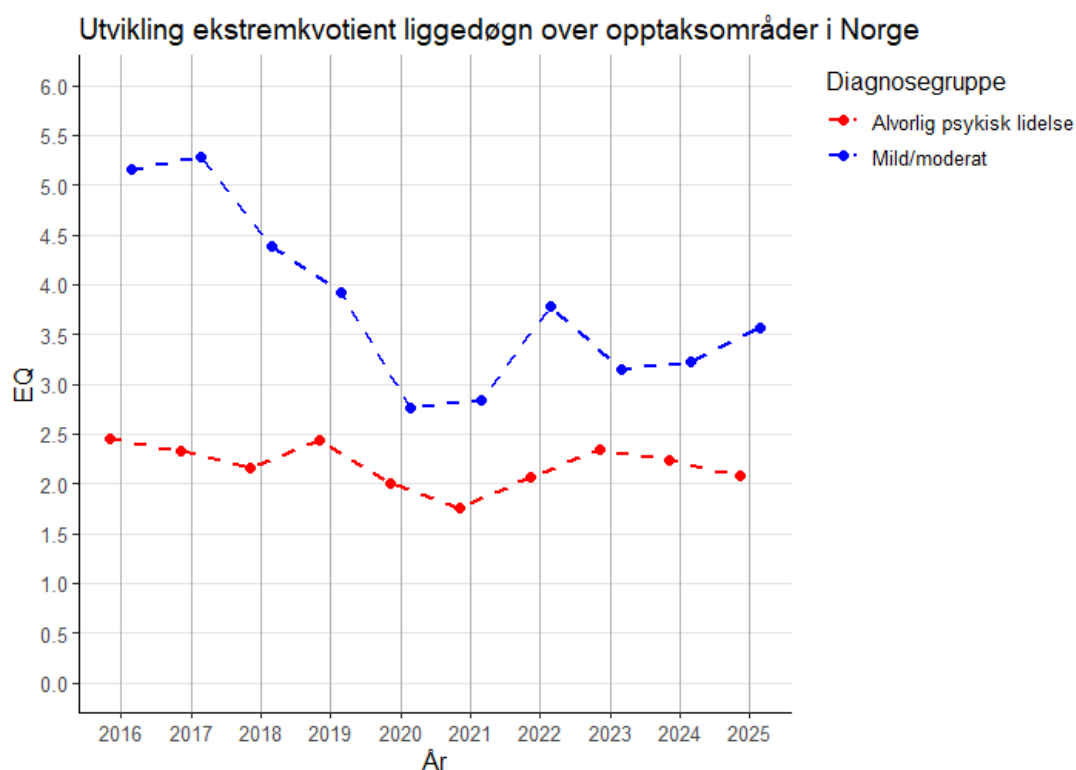
Figur 17. Utvikling i ekstremkvotient for innleggelsesmønster for alvorlig psykisk lidelse og milde/moderate lidelser over opptaksområder.

Antall liggedøgn i standardiserte rater per 100 000 for de samme diagnosegruppene vises i figuren nedenfor.



Figur 18. Antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 med 25-percentil og 75-percentil for pasienter med alvorlig psykisk lidelse eller milde/moderate lidelser over opptaksområder i 2025.

Variasjonen i liggedøgn illustrert ovenfor, er større enn hva som er tilfelle for antall individer med innleggelse. Figuren nedenfor viser utvikling i ekstremkvotienten for liggedøgnsraten. Utviklingen er positiv, men i 2025 er differansen mellom området med høyest og lavest forbruk på 3,5 ganger. For alvorlige psykiske lidelser er variasjonen på 2 ganger, noe som er en mer akseptabel variasjon.



Figur 19. Utvikling i ekstremkvotient i standardisert rate per 100 000 for liggedøgn for alvorlig psykisk lidelse og milde/moderate lidelser over opptaksområder.

Det er særlig to modifierende faktorer i framskrivningen som reduserer behovet for liggedøgn i psykisk helsevern voksne i gjeldende framskrivningsmodell. Dette er videre implementering av FACT og forsterket oppsøkende poliklinisk behandling, samt reduksjon i innleggelser for pasienter med milde og moderate tilstander.

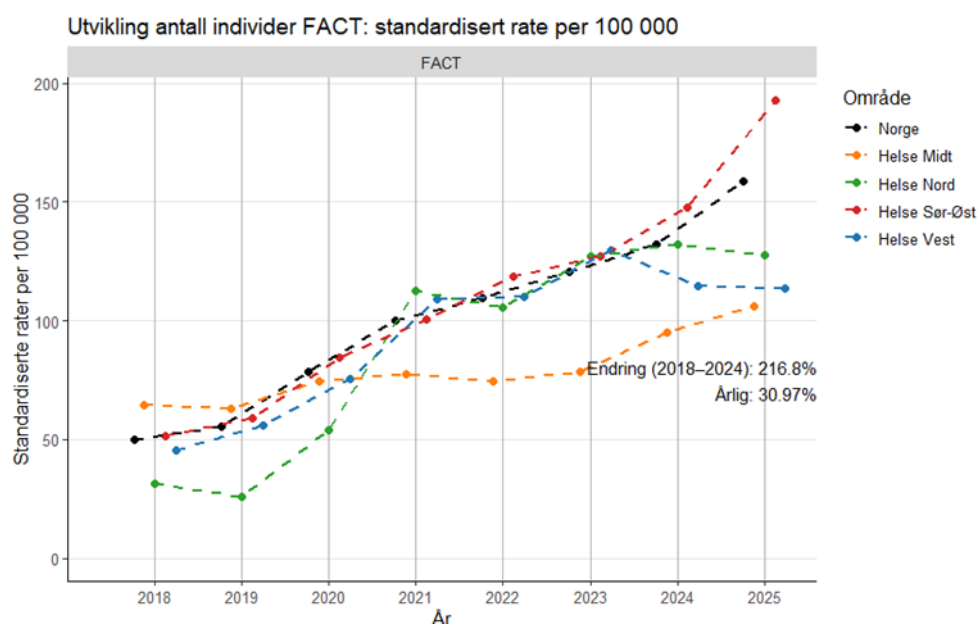
Ved utarbeidelsen av gjeldende modell ble det forventet en reduksjon i antall liggedøgn på 4,4% i perioden fram mot 2040 for milde og moderate tilstander. Reduksjonen i liggedøgn for disse diagnosegruppene har altså vært større enn hva som forutsettes i framskrivningsmodellen. Størrelsen av reduksjonen vurderes å være assosiert med økt prioritering av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, samtidig som økning i andel pasienter som er henvist på tvang vil kunne indikere at terskel for innleggelse er blitt høyere. Andelen med korte forløp har økt, men andel reinnleggelser har vært stabil.

Variasjonen i innleggelsesmønster er fremdeles betydelig, hvor området med flest innleggelser har tre ganger så høy innleggingsrate som områdene med færrest innleggelser. Det forventes derfor en videre reduksjon i innleggelser for pasientgruppen med milde og moderate tilstander. Dersom opptaksområder med en innleggingsrate over gjennomsnitt hadde vært på gjennomsnitt, ville dette utgjøre en reduksjon på i overkant av 20 000 liggedøgn. Dette utgjør 11% av liggedøgn tilknyttet diagnosegruppene for milde og moderate tilstander. Ettersom det sannsynligvis er flere årsaker til at det er variasjon i innleggelsesmønster, samt at det har vært en reduksjon i liggedøgn over de siste årene – opprettholdes effekten med 4,6% i modell. Dette innarbeides som en nasjonal prosentuell effekt, noe som da innebærer større effekt i områder med høyere volum. Totaleffekt på samlet antall liggedøgn vil være om lag 0,95%.

7.1.4 FACT/Samhandling og intensiv ambulant behandling

Det er i dag mye oppmerksomhet rettet mot mulighetene som ligger i bedre samhandling, ikke minst gjennom prosjekt X og forventningene til Helsereformutvalgets arbeid. Noen samhandlingsprosjekter er i gjennomføringsfase som «En vei inn» i Vestfold, og mange helseforetak er i dialog med kommuner om å samarbeide tettere. Revisjonen har forsøkt å synliggjøre effekter av disse prosjektene, men det er per nå ikke tilstrekkelig datagrunnlag til å legge inn noen effekt av samhandling ut over FACT. Dette må vurderes på nytt hvis det vedtas endringer i organisering av helsetjenestene som følge av Helsereformutvalgets anbefalinger.

Et sentralt utviklingstrekk ved oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse er innføringen av flere integrerte tilbud (spesialist- og primærhelsetjeneste, botilbud og arbeid/utdanning) og ambulant poliklinisk oppfølging. I 2024 var det 6 500 voksne med FACT-oppfølging, hvorav om lag 50% var innlagt det året. Fra 2021 til 2024 har andelen av pasienter som er innlagt og er registrert med FACT i samme år – økt fra 8,5% til 10,0%. Alle helseregioner i Norge viser en økning i antall individer med FACT, men særlig Helse Midt har en lavere rate enn øvrige områder, slik figuren nedenfor viser. Det er områder i Helse Midt som har satset på andre ambulante og intensive polikliniske modeller enn FACT. Det finnes flere modeller for god ambulant behandling med samhandling som tydelig prioritet, men kunnskapsgrunnlaget for å beregne effekten av disse er mer usikkert.



Figur 20. Utvikling i antall individer i FACT i standardisert rate per 100 000 for landet samlet og fordelt på helseregioner.

Evalueringer av FACT tilsier at behov for liggedøgn blir redusert. Samlet effekt vil være avhengig av hvor mange pasienter som får slike integrerte helsetjenester. Opptaksområder med høy grad av implementering har i 2025 en standardisert rate per 100 000 på over 300 individer, som er det dobbelte av nasjonalt snitt. En oversikt fra NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) viser at det er om lag 97 team i drift i 2025, og de har estimert et samlet behov for 200 team fordelt over alle helseforetak til en pasientpopulasjon på om lag 20 000.¹⁷ Dette er således et større volum enn dagens nivå. Det

¹⁷ Gjennomgang fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) i arbeidsgruppen om antall FACT-team i Norge.

er en relativt bred diagnostisk sammensetning som inngår i FACT, med de høyeste volumene innen psykose og rusrelaterte tilstander.

Utviklingen i antall individer registrert med FACT og andelen som blir innlagt i samme kalenderår som FACT-registreringen vises i tabellen nedenfor.

Individer med FACT i Norge og med innleggelse samme år			
År	Med FACT	Innlagt	Andel
2017	1 560	811	52 %
2018	2 047	1 090	53 %
2019	2 299	1 247	54 %
2020	3 244	1 634	50 %
2021	4 181	2 064	49 %
2022	4 688	2 184	47 %
2023	5 273	2 432	46 %
2024	5 942	2 704	46 %
2025	6 457	2 867	44 %

Tabell 10. Antall individer med FACT og antall og andel av disse innlagt samme år som FACT-registreringen.

Fra 2017 til 2025 er det en nedgang i andel individer med innleggelse i samme år. Dette representerer sannsynligvis en positiv effekt av FACT på innleggelser, men kan også innebære at økningen i antall individer og utvidelse av indikasjon som da inkluderer pasienter med lavere risiko for å bli innlagt. Tidligere evalueringer av FACT indikerer betydelige effekter, med både redusert bruk av tvang og reduksjon i liggedøgn i perioden etter oppstart med FACT (33% over en to-årsperiode sammenlignet med perioden før inntak).¹⁸ En analyse av nye pasienter med FACT, viser en reduksjon på 15% i liggedøgn for pasienter med schizofreni og FACT sammenlignet med en kontrollgruppe.¹⁹

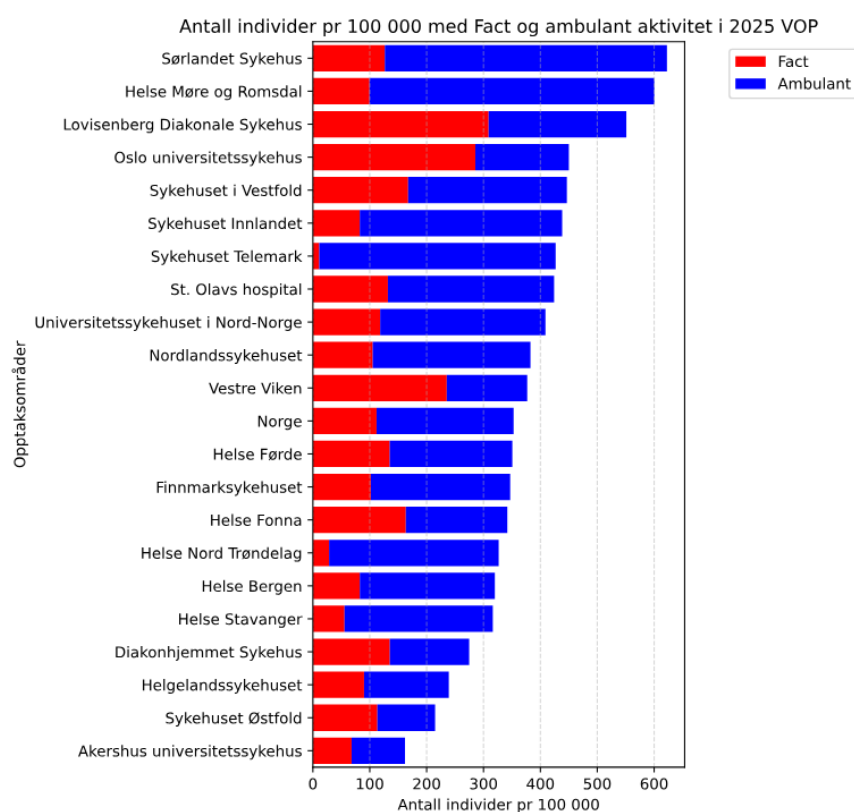
En økning i antall individer som får systematisk forsterket ambulant oppfølging med vekt på samhandling, forventes å redusere behovet for liggedøgn. En nasjonal rate på 300 individer per 100 000 for FACT ville i 2025 gitt et volum på nærmere 13 000 pasienter. Antall pasienter som var innlagt i 2025 med relevante diagnoser utgjorde 12 400 individer med 567 000 liggedøgn. En forutsetning om at 44% blir innlagt gir et volum på 5 500 individer, med 252 000 liggedøgn. En reduksjon i liggedøgn som følge av en FACT-effekt på 15% vil redusere behovet for liggedøgn med 38 000 liggedøgn for disse pasientgruppene. Dette vil da være en subpopulasjon av antall innlagte, slik at totaleffekt på antall liggedøgn vil være 3,8%.

Som nevnt ovenfor, er det en rekke andre samhandlingsmodeller med intensiv ambulant oppfølging utover FACT. Vurderingene som gjøres her skiller ikke fullt ut på disse, men benytter FACT-arbeidet i beregning av effekt av all intensiv ambulant oppfølging. Tabellen

¹⁸ [Evaluering FACT-team i Norge - Sluttrapport](#)

¹⁹For å undersøke mulige effekter av FACT, ble alle pasienter med første registrert FACT 60 dager før/etter eller under en døgninnleggelse i 2019-2023 selektert. Denne døgninnleggelsen ble klassifisert som indeksinnleggelse. Deretter ble det hentet ut informasjon om antall innleggelser og liggedøgn 3 år forut og 1 år etter indeksinnleggelse. En sammenligningsgruppe ble selektert av pasienter som ikke er registrert med FACT eller at FACT var 2 år frem i tid fra indeksinnleggelsen. For alle pasienter i sammenligningsgruppen ble 1 innleggelse per pasient valgt basert på tilfeldig seleksjon. Deretter ble det selektert tilfeldig et utvalg (2:1 forhold) som matchet FACT-populasjonen med hensyn til kjønn, alder, diagnosegruppe og tidligere innleggelser.

nedenfor viser standardiserte rater per 100 000 for både FACT og individer med registrert ambulant behandling. Ambulant behandling vil i dette tilfelle inkludere all poliklinisk aktivitet som er registrert som ambulant, og vil innebære aktivitet hvor det ikke forventes tilsvarende effekt som ved FACT. I framskrivningsmodellen er det innarbeidet en differensiert effekt av forsterket ambulant poliklinisk behandling, hvor områder med høy grad av implementering får lavere forventet effekt enn områder med lavt nivå av implementering. Ettersom registrert ambulant behandling i de pasientadministrative systemene vil kunne inkludere en bredere pasientpopulasjon enn hva som menes med intensiv ambulant behandling, settes raten av individer i FACT til 2:1 for ambulant behandling (halvparten av individene med registrert ambulant behandling tas med til rangering). Dette gjøres kun for å differensiere områder med høy grad versus lav grad av implementering og påvirker ikke effekttestimat. Figuren nedenfor viser fordelingen av FACT og ambulant behandling som gjensidig ekskluderende standardiserte rater per 100 000 (individer med FACT vises ikke i tall for ambulant).



Figur 21. Antall individer med FACT og med ambulant behandling i standardisert rate per 100 000 over opptaksområder i 2025.

Justeringen av FACT og annen ambulant behandling i 2:1 relasjon gir en fordeling over opptaksområder som vist i tabellen nedenfor.

Antall individer med FACT og ambulant behandling (2:1) per opptaksområde psykisk helsevern voksen- standardisert rate per 100 000			
Opptaksområde	FACT	Ambulant	Samlet
Lovisenberg Diakonale Sykehus	309	121	430
Sørlandet sykehus	126	248	375
Oslo universitetssykehus	286	82	368
Helse Møre og Romsdal	100	250	350
Sykehuset i Vestfold	167	140	307
Vestre Viken	235	71	306
St. Olavs hospital	132	146	278
Universitetssykehuset i Nord-Norge	118	145	264
Sykehuset Innlandet	82	178	260
Helse Fonna	163	89	253
Nordlandssykehuset	105	139	244
Helse Førde	135	108	243
Finnmarksykehuset	102	123	224
Sykehuset Telemark	11	208	219
Diakonhjemmet Sykehus	135	70	205
Helse Bergen	82	119	201
Helse Stavanger	56	130	186
Helse Nord Trøndelag	28	149	178
Helgelandssykehuset	90	75	164
Sykehuset Østfold	113	51	164
Akershus universitetssykehus	68	47	115

Tabell 11. Antall individer med FACT og ambulant behandling i standardisert rate per 100 000 per opptaksområde for VOP i 2025. I denne tabellen er halvparten av individene med registrert ambulant behandling tatt inn for å illustrere 2:1 forholdet som benyttes til rangering.

7.1.5 Generell forbedring av forløp

Implementering av gode digitale tilbud skal være en del av det samlede behandlingstilbudet. Det er i stor grad rettet mot poliklinikk, men pasienter med behov for døgninnleggelse vil kunne bruke digitale hjelpemidler i monitorering av tilstand. Det forventes at dette vil kunne systematisere arbeidet med å tydeliggjøre indikasjon for og varighet av innleggelse. Videre vil bedre bruk av strukturerte målinger på symptombelastning kunne fasilitere forløpet.²⁰ Det vurderes at det er prinsipielt viktig å forvente en slik effekt, men effekten i modellen er foreløpig satt lavt.

7.1.6 Faktorer i framskrivning av liggedøgn for psykisk helsevern voksne

Samlet gir gjennomgangen ovenfor følgende faktorer i framskrivningen av liggedøgn for psykisk helsevern voksne.

- Demografisk framskrivning med 5-årige aldersgrupper, kjønn og kommune

²⁰ A lavarez-Jimenez, M. et al., (2021). The Horyzons project: a randomized controlled trial of a novel online social therapy to maintain treatment effects from specialist first-episode psychosis services. World psychiatry, 20(2).

- Behov for kapasitetsvekst for behandling av alvorlig psykisk lidelse inkludert alvorlig depresjon med psykose og rusutløst psykose: 0,95% årlig – akkumulert 19% over 20 år (2025-2045).
- Redusert behov som følge av reduserte innleggelser for milde og moderate tilstander: 4,6% over 20 år. Utgjør 0,95% av totale liggedøgn.
- Redusert behov som følge av forsterket ambulant poliklinisk oppfølging: Effekt er differensiert over grad av implementering av FACT og ambulant behandling i middels, høy og lav. Akkumulert effekt over 20 år er 15% (8-20%). Utgjør 3,8% av totale liggedøgn.
- Forbedring av forløp, generell effekt 0,6% akkumulert over 20 år
- Samlet effekt av alle faktorer medfører en vekst på 59 000 liggedøgn etter demografisk framskrivning i 2045.

7.1.7 Resultater av framskrivning av liggedøgn nasjonalt

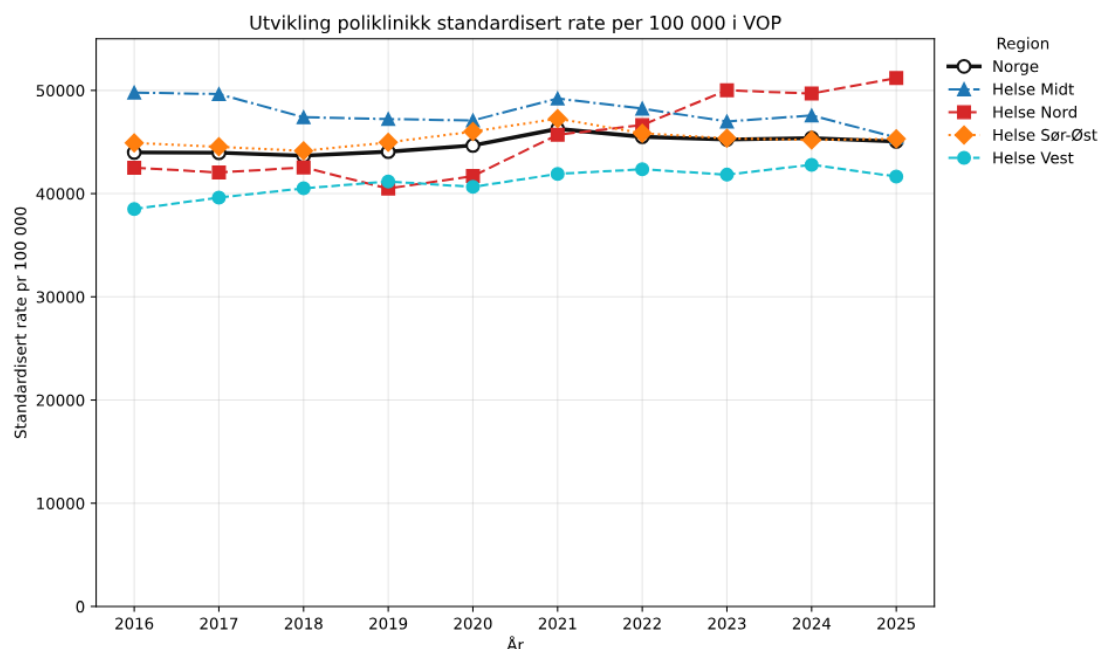
Resultater av framskrivningene for liggedøgn vises i tabellen nedenfor. Til sammenlikning angis framskrivning i nåværende modell for 2021-2040 og oppdatering av denne modellen med 2024 som aktivitetsgrunnlag. Framskrivning med revidert modell er gjort for 2025-2040 for sammenlikning med nåværende modell og for 2025-2045. De oppdaterte framskrivningene påvirkes av endret demografi frem mot 2045 og lavere utgangsaktivitet. Det forventes videre en økning i antall individer med FACT, noe som gir en høyere effekt av modifierende faktorer i behov for liggedøgn.

Framskrivning liggedøgn PHV voksen				
Periode	Utgangså	Etter demografi	Etter kapasitet	Etter modifierende faktorer
2021-2040	896 779	971 054	1 070 033	1 026 033
2024-2040	927 994	997 951	1 084 986	1 048 515
2025-2040	912 741	969 089	1 050 660	1 013 301
2025-2045	912 741	973 352	1 082 592	1 032 302

Tabell 12 Framskrivning liggedøgn. De to øverste linjene viser framskrivning 2021-2040 og 2024-2040 med gjeldende modell, de to nederste framskrivning 2025-2040 og 2025-2045 med revidert modell.

7.2 Utvikling i poliklinikk og dagbehandling psykisk helsevern voksne

Standardisert rate for individer som mottar dag- og poliklinisk behandling for voksne, har vært stabil fra 2021. Endringer i registreringspraksis de senere år vanskeliggjør vurdering av behov for polikliniske kontakter. Utvikling i fysiske og ambulante konsultasjoner i helseforetakene viser en årlig vekst på 1,6% i perioden 2022-2025. Det inkluderer ventetidsløftet som utgjør om lag 1 prosent i 2025. Figuren nedenfor viser utvikling i poliklinisk aktivitet (alle typer kontakter) i standardisert rate per 100 000 inklusive private med avtale. Foruten Helse Nord, er det relativt lav variasjon over helseregioner hva angår omfang av poliklinisk behandling per innbygger.



Figur 22. Antall konsultasjoner i poliklinikk i standardisert rate pr 100 000 for VOP, 18 år og eldre, ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private i perioden 2016-2025.

Som nevnt ovenfor, vanskeliggjør endringer i registreringspraksis i poliklinikk en vurdering av utviklingen som har vært. Dersom vi ser på antall registrerte timer, er det en svak nasjonal årlig økning i standardisert rate på 0,1% i perioden 2021-2025, som drives av utviklingen i Helse Nord.

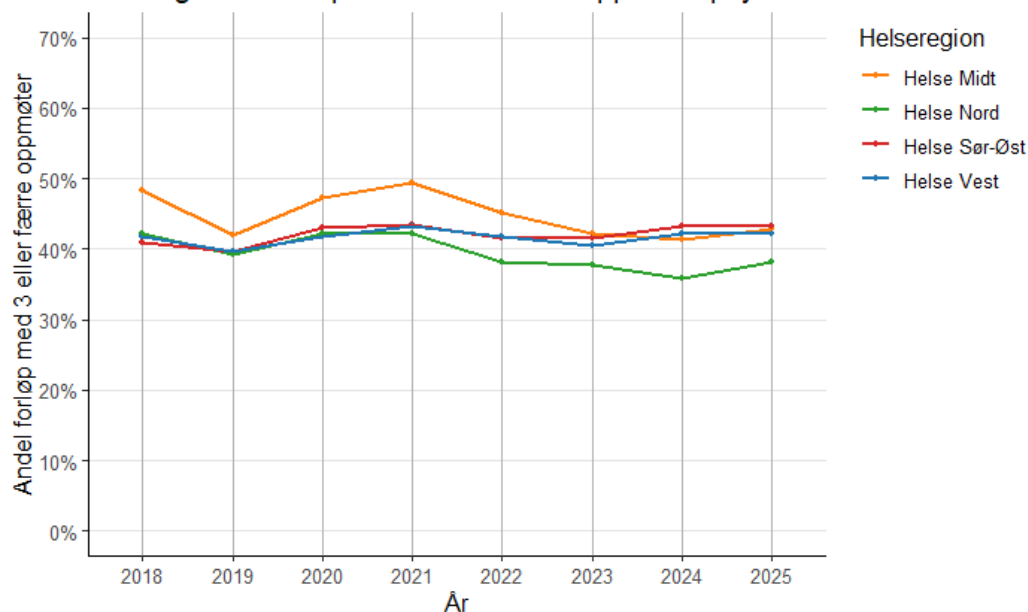
Antall timer innen psykisk helsevern voksne i standardisert rate pr 100 000 innbygger. Helseforetak og sykehus med opptaksområde.					
	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Norge
2016	56 164	57 889	48 188	50 797	50 653
2017	56 712	57 315	51 408	53 066	52 970
2018	56 947	57 208	53 180	55 024	54 410
2019	58 205	54 513	55 218	55 486	55 582
2020	54 967	54 858	52 621	51 446	52 860
2021	57 620	58 264	56 762	53 036	56 195
2022	61 575	57 571	56 440	54 084	56 695
2023	80 130	60 157	57 620	54 572	60 217
2024	80 093	59 261	56 355	54 384	59 350
2025	57 462	64 337	56 312	53 103	56 439
Årlig endring 2016-2025	0,3 %	1,2 %	1,9 %	0,5 %	1,3 %
Årlig endring 2021-2025	-0,1 %	2,6 %	-0,2 %	0,0 %	0,1 %
Årlig endring 2022-2025	-2,2 %	3,9 %	-0,1 %	-0,6 %	-0,2 %

Tabell 13 Utvikling i antall timer innen psykisk helsevern voksne i standardisert rate per 100 000. Helseforetak og sykehus med opptaksområder.

Volumet av poliklinisk aktivitet er nokså likt fordelt over regionene. Påfølgende seksjon belyser antall oppmøter i avsluttede behandlingsforløp. Forløpene inkluderer avsluttede forløp hvor første registrerte kontakt var planlagt. År er definert fra sluttdato. Diagnose er hentet fra siste registrerte diagnose i pasientforløpet. Parallell henvisningsperioder er ekskludert. Alle fysiske polikliniske kontakter i perioden mellom start og slutt av behandlingsforløpet er inkludert. Ettersom median antall kontakter i et forløp er seks, er det hensiktsmessig å skille forløp av kort varighet med forløp med flere enn tre oppmøter.

Figuren nedenfor viser utviklingen i andel forløp som har tre eller færre fysiske oppmøter. Andelen er relativt stabil over de siste årene og er i overkant av 40%. Det er således en relativt høy andel av alle forløp i poliklinikk som er av kort varighet. Figuren viser at innføring av vurderingssamtaler ikke har endret andel korte forløp samlet sett.

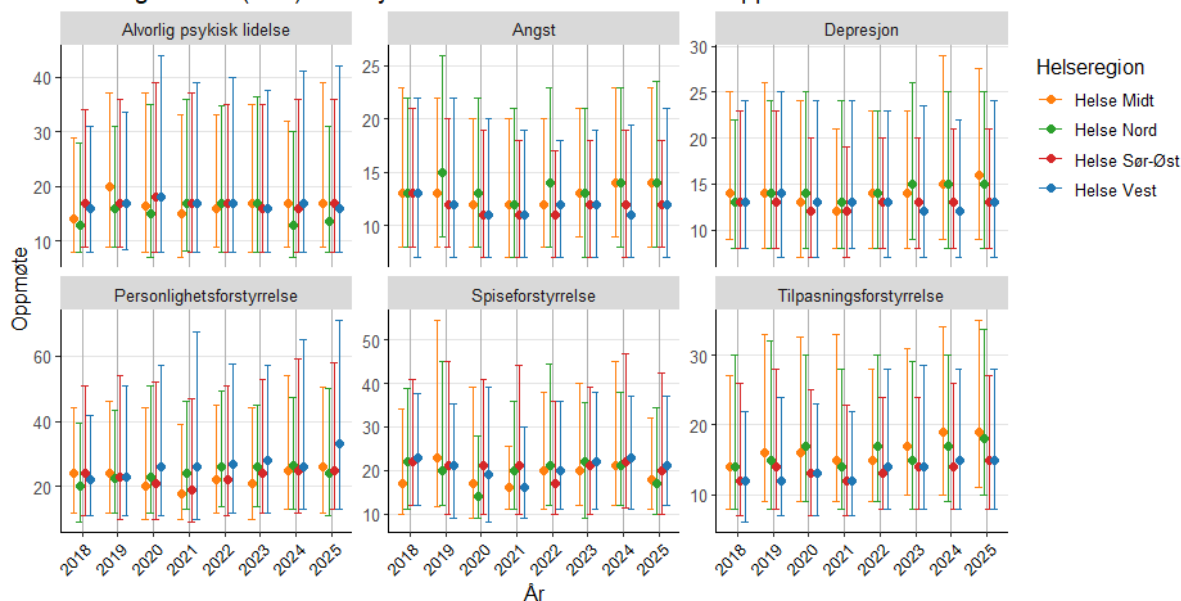
Utvikling andel forløp med 3 eller færre oppmøter psykisk helsevern VOP



Figur 23. Utvikling i andel forløp med 3 eller færre oppmøter i psykisk helsevern voksne.

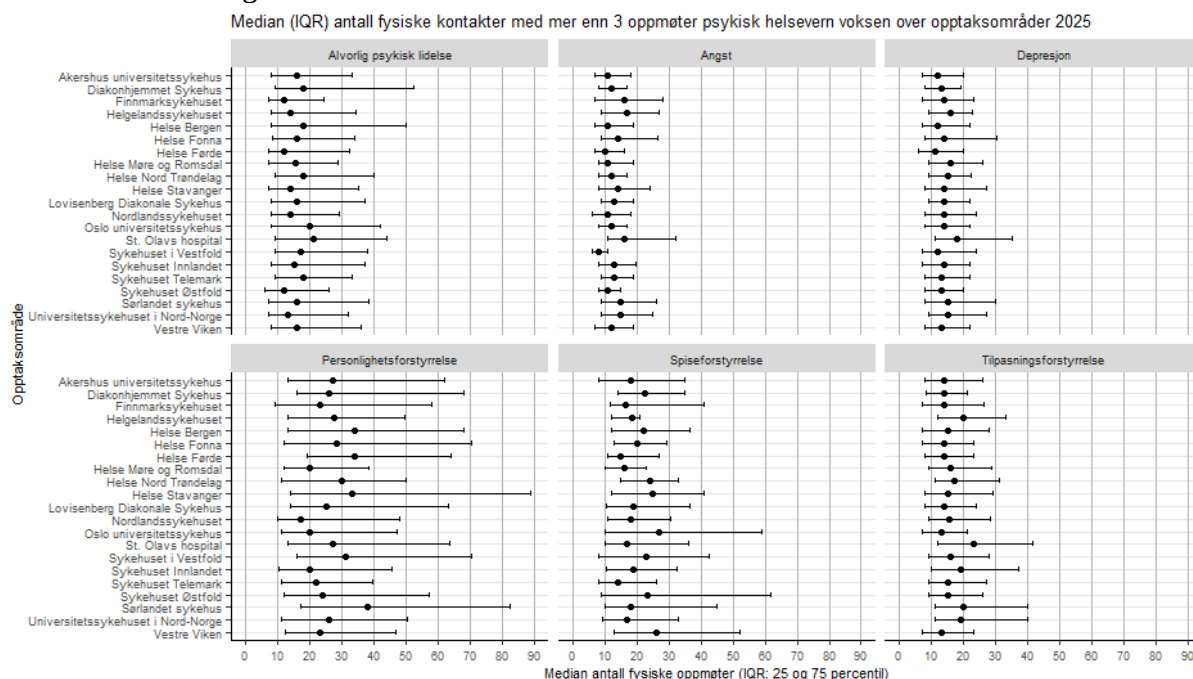
Figuren nedenfor viser utvikling i median antall fysiske kontakter i forløp med variasjon (interkvartilområde (IQR) 25- og 75-percentil). Angst, alvorlig psykisk lidelse, personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelse viser relativt lav variasjon over helseregioner. Depressive tilstander, som utgjør en høy andel av forløpene, skiller seg noe mer ut – hvor Helse Nord og Helse Midt-Norge har flere kontakter med en median på 15 og Helse Sør-Øst og Helse Vest er nærmere 12. Hovedkonklusjonen er at forløpene synes å ha tilstrekkelig oppmøter til å kunne tilby virksom evidensbasert behandling.

Utvikling median (IQR) antall fysiske kontakter med mer enn 3 oppmøter



Figur 24. Utvikling i median antall fysiske kontakter med mer enn 3 oppmøter for ulike diagnoser og fordelt på helseregionene. Variasjonsbredden viser 25- og 75-percentilen.

Fordelingen over opptaksområder i 2025 viser en relativt jevn distribusjon i forløpene. Enkeltstående interessante observasjoner inkluderer Sykehuset i Vestfold og angstforløp, hvor median er ni og variasjonsbredden er minimal. Dette kan indikere veldig stringente forløp. I de store diagnosegruppene (i.e. angst og depresjon) vil høye 75-percentiler kunne indikere forbedringsområder.



Figur 25. Utvikling i median antall fysiske kontakter med mer enn 3 oppmøter for ulike diagnoser og fordelt på opptaksområder. Variasjonsbredden viser 25- og 75-percentilen.

Fordelingen av timer på ulike diagnosegrupper vises i tabellen nedenfor i 2021 og 2025. Oversikten viser forskjell mellom inn- og ut-tid og omregnet til 45-minutters timer.

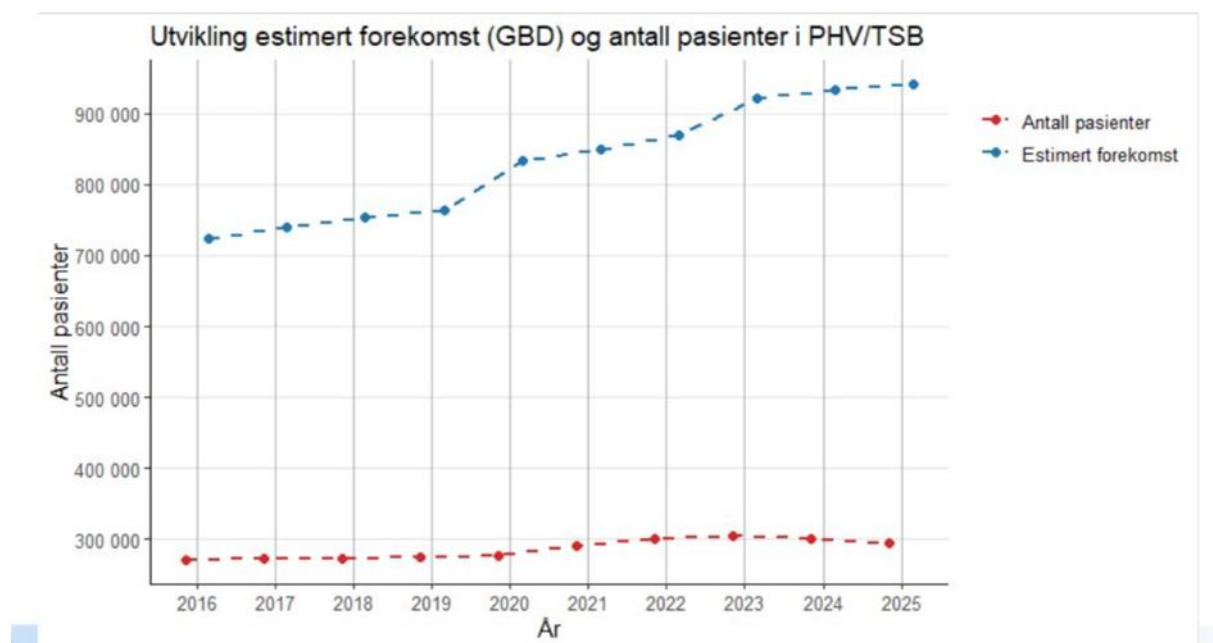
Antall dag- og polikliniske timer fordelt på diagnosegrupper ved helseforetak og sykehus med opptaksområde. Som grunnlag for timer inkluderes konsultasjoner mellom 10 minutter og 8 timer, og regnes om til 45 minutters konsultasjoner.				
Diagnose	2021	Andel av timer 2021	2025	Andel av timer 2025
ADHD	120 667	5,1 %	198 676	8,1 %
Alkoholrelaterte lidelser	9 354	0,4 %	10 272	0,4 %
Alvorlig depresjon	52 442	2,2 %	41 444	1,7 %
Andre diagnoser	15 706	0,7 %	18 002	0,7 %
Andre psykiske lidelser	14 113	0,6 %	15 177	0,6 %
Angst	263 759	11,2 %	225 645	9,2 %
Atferdsforstyrrelse	163	0,0 %	185	0,0 %
Bipolar lidelse	122 344	5,2 %	113 040	4,6 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	32 863	1,4 %	51 913	2,1 %
LAR	6 765	0,3 %	6 310	0,3 %
Mangler diagnose	1 261	0,1 %	2 465	0,1 %
Mild depresjon	34 609	1,5 %	20 921	0,9 %
Moderat depresjon	244 607	10,4 %	215 541	8,8 %
Organiske lidelser	14 802	0,6 %	13 660	0,6 %
Personlighetsforstyrrelser	220 472	9,3 %	262 293	10,7 %
Psykisk utviklingshemming	12 394	0,5 %	15 096	0,6 %
Psykose	311 150	13,2 %	352 264	14,4 %
Rusrelaterte lidelser	16 359	0,7 %	17 926	0,7 %
Rusutløst psykose	3 198	0,1 %	3 417	0,1 %
Spiseforstyrrelser	95 794	4,1 %	102 966	4,2 %
Symptomdiagnose	394 346	16,7 %	362 653	14,8 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	333 385	14,1 %	364 771	14,9 %
Øvrig depresjon	41 016	1,7 %	34 170	1,4 %
Totalt	2 361 571	100,0 %	2 448 806	100,0 %

Tabell 14. Antall dag- og polikliniske timer innen psykisk helsevern voksne fordelt på diagnoser i 2021 og 2025.

ADHD utgjorde i 2021 om lag 5% av samlet poliklinisk kapasitet, mens det i 2025 var 8%. Moderat og alvorlig depresjon utgjør om lag 10% av kapasitet, men det er en klar nedgang i volum. Angstlidelser (inkl. tilpasningsforstyrrelser) utgjør om lag 24%, men også der et redusert volum sammenlignet med 2021. Symptomdiagnoser utgjør om lag 15% av kapasitet.

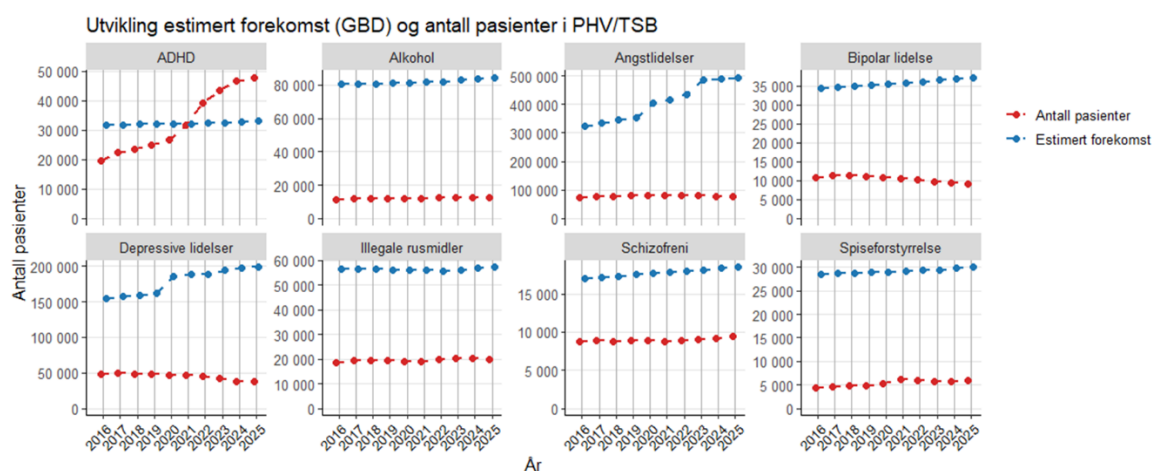
Det polikliniske volumet er samlet sett nedadgående relativt til innbygger. Gjennom koronapandemien og tiden etter, har det derimot vært indikasjon på at forekomsten av psykiske lidelser har økt. Figuren nedenfor viser estimert antall individer med psykiske lidelser i Norge²¹, og antall som har mottatt behandling i spesialisthelsetjenesten. Figuren illustrerer den økende differansen.

²¹ Estimert forekomst er basert på oversikter, IHME, Global Burden of Disease. [VizHub - GBD Results](#)



Figur 26. Utvikling i estimert forekomst (GBD) av psykiske lidelser og antall pasienter i behandling i psykisk helsevern og TSB.

Differansen mellom antall individer i behandling og estimert forekomst er tydeligst for depresjon, angst, eldre og alkoholrelaterte lidelser. Figuren nedenfor viser antall individer i behandling med registrert diagnose og estimert forekomst²² (oversikten gjelder hele populasjonen). Figuren illustrer at vi i Norge diagnostiserer flere individer med ADHD enn hva som er estimert forekomst i prevalensdata fra Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Det bemerkes at i mange tilfeller er ikke psykiske lidelser en fast størrelse, men som et kontinuum av symptomer og funksjonspåvirkning med overlapp mellom ulike diagnoser. Dette innebærer at det over tid er rimelige med noe overgang mellom ulike grupper av diagnoser.



Figur 27. Utvikling i estimert forekomst (GBD) og antall pasienter i behandling i psykisk helsevern og TSB fordelt på ulike diagnoser.

Det er relativt høy behandlingsfrekvens for barn og unge under 19 år – hvor 41% av estimert forekomst er registrert i oppfølging i spesialisthelsetjenesten. For innbyggere i alderen 20-

²² IHME, global burden of disease. Op.cit.

55 år er andelen 31%, mens for innbyggere over 55 år er andelen 15%. Det er vurdert at eldre mottar for lite behandling, og at det bør økes.

Det er liten observert vekst i poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern voksne. Avslagsraten og differansen til estimert forekomst har vært økende. Forutsetningen om økt satsning på forsterket poliklinisk ambulant behandling og videre overgang fra døgn til dag medfører at det bør legges til rette for en vekst i poliklinikk utover det endringer i befolkningen tilsier.

7.2.1 Digitalisering

Digitalisering og digital oppfølging vil over de neste årene inkludere et vidt spekter av verktøy og hjelpemidler som kan forenkle forløp, redusere behov for kontakter og avlaste klinikere for oppgaver som ikke er direkte kontakt med pasienten. Hjelpemidlene forventes å effektivisere innsamling av pasientopplysninger, tilby flere løsninger for vanlige problemer i klinikk (e.g. søvnforstyrrelser) og forbedre forløp med målrettet og persontilpasset effektiv behandling. Digital oppfølging vil også bidra til å nå flere pasientgrupper som i dag ikke er i behandling (e.g. lavgradig alkoholmisbruk), og til at flere av pasientene med særlig korte forløp vil kunne nyttiggjøre seg psykoedukasjon og enklere intervensjoner digitalt. Digitalisering forventes å redusere antall direkte kontakter for en del av pasientene som i dag er i behandling.

De vanligste formene for digital oppfølging og behandling i dag inkluderer blant annet nettbasert behandling (eBehandling) og skjemabasert oppfølging med behovsstyrt poliklinikk. Utbredelsen av disse behandlingsformene har gått betydelig langsommere enn forventet i forrige framskrivning, men det har vært en økning i den senere tiden, særlig i 2025. Tabellen nedenfor viser antall individer med nettbasert behandling og oppfølging gjennom skjema rapportert i ISF.²³ Det er kjente utfordringer med registreringskvalitet, så tallene underestimerer trolig volumet.

Utvikling antall individer med oppfølging		
	Nettbasert behandling	Skjema
2017	203	
2018	350	
2019	320	
2020	434	
2021	525	
2022	809	2 292
2023	1 099	8 831
2024	869	12 004
2025	1 644	14 528

Tabell 15 Utvikling i antall individer med henholdsvis nettbasert behandling (STG-kode TS02) og skjemabasert oppfølging (STG-kode TS10). Merk at i deler av 2024 var systemet for nettbasert behandling ute av drift.

I hvilken grad digital oppfølging er implementert varierer over opptaksområder i Norge, illustrert i tabellen nedenfor. Det er Helse Vest som har kommet best i gang, og noen foretak i Helse Sør-Øst er i god utvikling.

²³ ISF=Innsatsstyrt finansiering

Andel av pasientpopulasjon i VOP med nettbasert behandlingsprogram og skjemabasert oppfølging 2025					
Opptaksområde	Individer	Individer		Andel	
		Nettbasert oppfølgnin	Skjema	Nettbasert	Skjema
Helse Bergen	14 196	510	3 105	3,6 %	21,9 %
Vestre Viken	14 579	243	141	1,7 %	1,0 %
Helse Stavanger	9 566	209	1 914	2,2 %	20,0 %
Sykehuset Innlandet	9 862	136	190	1,4 %	1,9 %
Akershus universitetssykehus	18 127	102	264	0,6 %	1,5 %
Sykehuset i Vestfold	7 961	82	81	1,0 %	1,0 %
Helse Fonna	4 274	64	898	1,5 %	21,0 %
St. Olavs hospital	11 573	54	127	0,5 %	1,1 %
Helse Førde	3 441	51	1 404	1,5 %	40,8 %
Sykehuset Østfold	9 786	38	512	0,4 %	5,2 %
Oslo universitetssykehus	9 148	28	401	0,3 %	4,4 %
Sørlandet Sykehus	9 732	26	77	0,3 %	0,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	8 427	20	4 470	0,2 %	53,0 %
Helse Nord Trøndelag	4 048	19	21	0,5 %	0,5 %
Sykehuset Telemark	5 693	14	42	0,2 %	0,7 %
Helse Møre og Romsdal	8 032	14	163	0,2 %	2,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	4 604	12	166	0,3 %	3,6 %
Nordlandssykehuset	4 547	10	215	0,2 %	4,7 %
Finnmarksykehuset	2 966	8	19	0,3 %	0,6 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	6 446	7	387	0,1 %	6,0 %
Helgelandssykehuset	2 570	*	64	*	2,5 %

Tabell 16 Antall individer totalt i behandling og antall og andel individer med henholdsvis nettbasert behandling og skjemabasert oppfølging per opptaksområde i 2025.

De mest brukte programmene for internettassistert behandling er program for alkohol, depresjon, angst og symptomlidelser (symptomer og tegn med tilknytning til emosjonell tilstand). Særlig symptomlidelser er en stor gruppe som sannsynligvis i større grad vil kunne nyttiggjøre seg eBehandling.

Effekten av digital oppfølging vil være forskjellig avhengig av om det er nettbaserte behandlingsprogrammer eller skjemabasert oppfølging. Skjemabasert oppfølging vil sannsynligvis redusere tid brukt på utredning, og kontinuerlige tilbakemeldinger fra pasienten på utvikling vil sannsynligvis redusere kontaktflaten gjennom terskelverdier for bedring og beslutningsstøtte til å avslutte behandlingsforløpet. Digital oppfølging vil redusere direkte pasient-behandler-kontakt eller annen poliklinisk aktivitet og være mer ressurseffektiv.

Digital oppfølging som effekt i framskrivningsmodellene, bør integrere den generelle utviklingen hvor digitalisering vil prege flere av kontaktpunktene mellom pasient og behandler, samt organisering og innhold i drift. Det innarbeides en effekt for eBehandling i modellen, men effekten settes lavt i denne runden da utviklingen har gått langsomt. Det er samtidig klare indikasjoner på en vekst, særlig den siste tiden.

For eBehandling beregnes effekten for alkohol, depresjon, angst og R-diagnoser i psykisk helsevern voksen og TSB, og ADHD og R-diagnoser i psykisk helsevern barn og unge. Et økt volum av konsultasjoner som følge av innføring av felles psykisk helsemottak og redusert andel avslag, forventes å bli fulgt opp digitalt.

Innen psykisk helsevern voksen og TSB beregnes det at tilbudet er relevant for 10% av pasientene med de spesifikke psykiatriske tilstandene og for 30% av pasientene med R-diagnose. Effekten forventes å være én redusert kontakt per spesifikk diagnose og to for symptomdiagnoser. Dette gir følgende effekter på poliklinisk volum:

- Angst (fobier, panikk og generell angst): 3%
- Depresjon (mild og moderat): 2,5%
- Alkohol: 5%
- Symptomdiagnoser: 20%

Samlet er effekten om lag 3,5% i psykisk helsevern voksen. Effekten beregnes lik for TSB, men gir en lavere samlet effekt (1,8% når LAR ekskluderes).

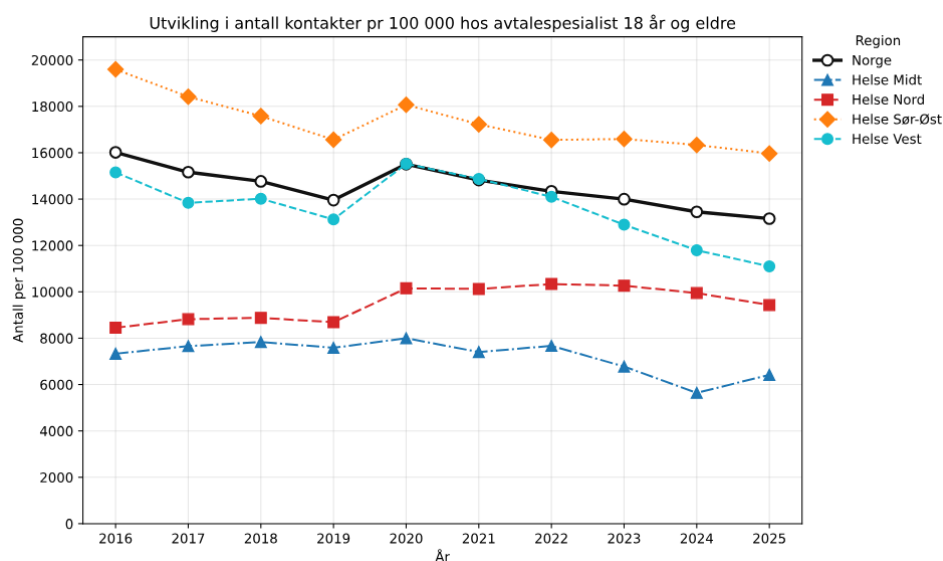
For psykisk helsevern barn og unge beregnes det at tilbudet er relevant for 20% av pasientene med ADHD-diagnoser, og reduserer behovet for to kontakter i disse forløpene. Dette utgjør da en reduksjon på 3,8% av kontaktene for ADHD. For R-diagnoser beregnes en reduksjon på to kontakter for 10% av pasientene. Dette utgjør 2,5% av kontaktene for R-diagnoser. Samlet utgjør effekten av digitalisering i psykisk helsevern barn og unge 1,7%.

Beregnete effekter legges inn i modellen som en reduksjon i antall kontakter. Det forventes at nye digitale programmer utvikles, og etter hvert vil være tilpasset flere diagnosegrupper.

7.2.2 Avtalespesialister

Avtalespesialister utgjør en sentral del av den polikliniske kapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Helseregionene har ulikt antall avtalespesialister og dermed et ulikt samlet volum. Vurdering av antall hjemler til avtalespesialister følger egne prosesser i helseregionene. Aktiviteten hos avtalespesialister inngår således ikke framskrivningsmodellene, men aktiviteten synliggjøres for å vise utviklingen. Det er viktig å ta med utviklingen for avtalespesialister når regionens samlede kapasitet vurderes.

Figuren nedenfor viser utviklingen i standardiserte rater per 100 000. Utviklingen viser en redusert rate gjennom perioden fra 2016 til 2025.



Figur 28. Utvikling i antall kontakter hos avtalespesialister i standardisert rate per 100 000, 18 år og eldre.

Den diagnostiske sammensetningen hos avtalespesialister er mer avgrenset enn hva som er tilfelle i DPS-er i Norge. Tabellen nedenfor viser at angst og depresjon utgjør 70% av volumet. ADHD har også her vist en betydelig økning. Kontakter for avtalespesialister er framskrevet med befolkningsutviklingen og vises i resultatseksjonen. Framskrivningen medfører en økning i behovet på 2,7%. Tabellen nedenfor er begrenset til alder 18 år og eldre.

Antall kontakter hos avtalespesialist i psykisk helsevern voksne samlet for Norge (18 år og eldre)					
Diagnoser	2016	2021	2025	Endring 2016-2025	Endring 2021-2025
ADHD	14 657	29 937	47 765	225,9 %	59,6 %
Angst og affektive lidelser	495 774	465 869	409 252	-17,5 %	-12,2 %
Annet	147 557	129 107	140 628	-4,7 %	8,9 %
Totalsum	657 988	624 913	597 645	-9,2 %	-4,4 %

Tabell 17. Antall kontakter hos avtalespesialist i 2016, 2021 og 2025 fordelt på diagnose.

7.2.3 Faktorer i framskrivning av poliklinisk aktivitet for psykisk helsevern voksne

Samlet gir gjennomgangen ovenfor følgende faktorer i framskrivningen av poliklinisk aktivitet for psykisk helsevern voksne

- Demografisk framskrivning av aktivitet
- Økning i aktivitet for eldre (≥ 65 år) med 20% før demografisk framskrivning.
- Årlig vekst som følge av overgang fra døgn til dag og behov utover demografisk vekst på 13,9% over 20 år. Veksten inkluderer noe økt volum ved innføring av felles psykisk helsemottak.
- Digital oppfølging som reduserer antall kontakter i spesifikke forløp. Effekt utgjør 3,5% av samlet volum.

7.2.4 Resultater av framskrivning i poliklinikk for psykisk helsevern voksen

For poliklinisk behandling vurderes behovet å være høyere enn dagens kapasitet. Resultater av framskrivningene for poliklinikk vises i tabellen nedenfor. Til sammenlikning angis framskrivning i nåværende modell for 2021-2040 og oppdatering av denne modellen med 2024 som aktivitetsgrunnlag. Framskrivning med revidert modell er gjort for 2025-2040 for sammenlikning med nåværende modell og for 2025-2045. Det forventes noe reduksjon i antall polikliniske kontakter i revidert modell sammenliknet med gjeldende modell. Det skyldes at det i revidert modell er lagt inn reduksjon som følge av digital oppfølging.

Framskrivning poliklinikk PHV voksen			
Periode	Utgangså	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
2021-2040	1 880 445	2 000 941	2 191 030
2024-2040	1 867 790	1 993 589	2 153 076
2025-2040	1 896 020	1 968 848	2 114 744
2025-2045	1 896 020	1 953 846	2 148 376

Tabell 18. Framskrivning av kontakter i poliklinikk PHV VOP. De to øverste linjene viser framskrivning 2021-2040 og 2024-2040 med gjeldende modell, de to nederste framskrivning 2025-2040 og 2025-2045 med revidert modell.

8. Psykisk helsevern barn og unge

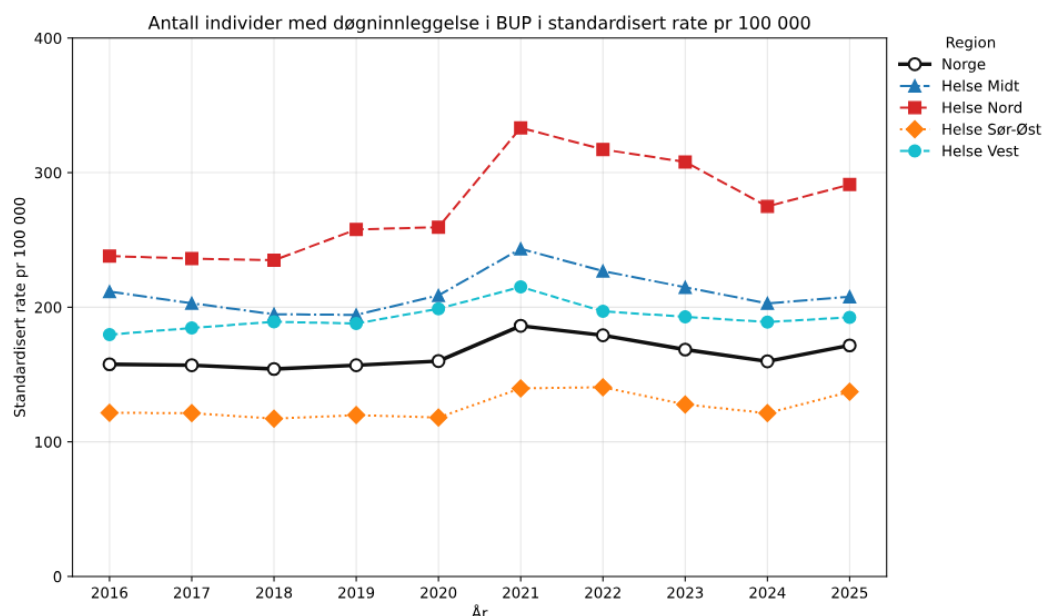
Psykisk helsevern barn og unge er i all hovedsak et poliklinisk tjenesteområde hvor antall individer og andel i behandling med døgninnleggelse er lav. Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall individer innen BUP og andel som blir innlagt. Andelen pasienter med døgninnleggelse var nasjonalt på 3% i 2025.

	Antall individer total og andel med døgninnleggelse i BUP									
	Antall individer totalt					Andel med døgninnleggelse				
	Helse Sør-					Helse Sør-				
	Helse Midt	Helse Nord	Øst	Helse Vest	Norge	Helse Midt	Helse Nord	Øst	Helse Vest	Norge
2016	7 688	5 178	25 474	11 035	49 173	4,4	4,9	2,9	4,1	3,6
2017	7 896	5 149	26 105	11 675	50 637	4,1	4,8	2,9	3,9	3,5
2018	7 383	5 285	26 133	11 766	50 352	4,1	4,6	2,8	4,0	3,4
2019	6 965	5 301	26 417	11 940	50 410	4,3	4,9	2,8	3,9	3,5
2020	7 010	5 417	26 562	12 117	50 927	4,6	4,7	2,8	4,1	3,5
2021	7 892	6 035	30 444	13 806	57 981	4,8	5,4	2,9	3,9	3,6
2022	8 161	6 007	32 579	14 547	61 106	4,4	5,1	2,8	3,4	3,4
2023	8 954	6 364	34 274	14 699	64 119	3,8	4,7	2,4	3,4	3,1
2024	9 593	6 667	34 401	14 544	65 042	3,4	4,1	2,3	3,4	2,9
2025	10 018	7 025	35 892	14 773	67 539	3,3	4,1	2,5	3,4	3,0

Tabell 19. Totalt antall individer behandlet og andel individer med døgninnleggelse innen BUP.

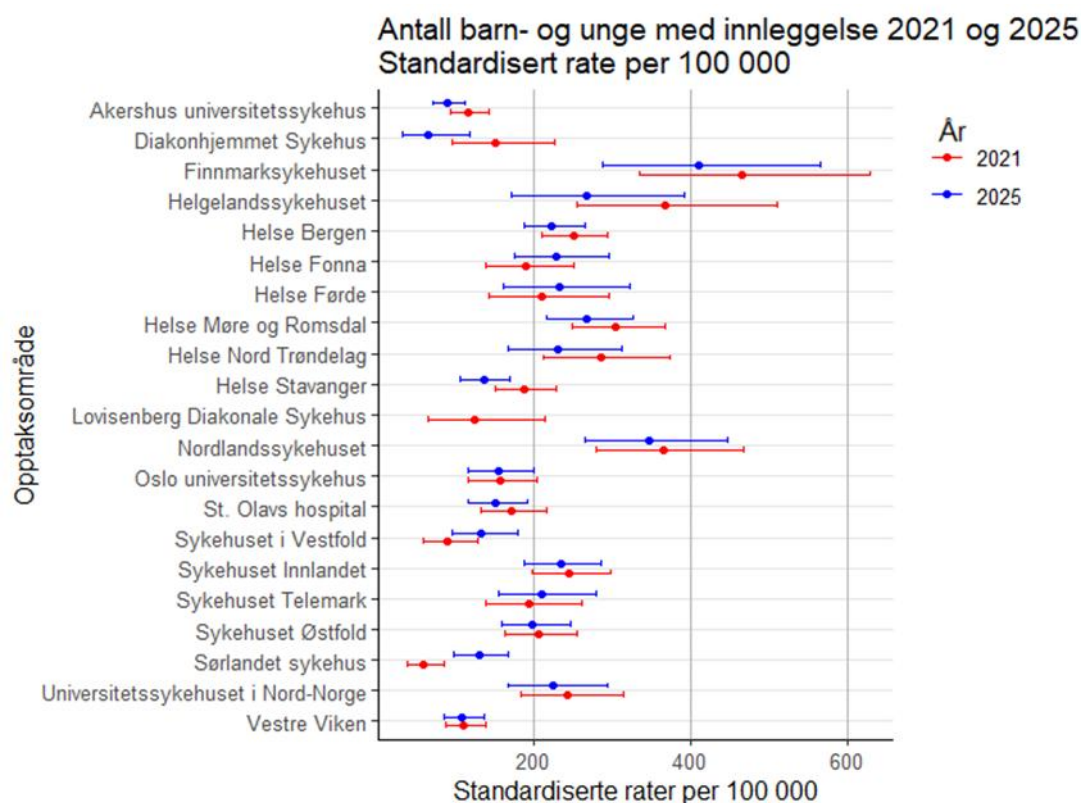
8.1 Døgnbehandling psykisk helsevern barn og unge

Figuren nedenfor viser utviklingen i antall individer med innleggelse som standardiserte rater per 100 000 over helseregioner. Det er relativt stor forskjell mellom helseregionene i hvilken grad barn og unge blir innlagt i psykisk helsevern.



Figur 29. Utvikling i antall individer (0-17 år) i standardisert rate per 100 000 med døgninnleggelse i BUP ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private.

Variasjonen i antall individer med innleggelse vises også klart når vi sammenlikner helseforetak. Figuren nedenfor viser antall barn og unge med innleggelse i 2021 og 2025 i alle helseforetak. Lovisenberg Diakonale sykehus har så få innleggelser at det ikke blir beregnet en rate for 2025 ($n < 10$), men har en rate på samme nivå som Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmet Sykehus.



Figur 30. Antall individer (0-17 år) i standardisert rate per 100 000 (95% konfidensintervall) med døgninnleggelse i BUP i 2021 og 2025 fordelt på opptaksområder. Omfatter innleggelse ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private.

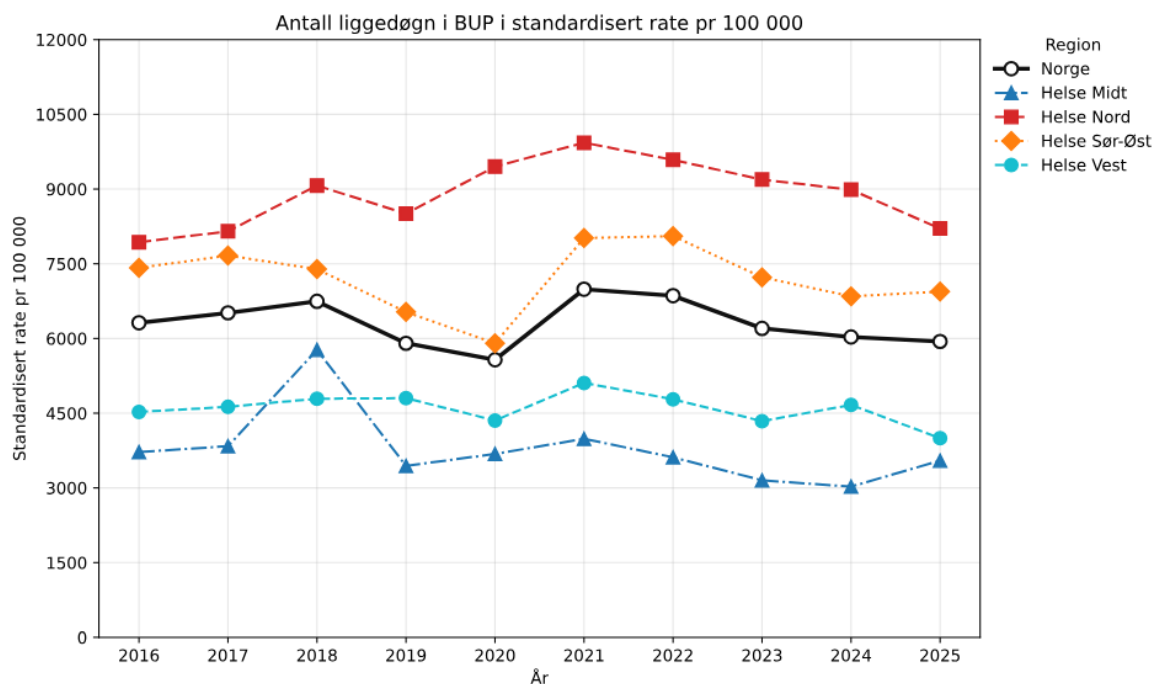
Antall liggedøgn økte under koronapandemien og har i årene etter blitt redusert. Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall liggedøgn i BUP for både helseforetak/sykehus med opptaksområde og private aktører. Tabellen viser at antall liggedøgn i 2025 i helseforetak/sykehus med opptaksområde er på nivå med 2019. Antall liggedøgn inkluderer avansert hjemmesykehus ved Oslo universitetssykehus HF som utgjør om lag 4 000 liggedøgn. Tabellen illustrer relativt høyt antall liggedøgn hos private aktører, som kun er behandling hos leverandører med avtale med Helse Sør-Øst.

	Liggedøgn i BUP fordelt på aktør fordelt på helseregion									
	Helseforetak/sykehus med opptaksområde					Privat				
	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Totalt	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Totalt
2016	5 926	8 482	31 244	11 272	56 924	0	0	14 318	0	14 318
2017	6 065	8 590	33 846	11 547	60 048	0	0	13 902	0	13 902
2018	8 900	9 350	37 042	11 688	66 980	167	0	8 395	197	8 759
2019	5 345	8 506	31 751	11 301	56 903	0	0	8 535	539	9 074
2020	5 699	9 339	31 281	10 617	56 936	0	0	5 578	231	5 809
2021	6 211	9 633	37 376	12 819	66 039	0	29	13 614	0	13 643
2022	5 572	9 344	36 649	12 090	63 655	104	0	15 000	0	15 104
2023	4 988	8 975	32 563	11 125	57 651	0	0	14 876	0	14 876
2024	4 853	8 893	31 158	12 010	56 914	0	0	14 255	84	14 339
2025	5 730	8 197	30 977	10 427	55 331	0	0	15 337	60	15 397

Tabell 20. Antall liggedøgn i BUP ved helseforetak og sykehus med opptaksområder, samt private, totalt og fordelt på helseregionene.

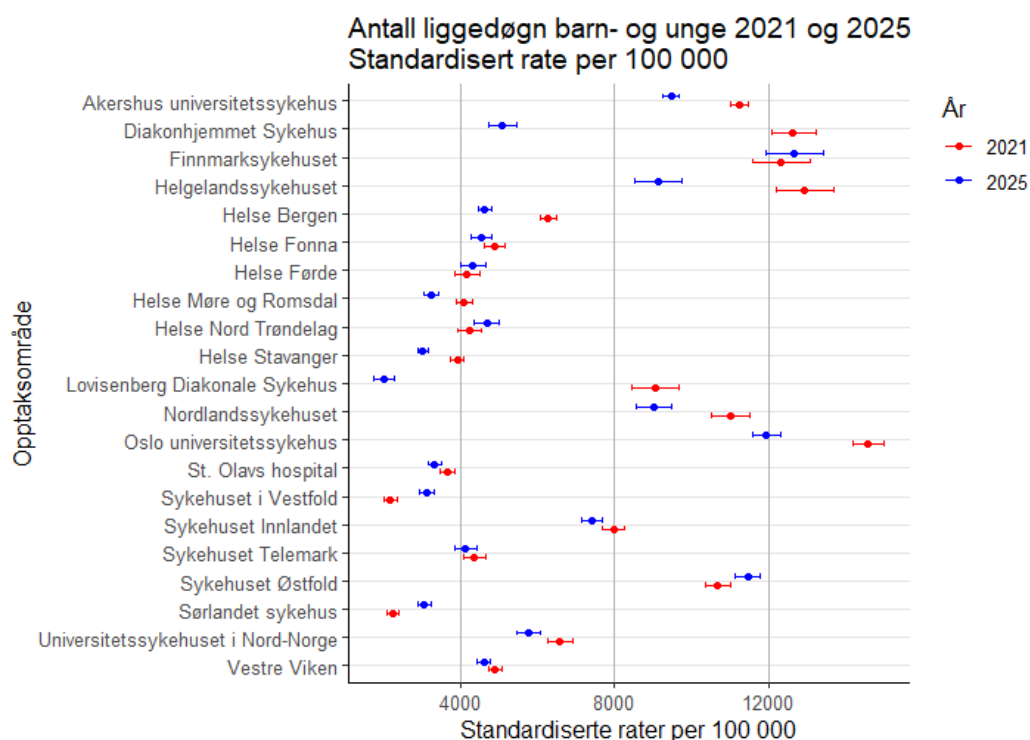
Figuren nedenfor viser utviklingen i antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 innen BUP, og viser at forbruket av liggedøgn er redusert i alle regioner sammenlignet med 2021.

Nasjonalt er det en årlig reduksjon i absolutt antall liggedøgn i perioden 2021-2025 på 2,8%. Det er primært pasienter i aldersgruppen 14-17 år som bruker liggedøgn i BUP. Veksten i antall innbyggere 14 til 17 år i disse årene har således ikke medført et økt volum av liggedøgn. Helse Nord har et høyere liggedøgnsforbruk enn øvrige regioner. Helse Sør-Øst har et høyere liggedøgnsforbruk enn Helse Midt og Helse Vest. Ettersom Helse Sør-Øst har en betydelig lavere innleggelsesrate, innebærer det at antall liggedøgn per individ er høyere i Helse Sør-Øst.



Figur 31. Utvikling i antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 i BUP 0-17 år ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private.

Siden det både er relativt få barn som blir innlagt, og det er mange små enheter (få senger per enhet), vil det forventes større variasjon enn hva som observeres ved for eksempel psykisk helsevern voksen. Samtidig viser figuren nedenfor en variasjon på seks ganger i ytterpunktene, noe som peker på grunnleggende forskjeller i tilbud og kapasitet. I Helse Sør-Øst har flere helseforetak redusert behovet for døgnbehandling ved å ta i bruk mer omfattende behandling hjemme hos pasienten.

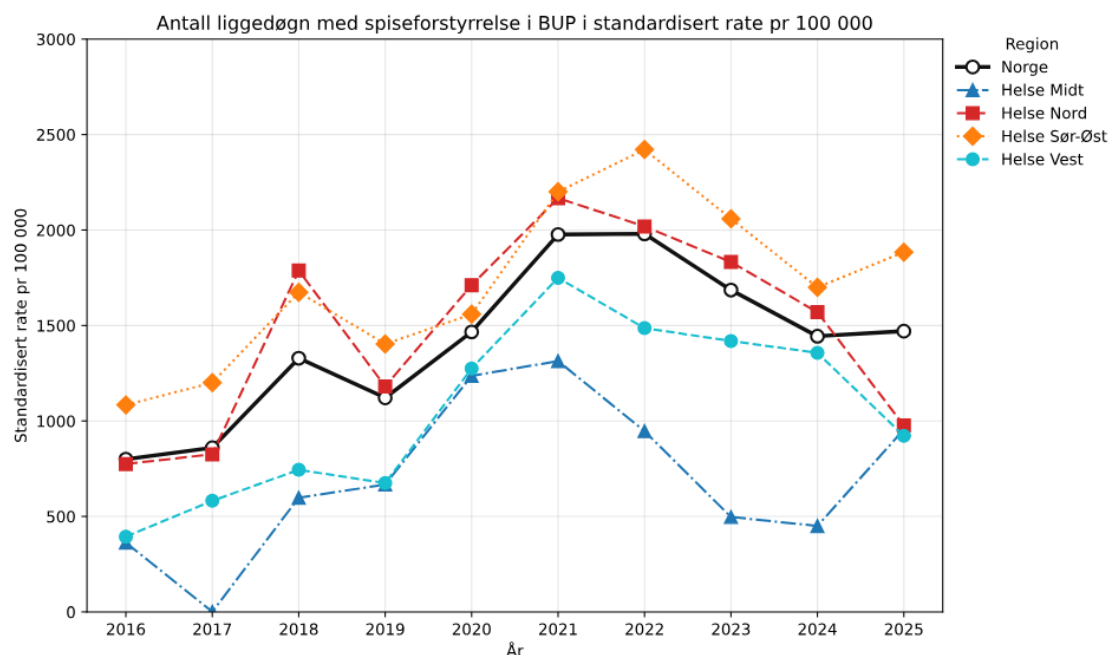


Figur 32. Antall liggedøgn i standardisert rate pr 100 000 (95% konfidensintervall) i BUP 0-17 år ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private i 2021 og 2025 fordelt på opptaksområder.

Bruk av intensiv ambulant behandling i barnets hjem i stedet for innleggelse er ikke nytt. Metoden egner seg ikke i alle helseforetak, særlig ikke der det er lang reisevei. I disse områdene vil det være mer ressurseffektivt med en sentralisert døgnkapasitet. Samtidig understreker dette poenget at det er viktig å etablere en bredere forståelse for kapasitet, som ikke utelukkende måler antall senger eller spesifikke ambulante tilbud – men at det legges til rette for en fleksibel utvikling av behandlingskapasiteten.

8.1.1 Spiseforstyrrelser

Forut for, og særlig under pandemien, var det en økning i behovet for liggedøgn for ungdom med spiseforstyrrelser. Figuren nedenfor viser at det etter 2022 har vært en reduksjon i liggedøgn relatert til spiseforstyrrelser sammenliknet med 2021/2022. Frem mot 2021 brukte pasienter med spiseforstyrrelser nærmere 1/3 av tilgjengelig døgnkapasitet i Norge. Dette medførte at det i forrige framskrivningsmodell ble vurdert som viktig å forvente et økt kapasitetsbehov, men utviklingen i årene etter pandemien understøtter ikke dette. Reduksjonen i liggedøgn for spiseforstyrrelser i årene etter pandemien gjør at antatt behov reduseres sammenliknet med gjeldene modell.

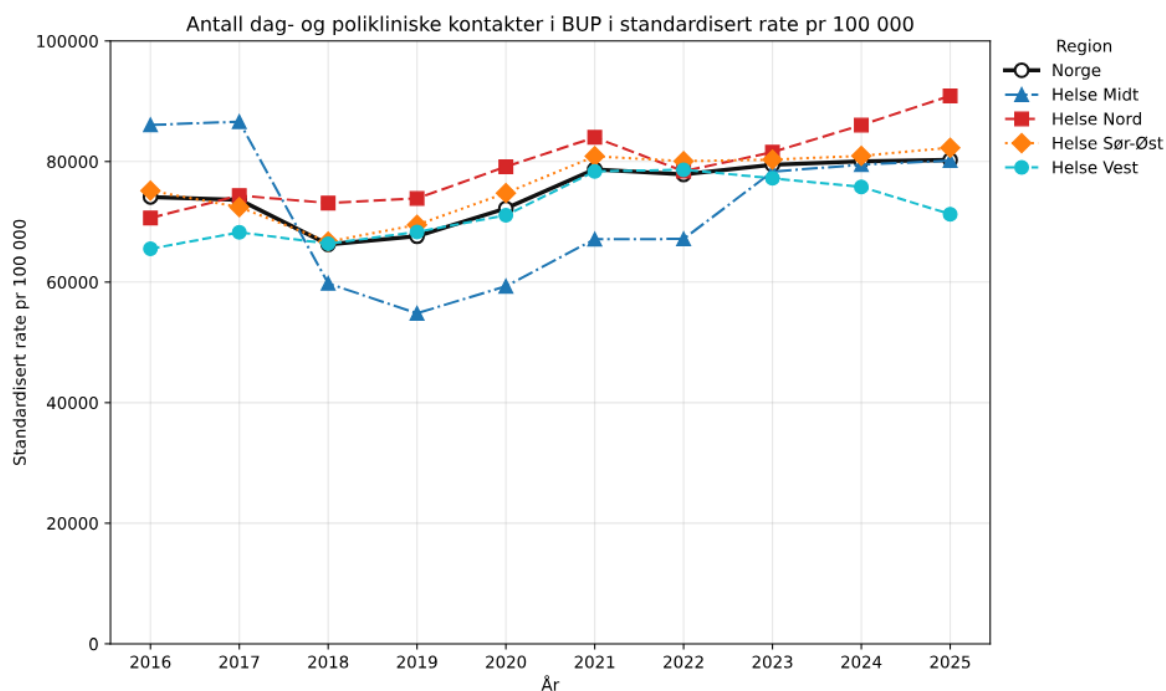


Figur 33. Utvikling i liggedøgn i standardisert rate per 100 000 for barn (0-17 år) med hoveddiagnose spiseforstyrrelse ved helseforetak og sykehus med opptaksområder, samt private.

8.2 Utvikling i poliklinikk og dagbehandling psykisk helsevern barn og unge

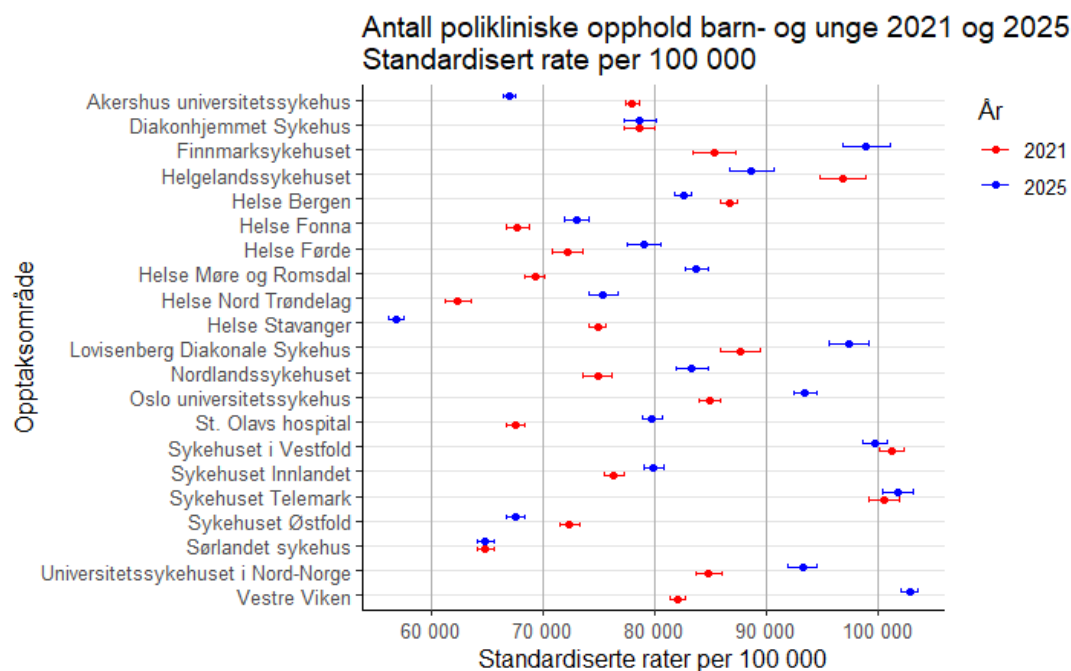
I seksjon om tilgjengelighet (seksjon 6.1) ble det vist en klar økning i antall nyhenviste og antall individer i BUP. Denne veksten påvirker den polikliniske kapasiteten. Fra 2016 til 2025 har andelen av barn og unge i Norge i spesialisthelsetjenesten økt fra 4,5% til 5,8%, og i overkant av 40% av barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse har en oppfølging i BUP.

Veksten i poliklinisk aktivitet har ikke vært like sterk som økningen i antall individer. Fra 2021 til 2025 har det vært en årlig vekst i antall kontakter i standardisert rate på om lag 0,4% - som er litt lavere enn hva som ligger til grunn i nåværende framskrivningsmodell. Figuren nedenfor viser utviklingen i helseregionene. Til forskjell fra antall liggedøgn, er det her liten variasjon mellom regionene.



Figur 34. Utvikling i antall dag- og polikliniske kontakter i standardisert rate per 100 000 for barn (0-17 år) ved helseforetak og sykehus med opptaksområder, samt private.

Fordelingen over opptaksområder vises nedenfor. Selv om enkelte områder viser et høyt-lavt forhold mellom liggedøgn og polikliniske opphold, er det ingen korrelasjon mellom poliklinisk volum og antall liggedøgn på opptaksområdenivå i Norge. Dette innebærer at noen områder har mye døgnbehandling og lite poliklinikk, mens andre har mye døgn og mye poliklinikk – og igjen noen som er lave på både poliklinikk og liggedøgn.



Figur 35. Antall dag- og polikliniske kontakter i 2021 og 2025 i standardisert rate per 100 000 (95% konfidensintervall) for barn (0-17 år) ved helseforetak og sykehus med opptaksområder, samt private, fordelt på opptaksområder.

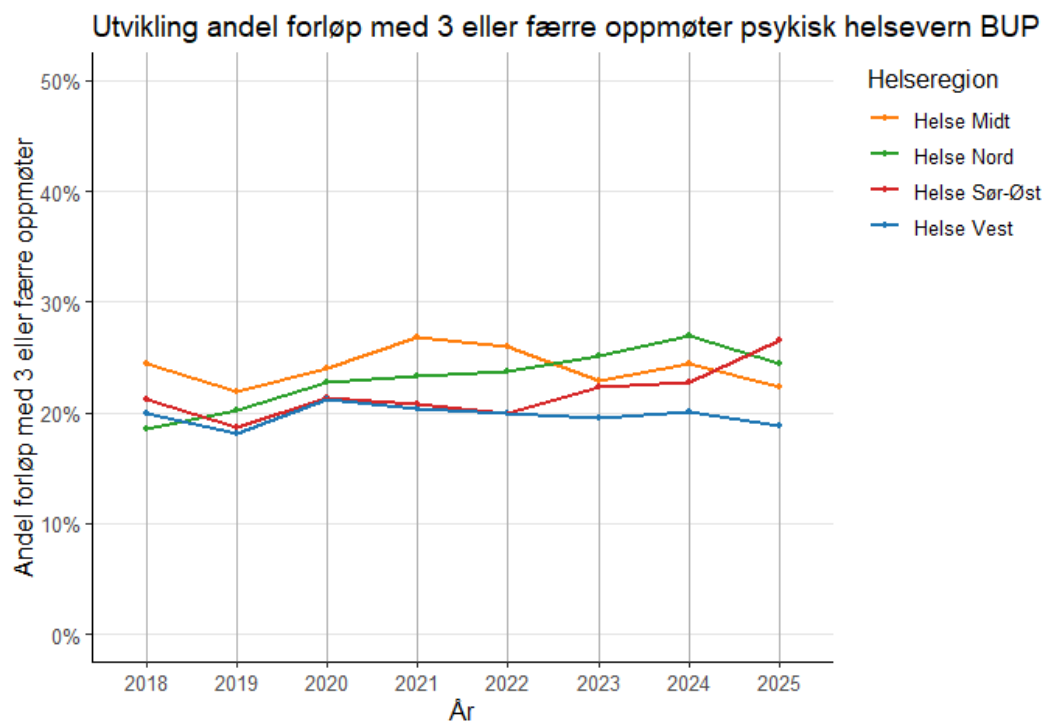
Fordelingen av poliklinisk aktivitet for ulike diagnosegrupper på nasjonalt nivå i 2018 og 2025, vises i tabellen nedenfor. Det er en særlig sterk vekst i ADHD, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og spiseforstyrrelse. I forhold til ADHD, representerer denne tilstanden en særlig høy andel av volumet i 2025 – med nesten 1 av 4 kontakter i BUP. Helsedirektoratet har i 2026 fått i oppdrag å vurdere revidering av nasjonal faglig retningslinje for ADHD - og vurdere behov for andre tiltak knyttet til problemstillinger ved mistanke om ADHD (Tildelingsbrev, 2026).²⁴ Faggruppen har derfor ikke vurdert egne anbefalinger vedrørende ADHD i denne revisjonen.

Andel dag og poliklinikk i BUP fordelt på diagnose i 2018 og 2025. Helseforetak og sykehus med opptaksområde		
	2018	2025
ADHD	14,8 %	22,6 %
Alkoholrelaterte lidelser	0,0 %	0,0 %
Alvorlig depresjon	0,6 %	0,3 %
Andre diagnoser	1,7 %	0,9 %
Andre psykiske lidelser	9,1 %	6,5 %
Angst	7,7 %	7,3 %
Bipolar lidelse	0,5 %	0,4 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	5,4 %	7,4 %
Mangler diagnose	1,2 %	0,7 %
Mild depresjon	0,8 %	0,2 %
Moderat depresjon	3,8 %	2,7 %
Organiske lidelser	0,0 %	0,0 %
Personlighetsforstyrrelser	0,7 %	0,8 %
Psykisk utviklingshemming	0,4 %	0,7 %
Psykose	0,9 %	0,8 %
Rusrelaterte lidelser	0,0 %	0,2 %
Rusutløst psykose	0,0 %	0,0 %
Spiseforstyrrelser	3,5 %	5,3 %
Symptomdiagnose	39,4 %	34,4 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	8,8 %	8,6 %
Øvrig depresjon	0,5 %	0,3 %

Tabell 21. Andel dag- og polikliniske kontakter fordelt på diagnose i 2018 og 2025 for BUP (0-17 år) ved helseforetak og sykehus med opptaksområder.

Utvikling i andel polikliniske forløp som avsluttes med 3 eller færre oppmøter, er økt for Helse Sør-Øst og Helse Nord. Det har vært en utvikling med innføring av vurderingssamtaler. Dette er begrunnet med et ønske om å redusere avslag basert på henvisninger og legge til rette for at barn og unge får tilpasset oppfølging på korrekt behandlingsnivå. Hvor og når disse vurderingssamtalene finner sted varierer. Noen tar pasienten inn som oppstart av forløp, mens andre igjen tar pasienten til vurdering før beslutning om rett helsehjelp vurderes. Dette påvirker sannsynligvis variasjonen over regioner.

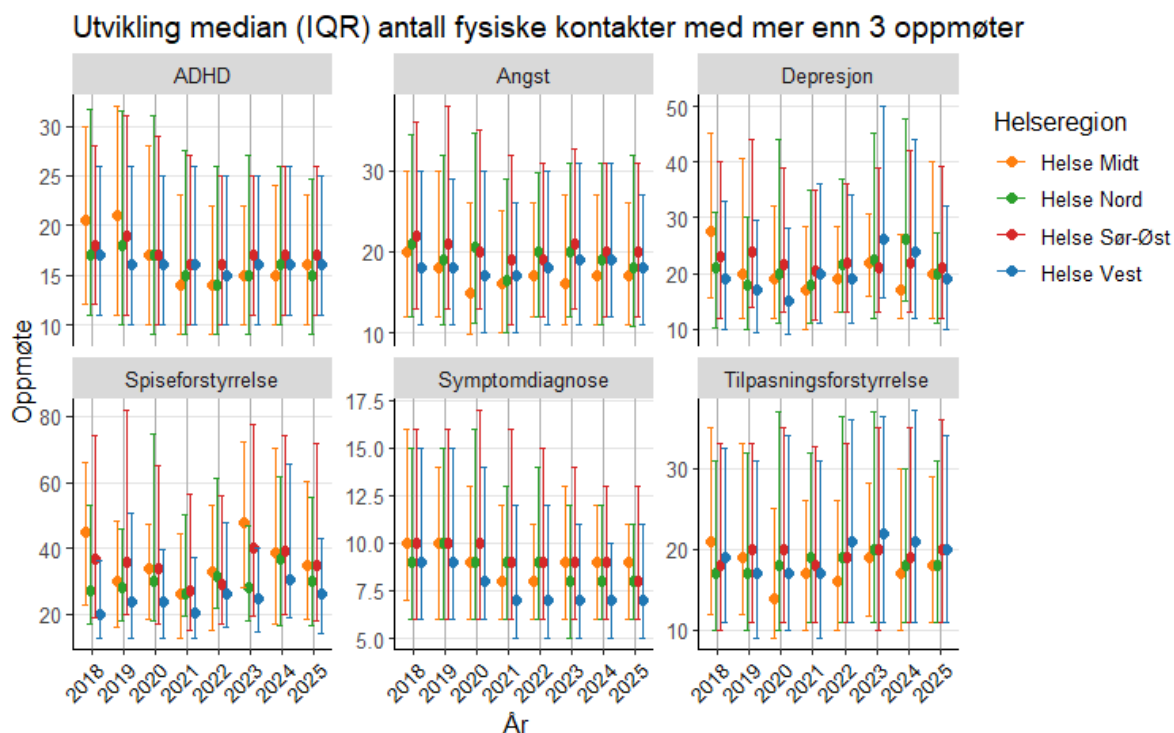
²⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2026-hdir-tildelingsbrev.pdf>



Figur 36. Utvikling i andel forløp med 3 eller færre oppmøter i BUP fordelt på helseregioner.

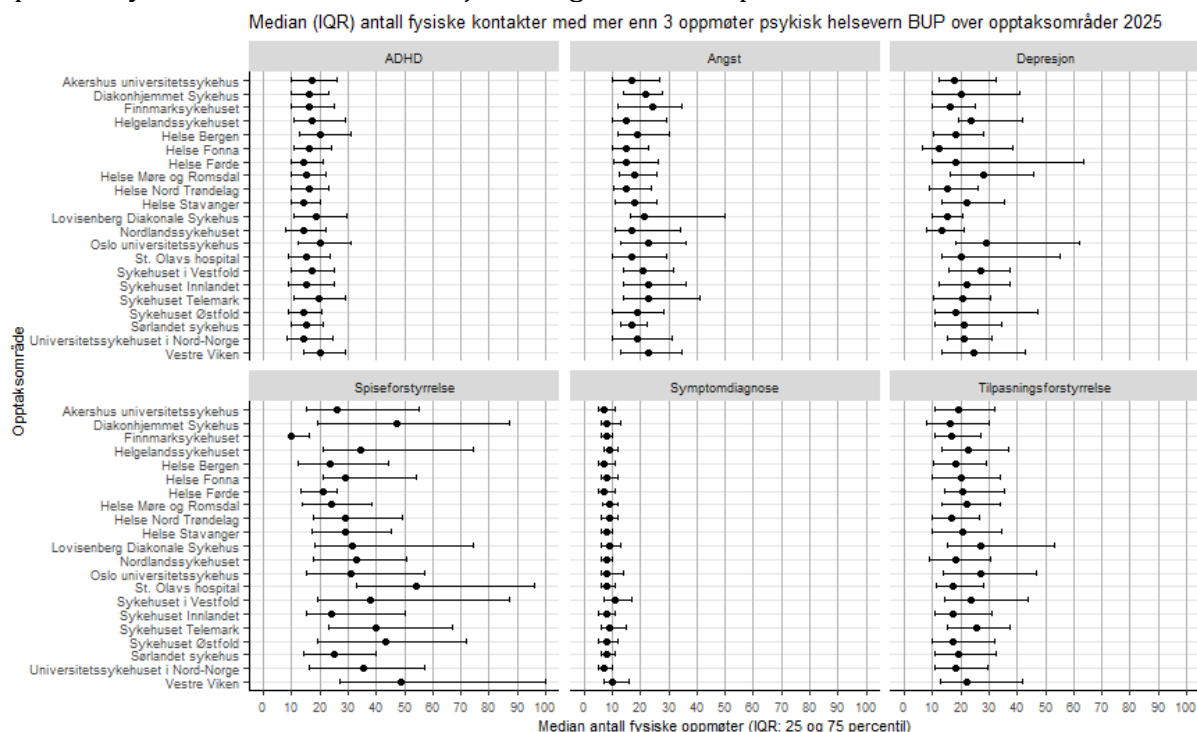
Antall fysiske oppmøter i behandlingsserier med mer enn tre oppmøter vises for selekterte høyfrekvente diagnosegrupper i figuren nedenfor²⁵. Den tydeligste nasjonale utviklingen er en redusert median og 75-percentil. Dette betyr at pasientene med de lengste behandlingsseriene, har fått litt kortere serier. Det er mindre regionale variasjoner i antall fysiske oppmøter, og volumene synes å være av et rimelig omfang. For symptomdiagnoser ligger Helse Vest stabilt lavere. Dette er en særskilt høyfrekvent gruppe i BUP. Justeringer av lengden på forløp vil ha konsekvenser for samlet kapasitet.

²⁵ Det er kun polikliniske kontakter som er registrert som oppmøte som benyttes. Video kunne vært inkludert, men utgjør en mindre andel. Video utgjør i 2025 3,5% av kontaktene i VOP (70 000) og 1,6% (17 000) i BUP.



Figur 37. Utvikling i median antall fysiske kontakter med mer enn 3 oppmøter i BUP fordelt på helseregion. Variasjonen vises som 25- og 75-percentil.

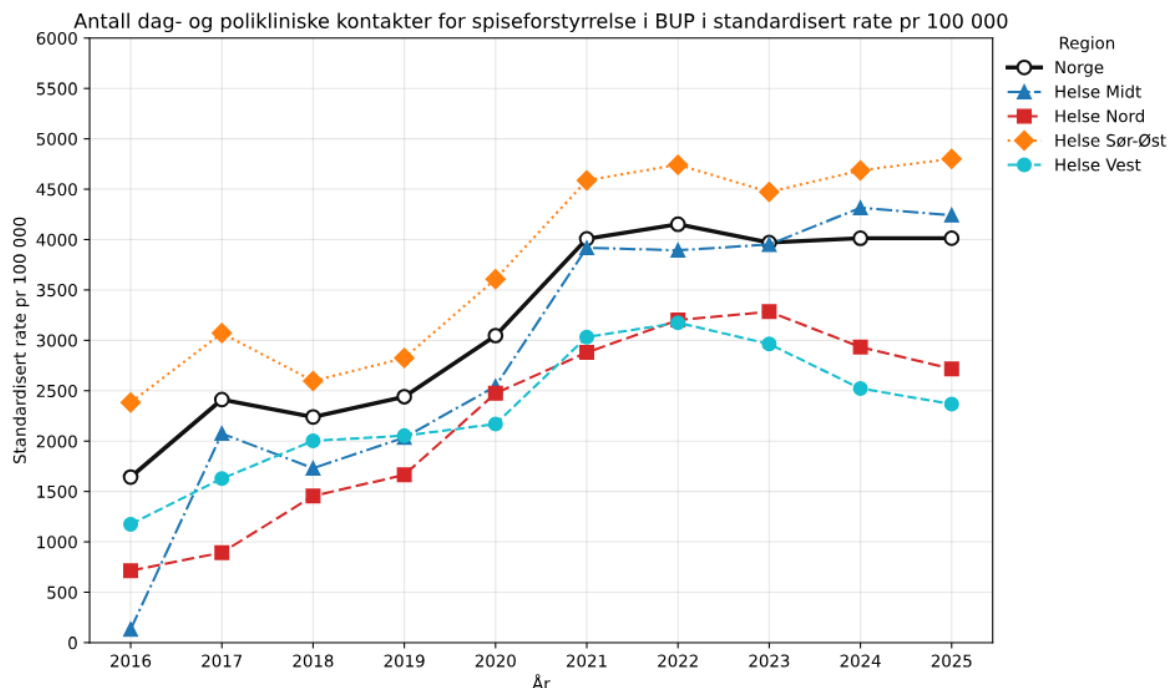
Fordeling over opptaksområder vises i figuren nedenfor. Fordelingen viser enkeltstående uttrykk for relativt lik praksis, så som oppfølging av symptomlidelser. Andre – som spiseforstyrrelse viser større variasjon i lengden av forløp.



Figur 38. Utvikling i median antall fysiske kontakter med mer enn 3 oppmøter i BUP fordelt på utvalgte diagnoser fordelt på opptaksområdene. Variasjonen vises som 25- og 75-percentil.

8.2.1 Spiseforstyrrelse

Behandling av spiseforstyrrelser er et område hvor det ble forventet ytterligere vekst i polikliniske kontakter i forrige framskrivning. Figuren nedenfor viser at det var en betydelig vekst i antall kontakter i standardisert rate fram til 2021, mens det etter 2021 har vært et mer stabilt nasjonalt nivå med noen regionale variasjoner.



Figur 39. Utvikling i antall dag- og polikliniske kontakter i standardisert rate per 100 000 for barn (0-17 år) med hoveddiagnose spiseforstyrrelse ved helseforetak og sykehus med opptaksområder, samt private.

Antall barn og unge med dag- og poliklinisk behandling for spiseforstyrrelse har derimot økt, og er noe høyere i 2025 enn i 2021. Fra 2021 til 2025 har det vært en årlig vekst i antall barn og unge i standardisert rate per 100 000 på 1,3% nasjonalt. Dette understøttes av forløpsanalysene ovenfor, hvor median antall kontakter er gått ned i 2025 sammenlignet med tidligere år. Antall nye barn med spiseforstyrrelse er også økt, slik at det ikke bare er en økende prevalens. Antall nye barn med spiseforstyrrelse har økt fra 737 nye i 2023 til 925 i 2025, som igjen er noe lavere enn i 2021 hvor det var 974 nye barn med spiseforstyrrelse. Dette innebærer at antall nye pasienter foreløpig synes å være etablert på et høyere nivå enn før pandemien. Det understøtter at styrkingen av kapasitet for barn og unge med spiseforstyrrelser i poliklinikk bør videreføres.

8.2.2 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse

Barn med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, særlig autisme, har økt.²⁶ Det er ikke tilstrekkelig kunnskap til å fastslå årsak til utvikling, men bredere diagnostiske kriterier, mer oppmerksomhet og tilgjengelig oppfølgingsprogrammer er sannsynlig deler av årsaken.²⁷

²⁶ Talantseva, O. I. et al. (2023). The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. *Frontiers of psychiatry*.

²⁷ Hughes, M. M. et al. (2023), The Prevalence and Characteristics of Children With Profound Autism, 15 Sites, United States, 2000-2016. *Public Health Report*.

Den organisatoriske strukturen for diagnostisering og behandling er ulik over helseforetak i Norge. Noen steder er tilbudet organisert innen BUP, mens andre har organisert dette under habilitering og somatikk. Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall barn 0-6 år med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse uavhengig av tjenesteområde (somatikk og psykisk helsevern). Raten for barn 0-6 år har økt med 191% i perioden 2016 til 2025. For barn og unge under 17 år har den økt med 123%. Tjenestene som utreder, diagnostiserer og behandler autisme i Norge er relativt små enheter, som beskrives med et betydelig press på kapasitet i regionene. Ettersom organiseringen av tilbudet er fordelt over tjenesteområder ved ulike helseforetak – bør behov for kapasitet sees uavhengig av tjenesteområde.

Utvikling i antall barn (0-6 år) med autisme (F84*) i rate pr 100 000 uavhengig av tjenesteområde					
År	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Norge
2016	222	180	212	218	211
2017	289	199	234	280	248
2018	353	236	275	322	291
2019	357	324	363	394	364
2020	374	360	403	397	392
2021	425	407	495	412	458
2022	397	437	582	444	513
2023	505	446	608	491	555
2024	588	504	638	560	602
2025	552	589	646	587	615
Endring 2016-2025	149,1 %	227,6 %	205,1 %	169,0 %	191,2 %
Endring 2021-2025	29,7 %	44,8 %	30,4 %	42,4 %	34,3 %

Tabell 22. Utvikling i antall barn (0-6 år) med autisme i rårate per 100 000 uavhengig av tjenesteområde, totalt og fordelt på helseregionene..

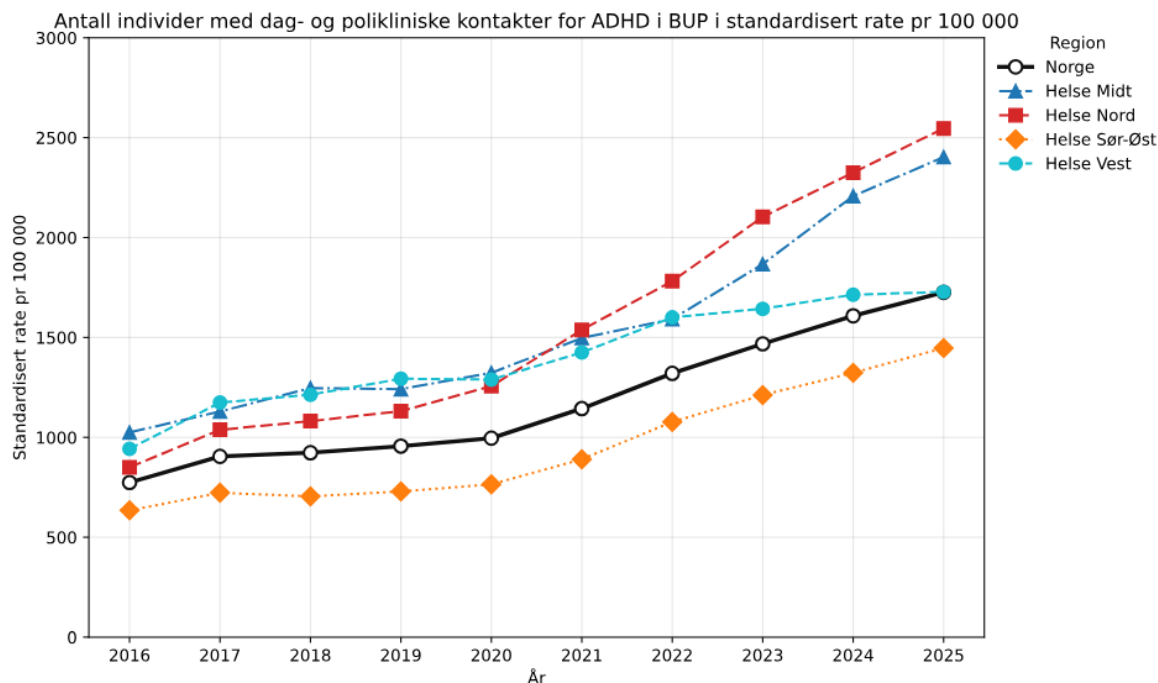
Utviklingen i antall kontakter vises i tabellen nedenfor. Økningen er lavere enn økningen i antall barn. Dette innebærer at hvert barn i gjennomsnitt får færre kontakter. I 2016 var det registrert om lag 10,7 kontakter per barn, mens det i 2025 var 8,2. Med etablering av flere psykoedukative kurs for pasienter og foreldreveiledningskurs, vil en forvente noe økning i antall kontakter per barn i tiden fremover.

Utvikling i antall kontakter hos barn (0-6 år) med autisme (F84*) i rate pr 100 000 uavhengig av tjenesteområde					
År	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Norge
2016	1 164	5 077	2 097	2 242	2 255
2017	2 137	4 713	2 493	4 448	3 076
2018	1 990	2 932	2 432	4 915	2 977
2019	2 058	4 129	2 778	5 645	3 439
2020	2 125	6 346	3 459	6 024	4 093
2021	2 611	6 219	4 669	5 378	4 677
2022	2 069	5 325	5 258	5 165	4 815
2023	2 518	5 950	5 370	5 423	5 045
2024	3 044	7 101	4 990	6 240	5 175
2025	3 129	6 911	5 071	5 584	5 071
Endring 2016-2025	168,9 %	36,1 %	141,8 %	149,0 %	124,8 %
Endring 2021-2025	19,9 %	11,1 %	8,6 %	3,8 %	8,4 %

Tabell 23. Utvikling i antall kontakter for barn (0-6 år) med autisme i rårate per 100 000 uavhengig av tjenesteområde, totalt og fordelt på helseregionene.

8.2.3 ADHD

Utviklingen i antall individer som følges for ADHD-problematikk har økt. I BUP er nær en av fire polikliniske timer for ADHD. Figuren nedenfor viser utviklingen i antall individer i standardiserte rater per 100 000 over helseregioner.



Figur 40. Utvikling i antall individer med dag- og polikliniske kontakter i standardisert rate per 100 000 for barn (0-17 år) med hoveddiagnose ADHD ved helseforetak og sykehus med opptaksområder, samt private.

Helsedirektoratet er i gang med å revidere de nasjonale retningslinjene for ADHD. Da ADHD utgjør en stor del av det samlede volum i tjenesten, og det er stor variasjon mellom helseregionene, er det av stor betydning å få etablert klare kriterier for behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

8.2.4 Ambulant behandling

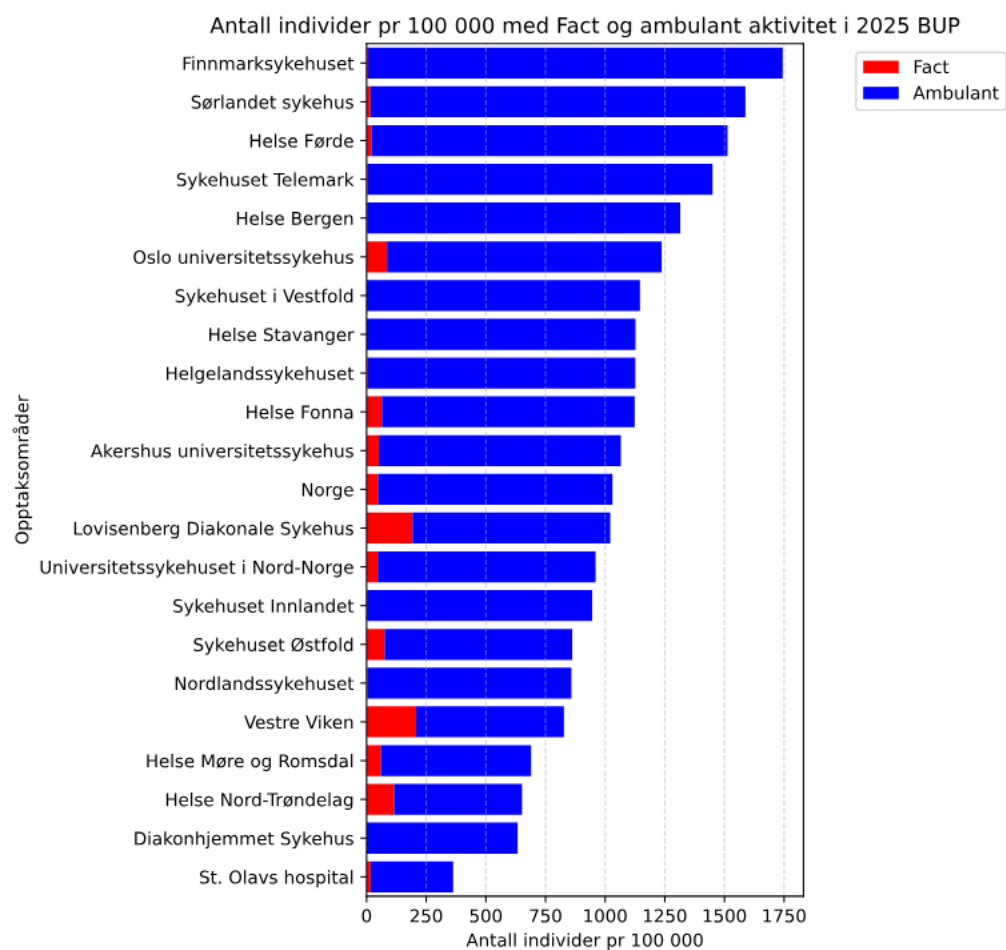
Som beskrevet under seksjon for psykisk helsevern voksne, vil ambulant behandling kunne inkludere en rekke polikliniske tiltak som utføres utenfor egen helseinstitusjon. For barn og unge strekker de ambulante modellene seg fra høyintensiv ambulant behandling som erstatning for døgninnleggelse, til FACT ung og til enkeltstående kontakter utenfor institusjonen.

Tabellen nedenfor viser antall registrerte ambulante kontakter per individ i 2025 over opptaksområder i Norge. Som det fremgår, er det betydelige forskjeller.

Antall individer med ambulant behandling og antall kontakter per individ i 2025			
Opptaksområde	Individer	Kontakter per individ	Avvik til Norge
Akershus universitetssykehus	1497	3,1	-16,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	163	2,9	-21,8 %
Finnmarksykehuset	246	2,2	-39,9 %
Helgelandssykehuset	166	1,6	-56,7 %
Helse Bergen	1266	2,1	-43,8 %
Helse Fonna	461	3,9	6,9 %
Helse Førde	359	2,2	-40,1 %
Helse Møre og Romsdal	393	2,5	-32,0 %
Helse Nord Trøndelag	190	5,1	38,7 %
Helse Stavanger	1004	1,9	-48,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	245	6,8	86,4 %
Nordlandssykehuset	231	2,2	-41,1 %
Oslo universitetssykehus	721	3,3	-11,2 %
St. Olavs hospital	262	4,1	12,3 %
Sykehuset i Vestfold	598	3,7	0,6 %
Sykehuset Innlandet	639	2,6	-29,0 %
Sykehuset Telemark	502	2,7	-25,3 %
Sykehuset Østfold	594	4,6	25,9 %
Sørlandet Sykehus	1127	3,1	-15,3 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	357	4,7	27,8 %
Vestre Viken	1024	10,3	179,6 %
Norge	12045	3,7	0,0 %

Tabell 24. Antall individer og kontakter per individ for barn (0-17 år) med ambulant behandling i 2025. Siste kolonner viser avvik fra gjennomsnitt i antall kontakter per individ.

FACT ung er og har vært, et satsningsområde fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er noen opptaksområder som begynner å få et høyere volum av pasienter. Vi forventer til dels samme effekter som hos voksne, men pasientpopulasjonen er en annen, og det beregnes ingen reduksjon i liggedøgn som følge av ambulant behandling i BUP i denne revisjonen. Figuren nedenfor viser antall individer med FACT og med ambulant behandling (gjensidig ekskluderende) over opptaksområder i Norge i standardisert rate per 100 000.



Figur 41. Antall individer (0-17 år) med henholdsvis FACT og ambulant behandling i standardisert rate per 100 000 i 2025 fordelt på opptaksområder.

Den gjeldende framskrivningsmodellen beskrev behov for en klar styrking av tilbudet til barn og unge. Siden 2021 har behandlingsskapasiteten for barn og unge økt betydelig, særlig har antall individer i behandling vokst mye. Antall individer relativt til befolkning som mottar behandling og oppfølging, forventes ikke å fortsette å vokse i samme tempo fram mot 2045. Dette er særlig begrunnet i en tydeliggjøring av ansvarsdeling over forvaltningsnivå, og at det forventes effekter av mer forebyggende arbeid i skole og liknende. Veksten i polikliniske kontakter har vært lavere enn veksten i antall individer, og det legges inn en forventet vekst i aktivitet på samme nivå som den har vært siden 2021.

Det er variasjon mellom helseforetak i forhold til kapasitet. Der hvor det er betydelig merkapasitet, bør det gis anledning til å vurdere tilpasninger for sikre god ressursutnyttelse. Flere helseforetak har etablert tilbud hvor personell tilknyttet døgnenheter arbeider ambulant med pasienter med lavere funksjonsnivå, en modell som vil kunne være hensiktsmessig for flere helseforetak.

8.2.5 Faktorer i framskrivning av aktivitet for psykisk helsevern barn og unge

- Demografisk framskrivning av aktivitet i 5-årige aldersgrupper, kjønn og kommune
- For liggedøgn inntas et volum på 8 000 liggedøgn for barn og unge med rusbrukslidelse nasjonalt som fordeles per kommune utfra andel 15-17 åringer i 2025. Det legges ikke inn øvrige modifierende faktorer.
- Generell vekst i poliklinikk på 0,4% årlig effekt – akkumulert til 8% over 20 år. Det er samme vekst som observert i poliklinikk siden 2021.
- Økt behov for behandling av spiseforstyrrelse i poliklinikk, 10% over 20 år
- Endring i «sørge-for-ansvar»:
 - Barn og unge med rusbrukslidelse: 45 000 polikliniske kontakter fordelt over andel 15-17 åringer per kommune i Norge
 - Tverrfaglig helsekartlegging: 6 000 polikliniske kontakter fordelt over andel 0-17 åringer per kommune i Norge.
- Effekt av digitalisering på polikliniske forløp for ADHD og R-diagnose. Samlet effekt på 1,8% av totalt poliklinisk volum.
- Det legges ikke inn modifierende faktorer som følge av FACT ung og andre ambulante tjenester.

8.2.6 Resultater for psykisk helsevern barn og unge

Tabellene nedenfor viser resultatene med de beskrevne forutsetninger for liggedøgn og poliklinikk. For sammenlikning angis framskrivning i nåværende modell for 2021-2040 og oppdatering av denne modellen med 2024 som aktivitetsgrunnlag. Framskrivning med revidert modell er gjort for 2025-2040 for sammenlikning med nåværende modell og for 2025-2045. Nye oppgaver med døgnbehandling av barn og unge med rusbrukslidelser og poliklinisk aktivitet for tverrfaglig helsekartlegging og behandling for rusbrukslidelser er innarbeidet i den reviderte modellen med en økning i utgangsåret og deretter framskrivning.

Framskrivning liggedøgn PHV BUP				
Periode	Utgangstår	Korrigert utgangstår*	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
2021-2040	74 229	74 229	69 711	74 832
2024-2040	63 583	63 583	56 744	60 046
2025-2040	62 435	69 786	63 028	63 028
2025-2045	62 435	69 786	65 003	65 003

*Liggedøgn for barn- og unge med rusbrukslidelser

Tabell 25. Framskrivning av liggedøgn psykisk helsevern barn og unge. De to øverste linjene viser framskrivning 2021-2040 og 2024-2040 med gjeldende modell, de to nederste framskrivning 2025-2040 og 2025-2045 med revidert modell.

Framskrivning poliklinikk PHV BUP				
Periode	Utgangstår	Korrigert utgangstår*	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
2021-2040	973 561	973 561	927 576	1 015 696
2024-2040	1 001 367	1 001 367	929 968	1 004 366
2025-2040	1 018 761	1 069 527	983 886	1 030 621
2025-2045	1 018 761	1 069 527	1 008 519	1 070 833

*Poliklinisk aktivitet for barn- og unge med rusbrukslidelse og tverrfaglig helsekartlegging

Tabell 26. Framskrivning av poliklinikk psykisk helsevern barn og unge. De to øverste linjene viser framskrivning 2021-2040 og 2024-2040 med gjeldende modell, de to nederste framskrivning 2025-2040 og 2025-2045 med revidert modell.

9. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Rusbehandlingsutvalget ble oppnevnt 2025 med forventet ferdigstilling av arbeidet ved utgangen av 2026.²⁸ Utvalget skal belyse kunnskap og kvalitet i behandling av rusrelaterte lidelser, ansvar- og oppgavefordeling og bruk av private aktører. Det skal tydeliggjøre det faglige grunnlaget for langtidsbehandling, hvilke tjenester som skal prioriteres for videreutvikling, og utrede hvordan anskaffelser kan samordnes på tvers av helseregioner. Det forventes således at det vil komme tydelige anbefalinger for videreutvikling av TSB i innværende år. Det er ikke innarbeidet forventede resultater fra Rusbehandlingsutvalget i dette arbeidet.

9.1 Døgnbehandling TSB

TSB har tradisjonelt benyttet døgnbehandling i større grad enn psykisk helsevern for både voksne og barn og unge. Tidligere var behandlingstilbudet basert på lange opphold i døgninstitusjon.²⁹ Forrige framskrivningsarbeid vektla viktigheten av å videreutvikle alle basistjenestene (i.e. poliklinikk, ambulant, akutt- og korttidsbehandling og langtids døgnbehandling) i helseforetakene med særlig oppmerksomhet rettet mot akuttkjeden. Tabellen nedenfor viser utvikling i antall individer i behandling i TSB, andel med innleggelse og andel med akuttinnleggelse. Oversikten inkluderer aktivitet hos private leverandører. Det er en høyere andel av pasientene som mottar akuttbehandling i TSB, noe som sannsynligvis har sammenheng med at flere helseforetak har etablert avrusningsenheter og rusakuttmottak siden 2021.

Antall individer i TSB, andel med innleggelse og andel akuttinnleggelser			
År	Individer	Andel innlagt	Andel med akutt
2016	32 077	27,5 %	5,4 %
2017	33 147	27,3 %	5,8 %
2018	32 965	27,4 %	7,0 %
2019	33 413	27,3 %	5,7 %
2020	32 757	27,1 %	6,0 %
2021	32 926	27,9 %	5,9 %
2022	33 782	29,1 %	6,9 %
2023	34 915	28,1 %	7,4 %
2024	33 923	27,5 %	8,1 %
2025	33 287	27,7 %	9,1 %

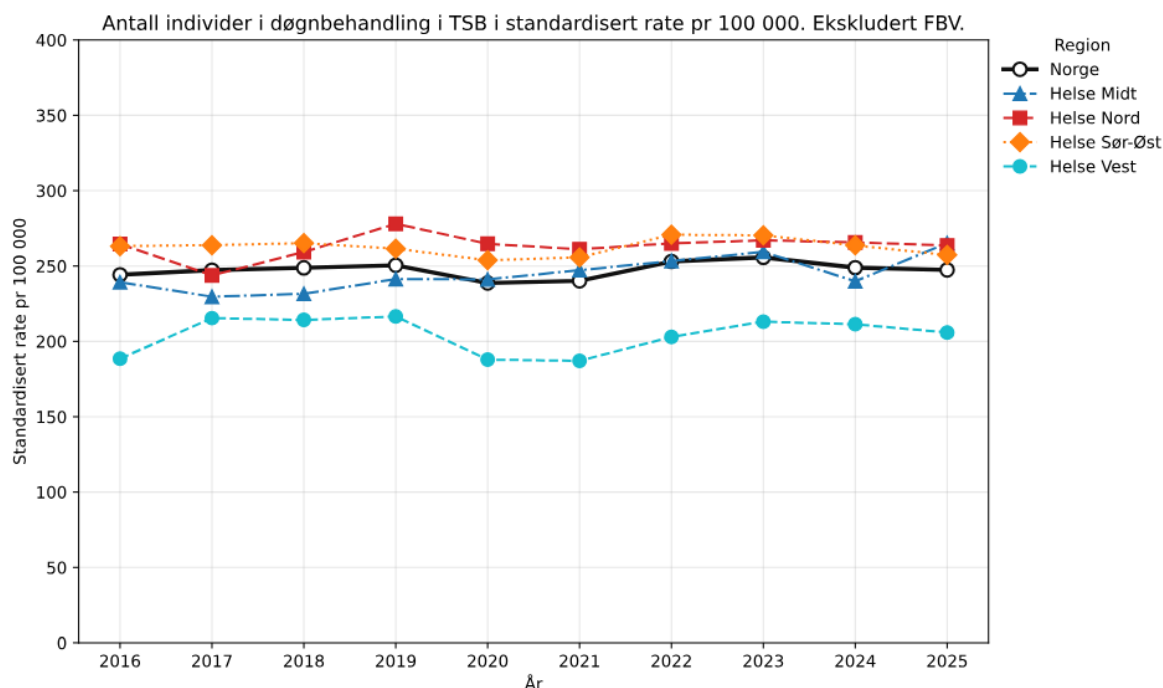
Tabell 27. Utvikling i antall individer totalt, andel individer med døgninnleggelse, samt andel individer med akuttinnleggelse i TSB i perioden 2016-2025.

Antall individer i døgnbehandling har vært stabilt i perioden 2016-2025. I hvilken grad individer blir innlagt i TSB målt i standardiserte rater per 100 000 vises i figuren nedenfor. På nasjonalt nivå er standardisert rate også stabil i perioden. Helse Nord, Helse Midt og

²⁸ [Rusbehandlingsutvalget - regjeringen.no](https://rusbehandlingsutvalget-regjeringen.no)

²⁹ I gjennomgangen av TSB er fritt behandlingsvalg (FBV) holdt utenfor. Dette var en behandlingstjeneste som ble innført i 2015 og avviklet i 2022. Antall liggedøgn var på sitt høyeste i 2021 og 2022, med opptil 81 000 i 2022. Tjenesten ble etablert i nye og eksisterende virksomheter. Tilbudet var skjevfordelt over helseregioner, hvor særlig Helse Sør-Øst hadde et høyt forbruk sammen med Helse Vest. Opprinnelig framskrivningsmodell la til grunn en vekst i liggedøgn i helseforetak som følge av nedtrapping og overgang fra private leverandører. Utviklingen etter 2021 understøtter ikke dette.

Helse Sør-Øst legger inn om lag like mange individer, mens Helse Vest har en noe lavere innleggsrate.



Figur 42. Utvikling i antall individer med døgninnleggelse i TSB (18 år og eldre) ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private. Fritt behandlingsvalg (FBV) er ekskludert.

Utvikling i antall liggedøgn vises i tabellen nedenfor for helseforetak/sykehus med opptaksområder og private leverandører. Tabellen viser en samlet nedgang i liggedøgn på 4,5 % fra 2021.

Utvikling i antall liggedøgn i TSB fordelt på aktør samlet for Norge. Ekskludert fritt behandlingsvalg.			
År	Helseforetak og sykehus med opptaksområde		Totalt
	Opptaksområde	Privat	
2016	203 548	419 568	623 116
2017	217 378	402 725	620 103
2018	218 829	376 608	595 437
2019	218 022	372 179	590 201
2020	208 823	350 019	558 842
2021	219 989	343 752	563 741
2022	221 698	347 083	568 781
2023	225 939	353 343	579 282
2024	218 535	346 893	565 428
2025	205 723	332 573	538 296
Endring 2016-2025	1,1 %	-20,7 %	-13,6 %
Endring 2021-2025	-6,5 %	-3,3 %	-4,5 %

Tabell 28. Utvikling i antall liggedøgn i Norge fordelt på helseforetak/sykehus med opptaksområde, samt private. FBV er ekskludert.

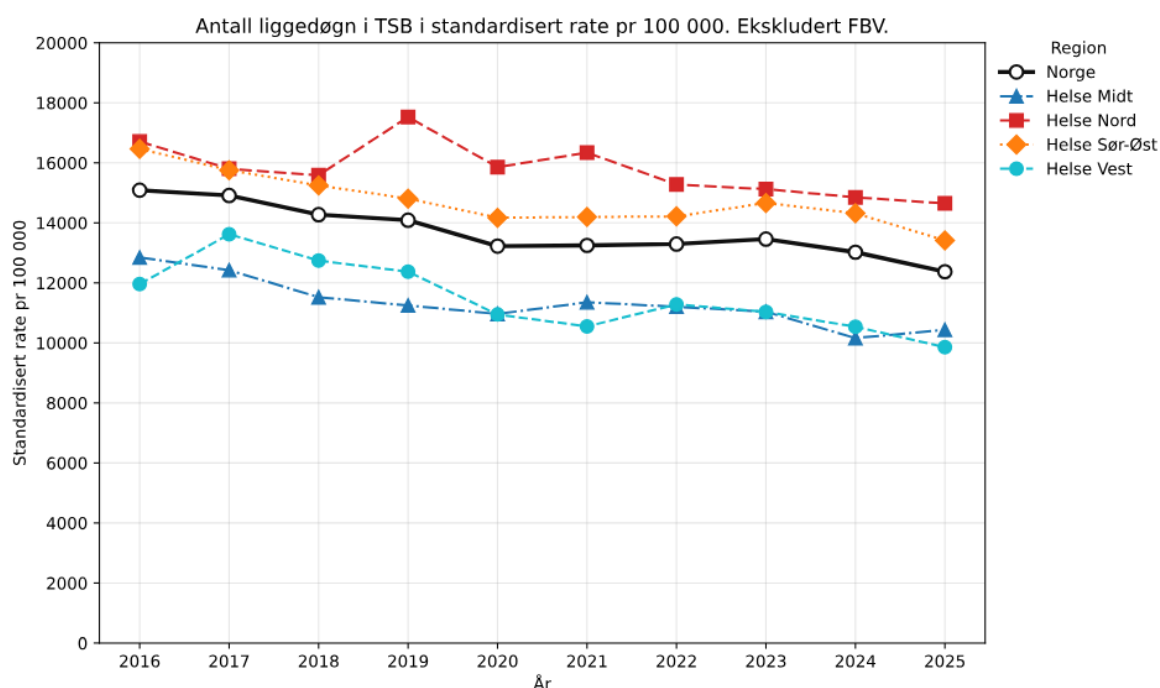
Fordeling av liggedøgn over diagnosegrupper i helseforetak vises i tabellen nedenfor. Behandling for alkoholrelaterte lidelser utgjør den største enkeltdiagnosegruppen. Behandling av opiat er redusert fra 2021 til 2025, og forklarer i sin helhet den samlede

nedgangen i liggedøgn i helseforetakene. Den samme utviklingen i behandling av opiatater som hoveddiagnose observeres hos private leverandører. Hva som er årsaken til endringene er ikke klart, men det observeres en stabilisering av antall pasienter i LAR og gjennomsnittsalderen i denne pasientgruppen har økt, jfr. nedenfor. Dette betyr at det er få nye pasienter som kommer inn i denne behandlingen.

Utvikling av liggedøgn innen TSB fordelt på utvalgte diagnoser																		
Region	Alkohol			Opiater			Annen rus			Annet			Totalt					
	2021	2025	Endring	2021	2025	Endring	2021	2025	Endring	2021	2025	Endring	2021	2025	Endring	2021	2025	Endring
Helse Midt	14 088	12 716	-9,7 %	3 972	3 558	-10,4 %	10 360	11 173	7,8 %	2 570	2 258	-12,1 %	30 990	29 705	-4,1 %			
Helse Nord	11 366	10 863	-4,4 %	5 415	3 408	-37,1 %	8 255	5 536	-32,9 %	3 816	6 361	66,7 %	28 852	26 168	-9,3 %			
Helse Sør-Øst	39 457	37 831	-4,1 %	29 532	22 399	-24,2 %	23 936	26 426	10,4 %	15 477	15 437	-0,3 %	108 402	102 093	-5,8 %			
Helse Vest	14 433	16 454	14,0 %	12 031	8 372	-30,4 %	17 626	16 693	-5,3 %	5 127	4 851	-5,4 %	49 217	46 370	-5,8 %			
Totalsum	79 344	77 864	-1,9 %	50 950	37 737	-25,9 %	60 177	59 828	-0,6 %	26 990	28 907	7,1 %	217 461	204 336	-6,0 %			

Tabell 29. Antall liggedøgn i 2021 og 2025 fordelt på utvalgte diagnoser ved helseforetak og sykehus med opptaksområder. FBV ekskludert.

Antall liggedøgn i standardiserte rater per 100 000 er redusert i samme periode, særlig etter 2022. Figuren nedenfor viser utvikling i liggedøgn i standardiserte rater. Det er store regionale forskjeller i bruk av liggedøgn, hvor særlig Helse Sør-Øst og Helse Nord har et høyere døgnforbruk. Helse Sør-Øst ligger om lag 40% over Helse Midt og Helse Vest.



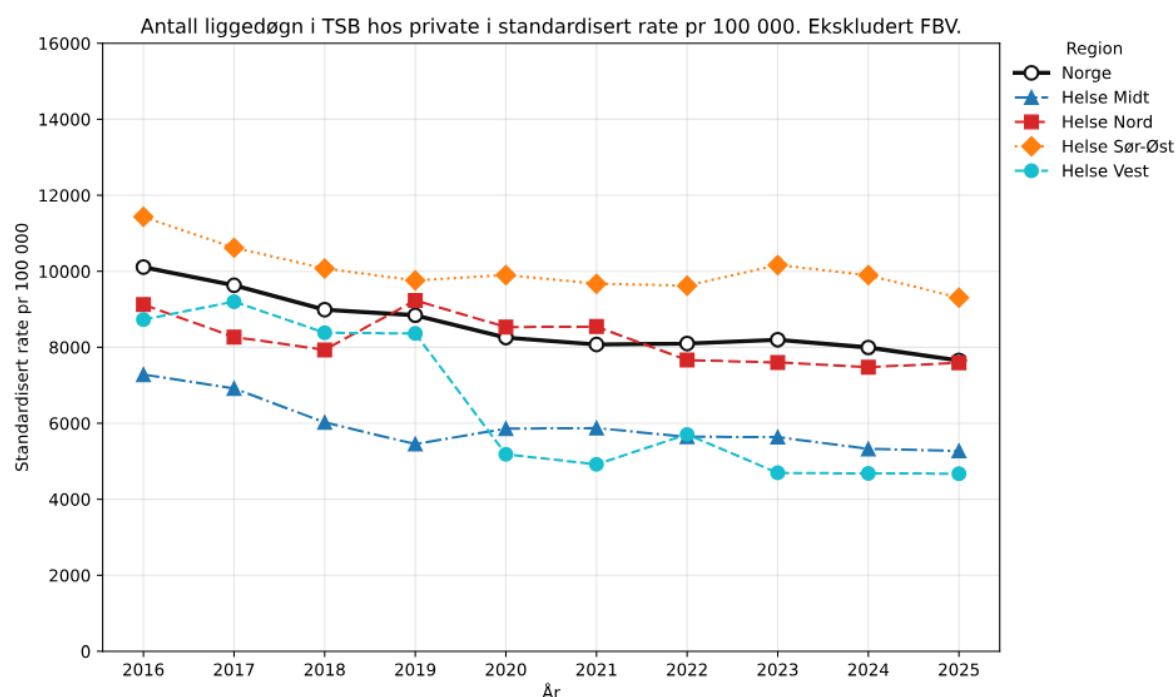
Figur 43. Antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 18 år og eldre innen TSB ved helseforetak og sykehus med opptaksområder, samt private. FBV er ekskludert.

Private leverandører har en mer sentral plass i TSB enn i andre tjenesteområder. På nasjonalt nivå er 61% av liggedøgnene avviklet hos privat leverandør. Tabell nedenfor viser utviklingen andel liggedøgn hos private (fritt behandlingsvalg (FBV) er ekskludert for å gi likere sammenligningsgrunnlag). Helse Vest og Helse Midt har i perioden 2016 til 2025 i større grad hatt en dreining mot både færre liggedøgn og en relativt større andel hos helseforetakene mens Helse Sør-Øst har en stabil andel rundt 69% gjennom hele perioden.

Andel liggedøgn i TSB hos private leverandører					
År	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Norge
2016	57,2 %	54,7 %	69,8 %	72,7 %	67,3 %
2017	56,5 %	52,0 %	67,8 %	67,5 %	64,9 %
2018	53,6 %	50,9 %	66,3 %	65,8 %	63,2 %
2019	48,7 %	52,6 %	66,2 %	67,9 %	63,1 %
2020	53,6 %	53,4 %	70,0 %	48,1 %	62,6 %
2021	51,8 %	51,9 %	67,9 %	47,2 %	61,0 %
2022	50,1 %	50,0 %	67,7 %	51,4 %	61,0 %
2023	51,1 %	50,2 %	69,4 %	42,9 %	61,0 %
2024	52,2 %	50,4 %	69,0 %	44,8 %	61,4 %
2025	50,5 %	51,2 %	69,4 %	47,8 %	61,8 %

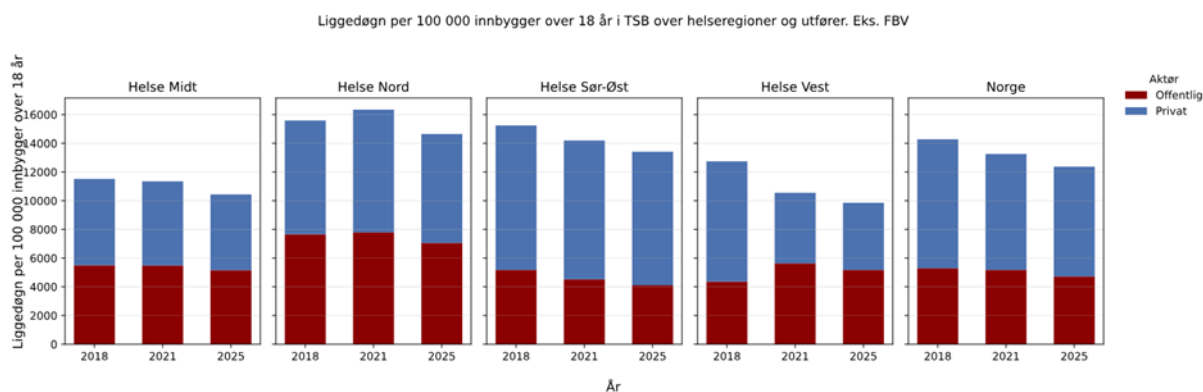
Tabell 30. Andel liggedøgn hos private leverandører fordelt på region.

Volumet av liggedøgn hos private leverandører varierer over helseregioner, hvor Helse Sør-Øst har det høyeste forbruket per innbygger.



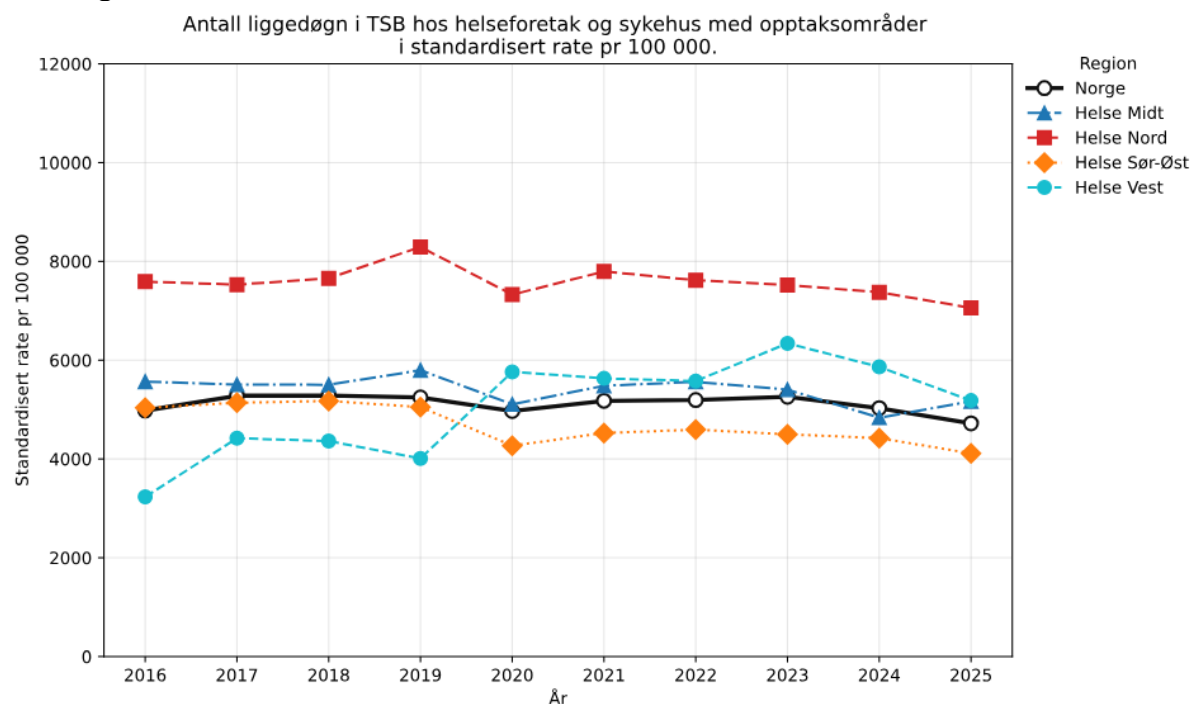
Figur 44. Antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 18 år og eldre innen TSB private. FBV er ekskludert.

Fordelingen av liggedøgn mellom helseforetak og private leverandører er til dels avhengig av historikk, og av hvordan behandlingsoppgaver løses i de ulike regionene. Helse Sør-Øst som har et høyere forbruksmønster enn både Helse Midt og Helse Vest, har et lavere forbruk i egne helseforetak. Fordelingen av liggedøgnsvolum i helseforetak og private leverandører vises i tabell nedenfor for årene 2018, 2021 og 2025 som standardiserte rater per 100 000.



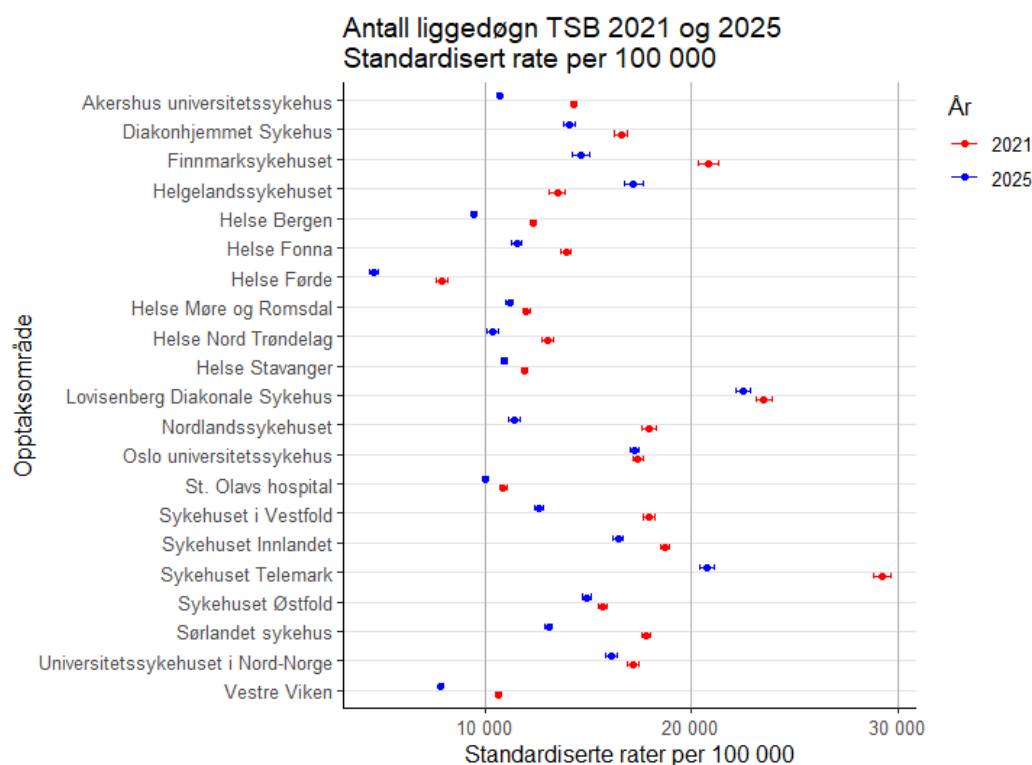
Figur 45. Antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 per helseregion, 18 år og eldre, innen TSB i 2018, 2021 og 2025 ved helseforetak og sykehus med opptaksområde og private. FBV er ekskludert.

Utviklingen i liggedøgn i standardiserte rater i helseforetakene vises i figuren nedenfor. Det er en større grad av stabilitet, men med noe reduksjon de siste årene. Helse Vest er karakterisert av en brå økning i 2020, som skyldes at en privat leverandør ble overtatt av det offentlige.



Figur 46. Antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 18 år og eldre innen TSB ved helseforetak og sykehus med opptaksområde.

Variasjonen som observeres på regionalt nivå, forsterkes når vi ser på opptaksområder. Figuren nedenfor viser antall liggedøgn i standardiserte rater per 100 000 over opptaksområder. Oversikten inkluderer aktivitet hos private leverandører.



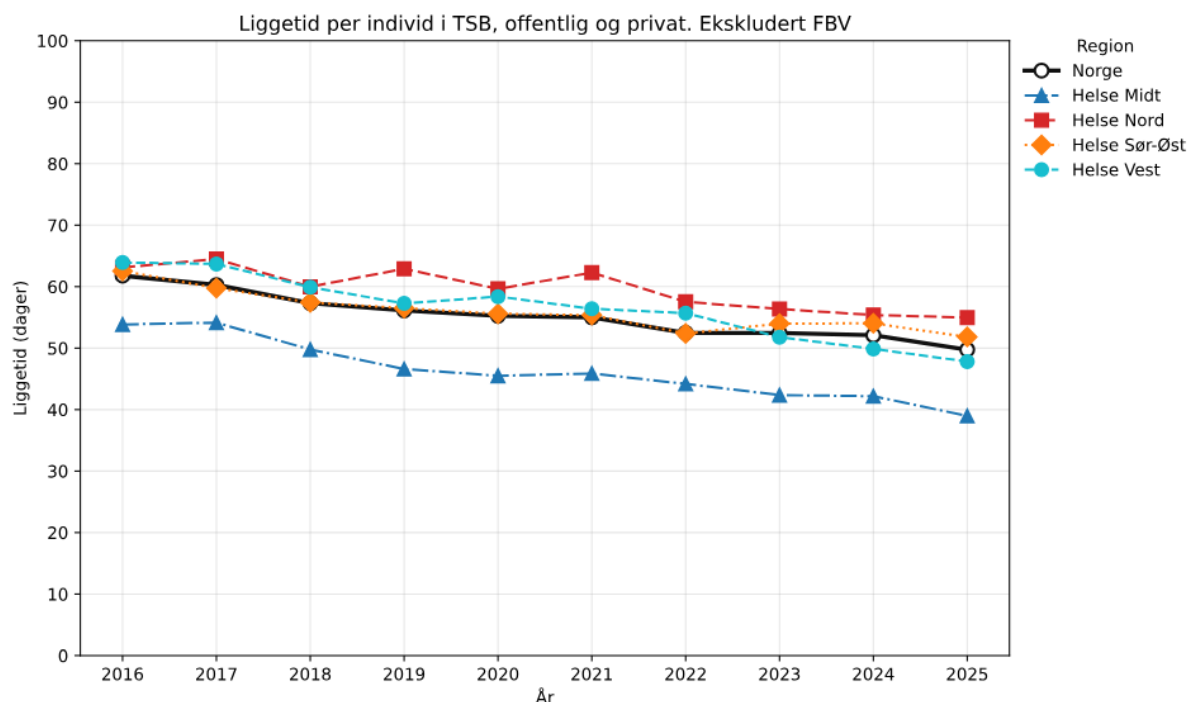
Figur 47. Antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 18 år og eldre innen TSB ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private, i 2021 og 2025 over opptaksområde.

Variasjonen over opptaksområder er karakterisert av svært stor variasjon i 2016, så en sterk reduksjon i variasjon de neste to år, og deretter en økning igjen fra 2018 til 2025. Variasjonen mellom opptaksområder med høyest og lavest forbruksrate i Norge er på fem-gangeren i 2025. Dette er en omfattende variasjon. Det forventes at rusbehandlingsutvalget vil gi innspill på forståelsen og videreutviklingen av disse grunnleggende forskjellene.



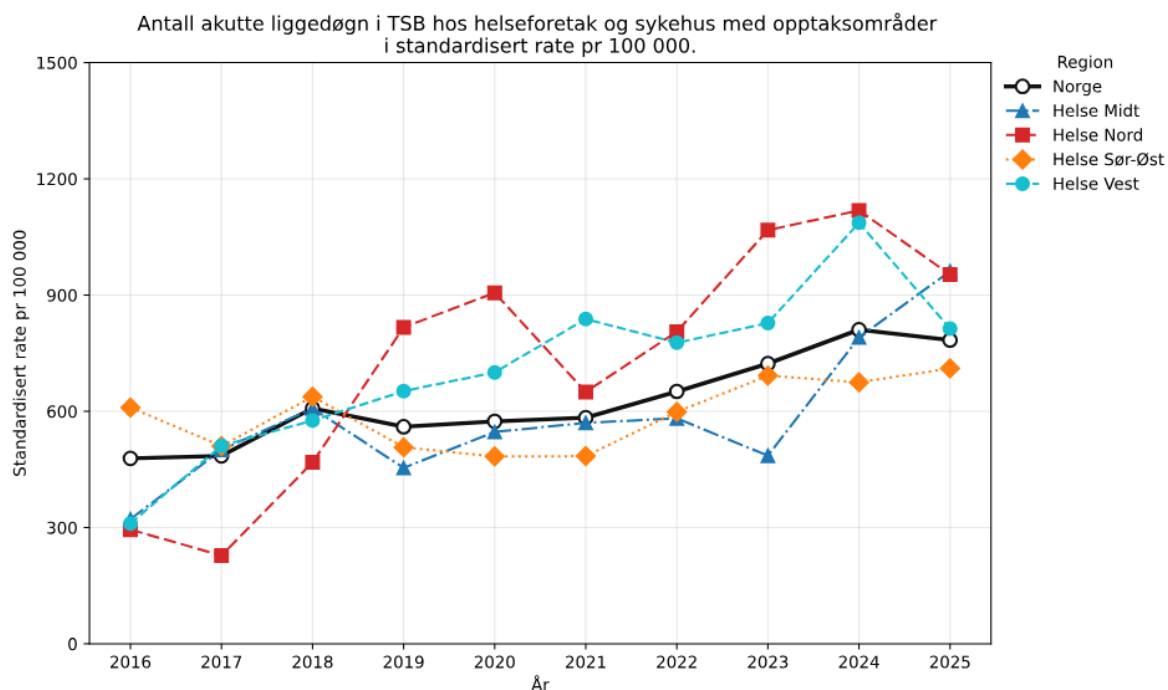
Figur 48. Utvikling i ekstremkvotient for liggedøgn over opptaksområder innen TSB ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private, i 2021 og 2025.

Den viktigste årsaken til ulik bruk av liggedøgn, er antall individer som blir innlagt. Figuren nedenfor viser utviklingen i antall liggedøgn per individ (offentlig og privat leverandør). Foruten Helse Midt, er det noe mindre forskjell mellom de øvrige regionene. Dette betyr at når et individ først blir innlagt, så er den enkelte innlagt omtrent like lenge. Figuren illustrerer samtidig en klar nedgang i liggedøgn per individ i perioden fra 2016. Dette er dels forklart av utvikling i økt aktivitet i akutte tilbud, men også på grunn av en ønsket utvikling med vektlegging av kortere behandlingsforløp ved anskaffelser hos private leverandører.



Figur 49. Liggetid per individ per år innen TSB ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private, fordelt på helseregion.

Utviklingen i bruk av døgnbehandling i helseforetakene er særlig preget av en økning i akutttopphold. Flere av helseforetakene har de siste årene etablert avrusningsenheter og rusakuttmottak. Figuren nedenfor viser utvikling i antall liggedøgn som er registrert som akutt.



Figur 50. Antall akutte liggedøgn i standardisert rate per 100 000 18 år og eldre innen TSB ved helseforetak og sykehus med opptaksområde.

9.1.1 Pasienter med komorbid psykisk lidelse

Behandling av psykiske lidelser som del av rusbehandlingen, er sentralt for å øke effekten av rusbehandling.³⁰ Illustrert i seksjonen om poliklinikk, øker antall kontakter for spesifiserte psykiske lidelser i TSB. Her er det sett på utviklingen i antall pasienter med rus og komorbid psykisk lidelse i døgntbehandling.

Tabellen nedenfor viser utviklingen i totalt antall individer med registrert rusdiagnose i løpet av et kalenderår og en spesifisert psykiatrisk diagnose i samme år. Både i 2016 og 2025 var det i alt om lag 9 000 individer med innleggelse i TSB. Tabellen nedenfor viser at andelen med komorbid rus og spesifisert psykisk lidelse har økt fra om lag 44% i 2016 til 52% i 2025 for TSB. Den viser videre at pasienter med komorbid rus og psykiatri har flere døgnopphold og liggedøgn per individ enn de som ikke har både rusdiagnose og psykiatrisk diagnose i løpet av samme år.

³⁰ Simpson, E. L. et al. (2026). Effectiveness of Psychosocial Interventions for Adults with Substance Use Disorder That Have a Co-Occurring Common Mental Health Disorder: An Umbrella Review. Drug Alcohol Rev.

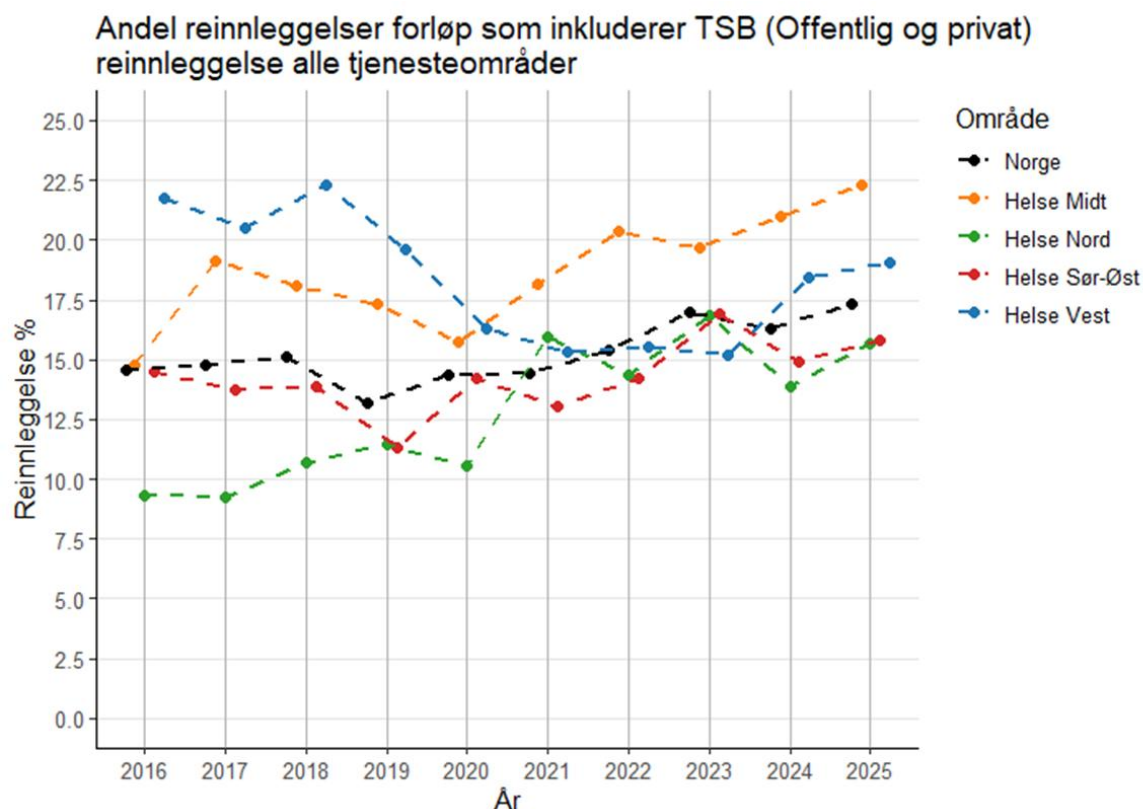
Utvikling i aktivitet for individer med og uten komorbid rus i TSB						
År	Antall individer med komorbid lidelse	Antall med komorbid lidelse innlagt i TSB	Antall døgnoophold pr individ TSB for de med komorbid lidelse	Antall døgnoophold pr individ TSB for de uten komorbid lidelse	Liggdøgn pr individ komorbide TSB	Liggdøgn pr individ ikke komorbide TSB
	lidelse	innlagt i TSB	lidelse	lidelse	TSB	komorbide TSB
2016	16 271	3 976	2,13	1,84	81,24	63,90
2017	16 763	4 228	2,21	1,88	82,44	60,55
2018	16 814	4 303	2,22	1,89	80,09	59,08
2019	17 020	4 399	2,19	1,84	78,49	55,34
2020	16 752	4 347	2,09	1,76	79,66	54,09
2021	16 915	4 658	2,13	1,82	81,96	55,64
2022	17 301	4 880	2,16	1,78	77,74	54,20
2023	18 125	4 917	2,09	1,73	74,83	48,73
2024	18 191	4 834	2,07	1,73	73,67	46,41
2025	18 569	4 853	2,12	1,72	72,47	42,47
Endring 2016-2025	14,1 %	22,1 %	-0,5 %	-6,6 %	-10,8 %	-33,5 %
Endring 2021-2025	9,8 %	4,2 %	-0,2 %	-5,6 %	-11,6 %	-23,7 %

Tabell 31. Utvikling i aktivitet for individer med og uten komorbid ruslidelse i TSB.

Utviklingen i antall pasienter med komorbiditet er sannsynligvis en konsekvens av bedre diagnostikk og oppmerksomhet om problemstillingen, snarere enn en økning i komorbiditet. Samtidig understreker dette behovet for kompetanse på samtidig behandling av komorbiditet og videreutvikling av behandlingstilbudet i TSB.

9.1.2 Reinnleggelser

I seksjonen om døgnbehandling psykisk helsevern voksne er det beskrevet en økning i reinnleggelser for pasienter med rusrelaterte innleggelser. Akuttkjeden for pasienter med rusrelaterte lidelser inkluderer flere tjenesteområder og er ulikt fordelt over opptaksområdene i Norge. Enkelte steder er det døgnåpne rusakuttmottak, andre steder dagåpne rusakuttmottak, mens det noen steder er innleggelser gjennom akuttpsykiatri eller akuttmottaket i somatikk. Måling av reinnleggelser for pasienter i TSB bør således se på flere tjenesteområder enn bare TSB. I følgende oversikt er det sett på forløp som inkluderer innleggelser i TSB ved helseforetak (kan innebære overføringer til private leverandører i forløpet), men som blir reinnlagt akutt innen 30 dager i TSB, somatikk eller psykisk helsevern voksne. Figuren nedenfor viser at reinnleggesraten for TSB i 2025 er på om lag 17,5%. Dette er sammenliknbart med både somatikk og psykisk helsevern voksne. Det har samtidig vært en viss økning fra 15% i 2016. Det kan ikke utelukkes at etableringen av flere akutt-tilbud i TSB medfører noe økning i reinnleggelser. Samtidig er dette en indikator som vil være hensiktsmessig å følge videre med tanke på vurdering av utviklingen innen TSB.



Figur 51. Utvikling i andel reinnleggelser innen TSB ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private.

9.1.3 Integrert ettervern

Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet³¹ vil sannsynlig få konsekvenser for bruk av liggedøgn i TSB. Til dels vil dette påvirkes av tydeliggjøring av det faglige grunnlaget for langtidsbehandling og samordning av anskaffelser over helseregioner. Følger av dette og vurderingene til rusbehandlingsutvalget bør vurderes inkludert ved neste revisjon.

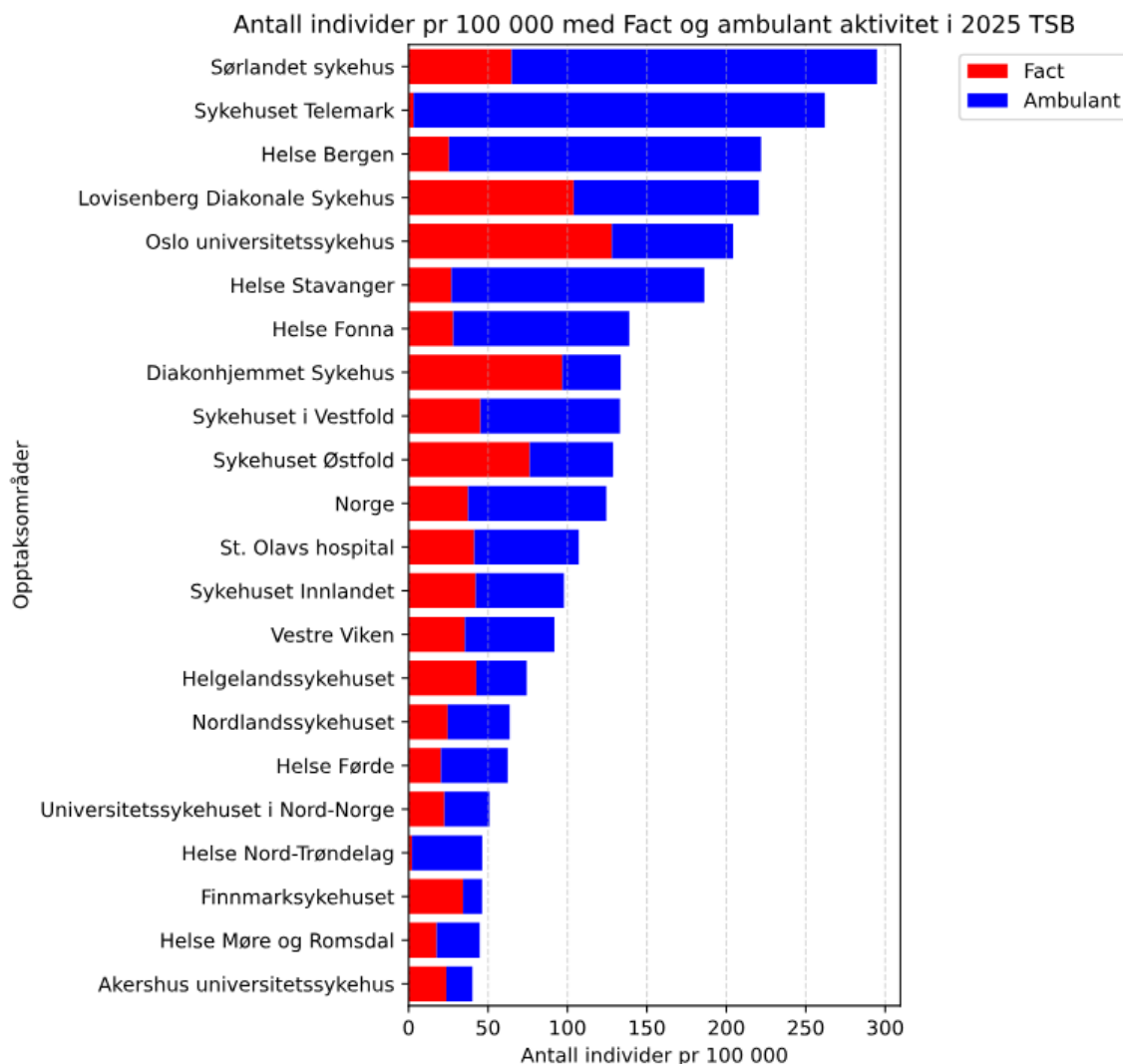
Innføring av integrert ettervern medfører også en forsterket satsing på poliklinisk oppfølging av pasienter i TSB, hvor helseforetakene får et koordineringsansvar for hele forløpet, uavhengig om helsehjelpen ytes hos helseforetaket eller hos privat leverandør. Etablering av integrert ettervern beskriver også mulighet for brukerstyrte døgnplasser og en sterkere satsning på FACT og ambulante tjenester. I styresak fra Helse Sør-Øst RHF om integrert ettervern står at «det er grunn til å anta at poliklinisk aktivitet vil øke hvis poliklinikkene i større grad skal ha en koordinerende rolle, og all behandling skal starte og slutte i poliklinikk. Helseforetakene må vurdere egen døgnkapasitet slik at det kan tilbys brukerstyrte senger».³²

Utviklingen av det polikliniske tilbudet inkluderer også en sterkere satsing på intensiv ambulant behandling. Helseforetakene yter FACT til stadig flere pasienter, og rusdiagnoser er den nest hyppigste hoveddiagnosen i FACT etter primærpsykoser. Med satsingen på en sterkere samhandlende og oppsøkende poliklinikk forventes en samtidig reduksjon i liggedøgn. Det foreligger ikke sikker kunnskap om den spesifikke effekten for rusrelaterte lidelser, men denne forventes å være lavere i TSB enn hva som forventes i psykisk helsevern

³¹ Meld. st. 5 (2024-2025)

³² Styresak 100-2025 om integrert ettervern

voksne. Figuren nedenfor viser fordelingen av FACT og ambulant behandling over opptaksområder i Norge i standardiserte rater per 100 000. For effekter av forsterket ambulant poliklinisk behandling, differensieres ikke over grad av implementering – men det benyttes en generell effekt hvor en subpopulasjon på 25% av innleggelsene får en 7,5% (halv effekt av psykisk helsevern voksen) reduksjon i liggedøgn.



Figur 52. Antall individer i standardisert rate per 100 000 med henholdsvis FACT og ambulant behandling i 2025 fordelt på opptaksområder.

9.1.4 Faktorer i framskrivning av liggedøgn for TSB

Utviklingen i døgnbehandling i TSB har over de siste årene vært karakterisert av en generell nasjonal nedgang med økt variasjon. Det er en økning i akutte liggedøgn, som trolig henger sammen med etablering av avrusningsenheter og flere rusakuttmottak. Det er en økning i reinnleggelser på nasjonalt nivå som bør følges videre. Det forventes at rusbehandlingsutvalget vil vurdere de viktigste områdene for videreutvikling. Framskrivningen gjør ikke større endringer i struktur, men forutsetter en viss effekt av intensiv ambulant behandling.

- Demografisk framskrivning 5-årige aldersgrupper, kjønn og kommune
- Intensiv ambulant behandling og FACT: 25% av pasienter får 7,5% reduksjon i liggedøgn – total effekt 2%

- Generell forløpseffekt med bedre drift (jf. omtale PHV voksen seksjon 7.1.5) – total effekt på 0,6%

9.1.5 Resultater av framskrivning av liggedøgn nasjonalt

Tabellen nedenfor viser resultat av framskrivning til 2045 med revidert modell. Til sammenlikning angis framskrivning i modell for 2021-2040 og oppdatering i forbindelse med 2024 som aktivitetsgrunnlag. Revidert modell er framskrevet for 2025-2040 for sammenlikning med nåværende modell, og for 2025-2045.

Reduksjon i liggedøgn fra 2021 til 2025 påvirker framskrivningen. Reduksjon skyldes, som omtalt over, i all hovedsak en reduksjon i liggedøgn for behandling av pasienter med opiatavhengighet. Utviklingen framover følger i hovedsak befolkningsutviklingen. Utover det forventes en svak reduksjon i liggedøgn som følge av integrert ettervern og tettere poliklinisk oppfølging da særlig med FACT og andre ambulante tilbud.

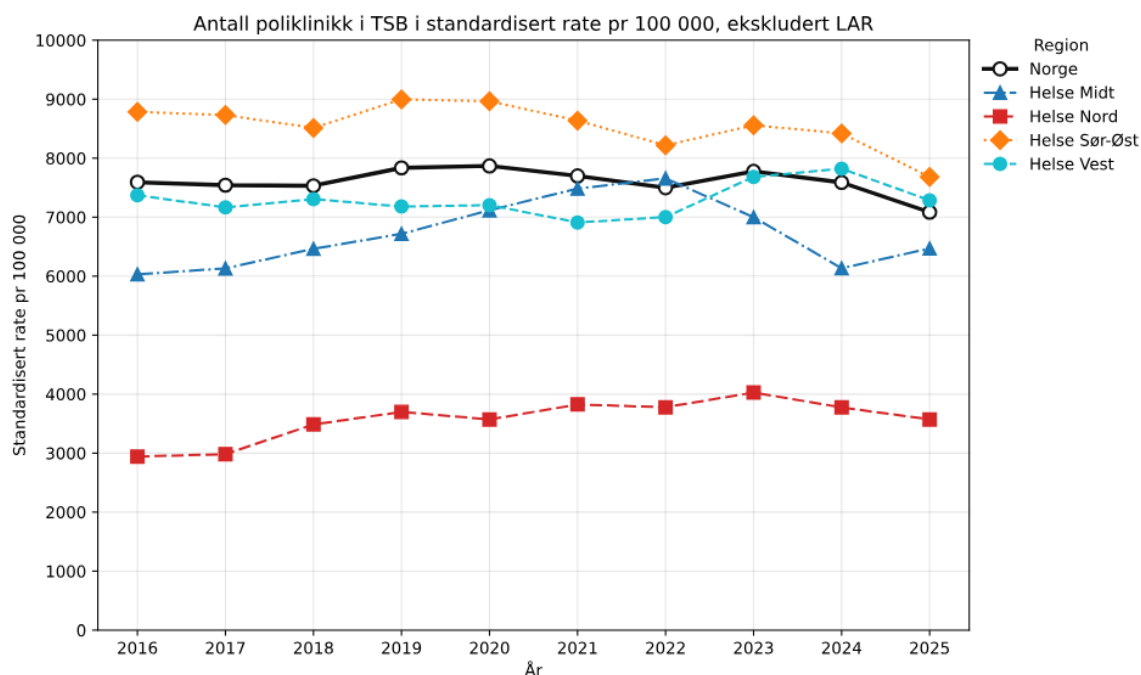
Framskrivning liggedøgn TSB				
Periode	Utgangså	Etter demografi	Etter kapasitet	Etter modifierende faktorer
2021-2040	219 089	225 419	246 613	236 078
2024-2040	217 766	225 446	243 391	234 631
2025-2040	205 723	212 696	212 696	208 601
2025-2045	205 723	211 550	211 550	206 091

Tabell 32. Framskrivning liggedøgn TSB i helseforetak/sykehus med opptaksområder. De to øverste linjene viser framskrivning 2021-2040 og 2024-2040 med gjeldende modell, de to nederste framskrivning 2025-2040 og 2025-2045 med revidert modell.

9.2 Utvikling i poliklinikk og dagbehandling innen TSB

I seksjon om tilgjengelighet innledningsvis ble det vist at det er et relativt stabilt volum av nyhenviste til TSB i standardiserte rater per 100 000, korte ventetider og stabilt antall pasienter i behandling.

Antall polikliniske kontakter i standardiserte rater per 100 000 er svakt nedadgående. Organiseringen av det polikliniske tilbudet er noe forskjellig ved ulike helseforetak. Det gjelder særlig hvordan legemiddelassistert rehabilitering (LAR) organiseres og registreres. Figuren nedenfor viser utviklingen i polikliniske kontakter ekskludert LAR. Helse Nord har en betydelig lavere rate for polikliniske konsultasjoner enn øvrige helseregioner.



Figur 53. Antall dag- og polikliniske kontakter i standardisert rate per 100 000 ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private. LAR er ekskludert.

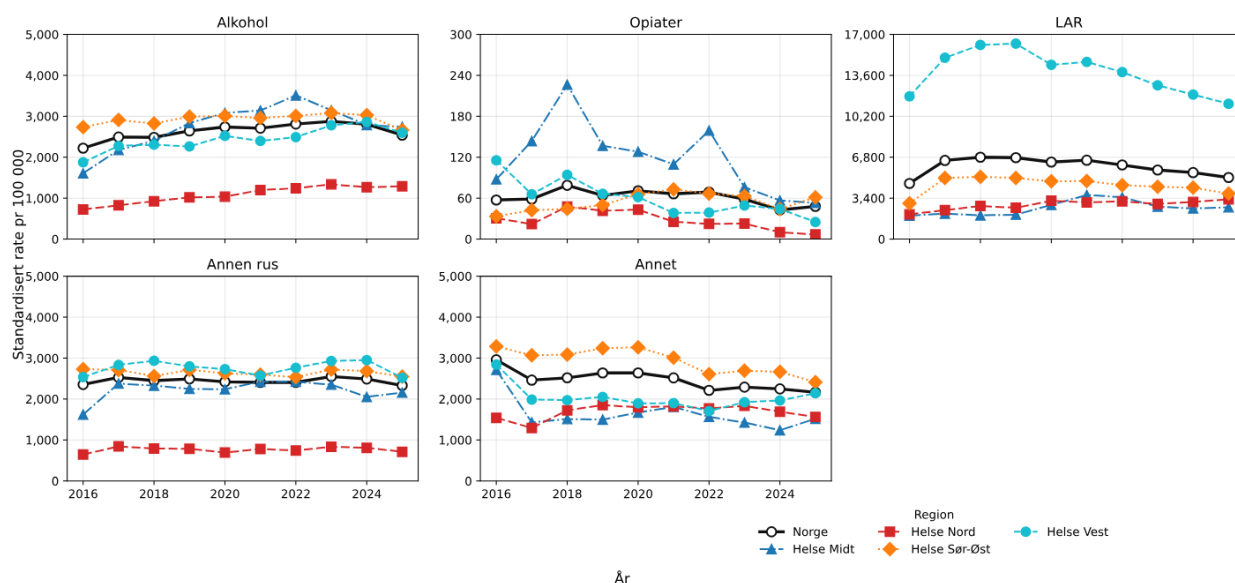
Den diagnostiske fordelingen i poliklinikk er relativt stabil over tid, men med begynnende endringer som forventes å fortsette. Legemiddellassisert rehabilitering (LAR) har et fallende volum. Dette er dels relatert til at det er tatt i bruk depotpreparater, dels relatert til liten vekst i antall nye pasienter. Antall pasienter har vært stabilt siden 2023 (8 200), og gjennomsnittsalder er økt fra 42 år i 2016 til 47 år i 2025. Behandling for alkohol har økt noe og utgjør 21% av det samlede volumet. Det ses også en økning innen kontakter for sedativa og stimulanter. Andre spesifiserte psykiske lidelser (F-diagnoser som ikke er F1*) utgjør en stor og økende andel av det polikliniske volumet. Dette er i tråd med forventet økt registrering og behandling av komorbide tilstander.

Antall polikliniske kontakter og andel av totalvolum i TSB						
Diagnosegruppe	Antall			Andel av total		
	2016	2021	2025	2016	2021	2025
LAR	147 432	257 474	208 406	29 %	43 %	39 %
Alkohol	90 830	114 670	112 931	18 %	19 %	21 %
Opiater	43 921	19 871	17 134	9 %	3 %	3 %
Cannabis	37 927	37 904	34 779	8 %	6 %	6 %
Sedativa	11 099	12 514	15 032	2 %	2 %	3 %
Stimulanter	1 777	4 123	12 128	0 %	1 %	2 %
Annen rus	45 908	46 466	39 178	9 %	8 %	7 %
Annet	56 592	24 044	18 433	11 %	4 %	3 %
Spesifisert psykisk lidelse	65 347	82 193	78 484	13 %	14 %	15 %
Totalsum	500 833	599 259	536 505	100 %	100 %	100 %

Tabell 33. Antall dag- og polikliniske kontakter i 2016, 2021 og 2025 fordelt på diagnose.

Den diagnostiske fordelingen er nokså stabil i standardisert rater for Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-Øst for alkoholrelaterte lidelser og annen rus. Figuren nedenfor viser utviklingen i poliklinisk volum som standardiserte rater per 100 000.

Utvikling i antall kontakter i standardisert rate pr 100 000 etter diagnose innen TSB



Figur 54. Antall dag- og polikliniske kontakter i standardisert rate per 100 000 ved helseforetak og sykehus med opptaksområde, samt private, fordelt på diagnose.

Alkoholrelaterte lidelser har høy forekomst i Norge. Basert på estimert forekomst³³, behandles om lag 15% av pasientene i spesialisthelsetjenesten (se figur 27). Andel i behandling for alkoholrelaterte lidelser som blir innlagt, er om lag 50%. Andelen av pasienter som mottar døgnbehandling, vurderes å være høy. Det kan indikere at det bare er de mest alvorlige tilfellene av alkoholrelaterte lidelser som behandles i TSB. Basert på forekomst i befolkningen og de helsemessige konsekvenser alkoholrelaterte lidelser har, ville det forventes et større pasientvolum i TSB. Det forventes at nye metoder som eBehandling vil kunne tilby behandling til nye pasientgrupper som tidligere ikke har mottatt behandling i spesialisthelsetjenesten.

Utvikling i andel med døgninnleggelse ved alkohol-lidelse					
År	Helse Sør-				Norge
	Helse Midt	Helse Nord	Øst	Helse Vest	
2016	61,6 %	65,9 %	51,3 %	54,1 %	54,4 %
2017	56,6 %	64,7 %	49,2 %	54,1 %	52,4 %
2018	56,1 %	67,9 %	50,3 %	55,5 %	53,6 %
2019	57,2 %	67,7 %	49,1 %	55,2 %	53,0 %
2020	58,1 %	65,6 %	49,7 %	52,7 %	52,7 %
2021	59,3 %	64,3 %	50,6 %	55,1 %	53,9 %
2022	57,0 %	65,7 %	55,3 %	58,4 %	57,1 %
2023	57,9 %	64,9 %	53,4 %	54,3 %	55,1 %
2024	54,9 %	64,5 %	52,0 %	53,8 %	53,8 %
2025	54,7 %	63,6 %	51,5 %	56,1 %	53,9 %

Tabell 34. Utvikling i andel med døgninnleggelse ved alkohollidelse fordelt på helseregion.

Private leverandører yter en liten andel av poliklinisk aktivitet i motsetning til andelen for liggedøgn. I 2025 utgjorde det private volumet om lag 10% i Helse Midt, Helse Sør-Øst og Helse Vest, og 2% i Helse Nord.

³³ IHME, global burden of disease. Op.cit

9.2.1 Faktorer i framskrivning av poliklinikk for TSB

Antall polikliniske kontakter forventes å øke mer enn befolkningen tilsier. Dette er begrunnet med innføring av integrert ettervern, økt overgang fra døgnetil dag og økt kapasitet for alkoholrelatert behandling.

- Demografisk framskrivning 5-årige aldersgrupper, kjønn og kommune
- Generell vekst i poliklinikk utover demografi. Samlet effekt på 10% over 20 år.
- Digital oppfølging for alkoholrelaterte lidelser, jf. omtale i seksjon 7.2.1. Operasjonalisert som 10% av pasientene får redusert forløpene med 1 kontakt/konsultasjon. Samlet effekt på 1,8% over 20 år.

9.2.2 Resultater av framskrivning av poliklinikk nasjonalt

Med utvikling i integrert ettervern, større deltagelse i tverrfaglig behandlingsforløp og sterkere vridning mot poliklinikk, forventes et økt volum av poliklinikk i TSB. Sammenlignes framskrivningen av 2024 med nåværende modell er det en reduksjon i forventet poliklinisk volum i 2040. Årsaken til dette er tre-delt. Det var en nedgang i aktivitet fra 2024 til 2025, det er en lavere forventet demografisk vekst, og vekstanslagene som lå til grunn i forrige modell har i perioden 2021-2025 vist seg å være for høye i forhold til faktisk utvikling i perioden. Antall opphold i tabell nedenfor inkluderer LAR.

Framskrivning poliklinikk TSB			
Periode	Utgangså	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
2021-2040	540 562	601 547	658 694
2024-2040	510 035	578 345	624 613
2025-2040	487 161	515 299	547 876
2025-2045	487 161	515 296	558 732

Tabell 35. Framskrivning poliklinikk innen TSB for helseforetak/sykehus med opptaksområder. De to øverste linjene viser framskrivning 2021-2040 og 2024-2040 med gjeldende modell, de to nederste framskrivning 2025-2040 og 2025-2045 med revidert modell.

10. Bruk av private avtaleparter

De ulike tjenestoområdene og regionene har ulik bruk av private leverandører. Anskaffelse av private behandlingstilbud gjøres etter egne behovsvurderinger i den enkelte region. Organiseringen og bruken av private tilbud er varierende og vil gjennom «sørge for-ansvaret» til de regionale helseforetakene kunne utfylle ulike regionale behov. Hensikten her er å identifisere volumene.

Tabellen nedenfor viser fordelingen av liggedøgn og poliklinikk ved henholdsvis helseforetak og sykehus med opptaksområder og private. Det er særlig Helse Sør-Øst som bruker private leverandører i alle tjenestoområder. Innen TSB benytter alle private leverandører, med ulikt volum.

Aktivitet pr tjenestoområde og aktør fordelt på aktør i 2025.								
	Helseforetak/sykehus med opptaksområde				Privat			
	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Antall liggedøgn								
BUP	6 284	9 260	34 812	12 050	0	0	19 786	181
TSB	29 740	26 296	102 782	46 371	30 346	27 588	232 092	42 547
VOP	114 774	101 240	471 643	220 486	746	9 121	84 948	1 403
Antall polikliniske kontakter								
BUP	140 157	94 866	598 068	196 593	328	1 835	54	0
TSB	46 335	24 909	264 291	150 965	6 519	441	26 798	15 586
VOP	260 307	175 866	1 089 063	369 132	1 205	22 685	38 557	6 784

Tabell 36. Antall liggedøgn og poliklinikk fordelt på tjenestoområde og aktør i 2025.

Innen poliklinisk aktivitet er bruken av private lav. I Helse Sør-Øst og Helse Midt står private for om lag 10% av den polikliniske aktiviteten innen TSB. I Helse Nord leverer private om lag 10% av aktiviteten innen VOP. For øvrige fagområder er bruken av private lav.

For liggedøgn er bruken av private større. I BUP sto private for 36% av liggedøgnene i Helse Sør-Øst i 2025, mens det i de øvrige regionene var svært få eller ingen liggedøgn. I VOP sto private for 11% av liggedøgnene i Helse Nord, mens de i de øvrige regionene utgjorde en svært liten andel av samlet aktivitet.

11. Samlet vurdering

Det er ikke vesentlige endringer i vurderingene av de enkelte elementene i revidert framskrivningsmodell, men den er oppdatert ut fra utviklingen i de siste årene og vurdering av forventet utvikling i årene framover. De mest sentrale endringene er forventet økt antall individer med intensiv ambulant behandling og FACT i både psykisk helsevern voksen og TSB. Det vurderes å ikke være et særskilt behov for vekst i liggedøgn relatert til spiseforstyrrelser. Det forventes en vurdering fra rusbehandlingsutvalget relatert til omfang av døgnbehandling i TSB. Dette vil kunne påvirke framskrivninger i revisjonsarbeidet, men må også sees i lys av integrert ettervern. Ved revisjonen er alle fagområder framskrevet med noe reduksjon i behov for direkte pasient-behandler-kontakt som følge av digital oppfølging. Aktivitetsutviklingen fram til 2025 har påvirket grunnlaget for framskrivningene og dermed også aktivitetsbehovet i 2040/2045. På noen områder har aktivitetsutviklingen vært som forventet ut fra gjeldende modell mens andre områder har vist en avvikende utvikling.

I arbeidet påpekes fremdeles stor variasjonen i forbruk av helsetjenester innen enkelte områder, noe som kan påvirke planlegging av fremtidige helsetjenester på en uhensiktsmessig måte. Arbeidsgruppen anbefaler at de regionale helseforetakene gjør en gjennomgang av helseforetak og sykehus med aktivitet som i høy grad skiller seg fra nasjonale gjennomsnitt, og vurderer om dette er faglig begrunnede forskjeller eller tegn på uønsket ulikhet som utfordrer kravet til likeverdige tjenester.

Framskrivningsmodeller utarbeides med et langt tidsperspektiv og inneholder derfor usikkerhet. En sammenlikning av utviklingen etter fire år med forventet utvikling i en modell som framskriver aktivitet over et langt tidsrom, blir på samme måte beheftet med usikkerhet. En usikkerhetsfaktor er om endringer på kort sikt som er mer uttalte enn forventet, skyldes at endringene vil bli større totalt sett eller om de følger en raskere utvikling med samme sluttresultat. Andre forhold som utvikling innen kapasitet, økonomi og personell vil også kunne påvirke utviklingen, ikke minst der det framskrives et behov for en økt kapasitet. Det er derfor all grunn til regelmessig å følge utviklingen holdt opp mot framskrivningsmodellene, og å revidere disse. Det anbefales fortsatt revisjon av modellene hvert fjerde år, hvis ikke spesielle forhold tilsier noe annet.

12. Resultater

Tabellene nedenfor viser de oppdaterte resultatene av framskrivningen for psykisk helsevern og TSB, liggedøgn og poliklinikk på nasjonalt nivå for helseforetak og sykehus med opptaksområde. Tabellene illustrerer alle stegene i modellene. Kolonnen «etter justert utgangår» er komponenten som integrerer barn og unge med ruslidelser, tverrfaglig helsekartlegging for barn og unge og styrking av tilbudet til pasienter 65 år og eldre i poliklinikk for psykisk helsevern voksne. Kolonne med demografi viser framskrivningen av aktivitet med SSB hovedalternativ av 2026. Kolonne for økt kapasitet inkluderer volumene særlig relatert til alvorlig psykisk lidelse. Siste kolonne i tabellene viser det samlede framskrevne volumet. For VOP og TSB inkluderer dette en generell forløpsfaktor basert på bedre drift som gir en liten reduksjon i liggedøgnbehovet.

Framscrevet behov for liggedøgn 2025-2045 med SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder									
	Liggedøgn 2025	Etter justert utgangår	Etter demografi 2045	Etter økt kapasitet	Etter omstilling døgn til dag	Etter omstilling til intensivt ambulant behandling	Liggedøgn 2045 etter modifierende faktorer	Endring 2025-2045	Endring fra demografi
BUP	62 435	69 786	65 003	65 003	65 003	65 003	65 003	4,1 %	0,0 %
TSB	205 723	205 723	211 550	211 550	211 297	207 335	206 091	0,2 %	-2,6 %
VOP	912 741	912 741	973 352	1 082 592	1 075 099	1 038 533	1 032 302	13,1 %	6,1 %
Totalt	1 180 899	1 188 250	1 249 905	1 359 146	1 351 400	1 310 872	1 303 397	10,4 %	4,3 %

Tabell 37. Resultater for framskrevet antall liggedøgn per tjenesteområde. Se tekst for nærmere forklaring av kolonnene.

Tabellen nedenfor viser tilsvarende oversikt for utvikling i poliklinikk. Kolonnen «etter vekst utover demografi» viser økning som følge av behov for styrket poliklinisk kapasitet og «etter digitalisering» viser reduksjon i behov for direkte pasient-behandlerkontakt som følge av digital oppfølging.

Framscrevet behov for poliklinikk 2025-2045 med SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.							
	Antall 2025	Etter justert utgangår	Etter demografi 2045	Etter vekst utover demografi	Poliklinikk 2045 etter digitalisering	Endring 2025-2045	Endring fra demografi
BUP	1 018 761	1 069 078	1 008 519	1 089 202	1 070 833	5,1 %	6,2 %
TSB	487 161	491 623	515 295	566 825	558 732	14,7 %	8,4 %
VOP	1 896 020	1 916 142	1 953 846	2 224 847	2 148 376	13,3 %	10,0 %
Totalt	3 401 942	3 476 844	3 477 661	3 880 874	3 777 941	11,1 %	8,6 %

Tabell 38. Resultater for framskrevet antall poliklinikk per tjenesteområde. Se tekst for nærmere forklaring av kolonnene.

12.1 Psykisk helsevern voksne - liggedøgn

Framskrevet behov for liggedøgn 2025-2045 med SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
VOP	Liggedøgn 2025	Etter justert utgangssår	Etter demografi 2045	Etter økt kapasitet	Etter omstilling døgn til dag	Etter omstilling til intensivt ambulant behandling	Liggedøgn 2045 etter modifierende faktorer	Endring 2025-2045	Endring fra demografi
Helse Midt-Norge	118 398	118 398	124 004	137 962	136 814	133 512	132 710	12,1 %	7,0 %
Helse Møre og Romsdal HF	39 674	39 674	39 927	43 664	43 169	42 438	42 183	6,3 %	5,7 %
Helse Nord Trøndelag HF	18 337	18 337	17 957	19 700	19 549	18 624	18 512	1,0 %	3,1 %
St. Olavs Hospital HF	60 387	60 387	66 119	74 599	74 097	72 449	72 015	19,3 %	8,9 %
Helse Nord	100 544	100 544	97 946	107 397	106 398	102 930	102 312	1,8 %	4,5 %
Finnmarkssykehuset HF	8 392	8 392	7 795	8 429	8 267	8 039	7 991	-4,8 %	2,5 %
Helgelandssykehuset HF	5 528	5 528	5 087	5 663	5 594	5 327	5 295	-4,2 %	4,1 %
Nordlandssykehuset HF	35 402	35 402	33 430	36 854	36 554	35 288	35 076	-0,9 %	4,9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	51 222	51 222	51 633	56 450	55 983	54 276	53 950	5,3 %	4,5 %
Helse Sør-Øst	474 101	474 101	518 958	576 580	572 878	555 643	552 309	16,5 %	6,4 %
Akershus universitetssykehus HF	71 569	63 236	73 402	80 329	79 640	76 458	75 999	6,2 %	3,5 %
Diakonhjemmet Sykehus	11 232	16 914	19 700	22 492	22 403	21 228	21 101	87,9 %	7,1 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	29 207	36 658	37 529	42 534	42 316	41 313	41 065	40,6 %	9,4 %
Oslo universitetssykehus HF	69 398	66 400	76 439	85 161	84 821	82 444	81 949	18,1 %	7,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	35 645	35 645	37 591	42 194	41 987	41 118	40 871	14,7 %	8,7 %
Sykehuset Innlandet HF	52 215	50 413	52 804	58 177	57 688	55 750	55 415	6,1 %	4,9 %
Sykehuset Telemark HF	34 533	34 533	34 592	38 358	38 114	36 777	36 557	5,9 %	5,7 %
Sykehuset Østfold HF	52 477	52 477	57 493	63 260	62 799	60 226	59 865	14,1 %	4,1 %
Sørlandet sykehus HF	57 747	57 747	62 094	68 623	68 133	66 882	66 481	15,1 %	7,1 %
Vestre Viken HF	60 078	60 078	67 314	75 453	74 977	73 448	73 007	21,5 %	8,5 %
Helse Vest	219 698	219 698	232 444	260 653	259 009	246 449	244 970	11,5 %	5,4 %
Helse Bergen HF	73 215	73 215	76 932	86 421	86 024	81 558	81 069	10,7 %	5,4 %
Helse Fonna HF	29 788	29 788	29 610	32 860	32 595	31 452	31 264	5,0 %	5,6 %
Helse Førde HF	16 939	16 939	16 613	18 434	18 240	17 621	17 515	3,4 %	5,4 %
Helse Stavanger HF	68 048	68 048	73 174	83 283	82 893	78 260	77 791	14,3 %	6,3 %
Privat Helse Vest RHF	31 708	31 708	36 114	39 655	39 258	37 557	37 332	17,7 %	3,4 %
Totalsum	912 741	912 741	973 352	1 082 592	1 075 099	1 038 533	1 032 302	13,1 %	6,1 %

Tabell 39. Framskrivning liggedøgn per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for VOP 2025-2045. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.2 Psykisk helsevern voksne - liggedøgn ulike år

Framskrivning av antall liggedøgn med utgangspunkt i aktiviteten i 2025 frem mot 2045. SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
VOP	2025	2030	2035	2040	2045	2025-2030	2025-2035	2025-2040	2025-2045
Helse Midt-Norge	118 398	124 187	128 482	130 863	132 710	4,9 %	8,5 %	10,5 %	12,1 %
Helse Møre og Romsdal HF	39 674	41 206	41 677	41 998	42 183	3,9 %	5,0 %	5,9 %	6,3 %
Helse Nord Trøndelag HF	18 337	18 700	18 831	18 668	18 512	2,0 %	2,7 %	1,8 %	1,0 %
St. Olavs Hospital HF	60 387	64 280	67 974	70 197	72 015	6,4 %	12,6 %	16,2 %	19,3 %
Helse Nord	100 544	102 193	102 076	102 069	102 312	1,6 %	1,5 %	1,5 %	1,8 %
Finnmarkssykehuset HF	8 392	8 557	8 272	8 058	7 991	2,0 %	-1,4 %	-4,0 %	-4,8 %
Helgelandssykehuset HF	5 528	5 580	5 436	5 338	5 295	0,9 %	-1,7 %	-3,4 %	-4,2 %
Nordlandssykehuset HF	35 402	35 366	35 051	35 119	35 076	-0,1 %	-1,0 %	-0,8 %	-0,9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge H	51 222	52 689	53 317	53 553	53 950	2,9 %	4,1 %	4,6 %	5,3 %
Helse Sør-Øst	474 101	499 987	521 575	538 650	552 309	5,5 %	10,0 %	13,6 %	16,5 %
Akershus universitetssykehus HF	71 569	82 591	71 151	73 880	75 999	15,4 %	-0,6 %	3,2 %	6,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	11 232	17 824	18 835	19 947	21 101	58,7 %	67,7 %	77,6 %	87,9 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	29 207	29 326	39 878	40 734	41 065	0,4 %	36,5 %	39,5 %	40,6 %
Oslo universitetssykehus HF	69 398	65 411	75 995	79 474	81 949	-5,7 %	9,5 %	14,5 %	18,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	35 645	37 552	38 919	39 838	40 871	5,4 %	9,2 %	11,8 %	14,7 %
Sykehuset Innlandet HF	52 215	52 609	53 612	54 641	55 415	0,8 %	2,7 %	4,6 %	6,1 %
Sykehuset Telemark HF	34 533	35 459	35 700	36 092	36 557	2,7 %	3,4 %	4,5 %	5,9 %
Sykehuset Østfold HF	52 477	54 820	57 019	58 694	59 864	4,5 %	8,7 %	11,8 %	14,1 %
Sørlandet sykehus HF	57 747	60 861	63 240	64 916	66 481	5,4 %	9,5 %	12,4 %	15,1 %
Vestre Viken HF	60 078	63 534	67 226	70 434	73 007	5,8 %	11,9 %	17,2 %	21,5 %
Helse Vest	219 698	229 299	236 476	241 719	244 970	4,4 %	7,6 %	10,0 %	11,5 %
Helse Bergen HF	73 215	76 479	78 863	80 305	81 069	4,5 %	7,7 %	9,7 %	10,7 %
Helse Fonna HF	29 788	30 468	30 849	31 088	31 264	2,3 %	3,6 %	4,4 %	5,0 %
Helse Førde HF	16 939	17 094	17 248	17 381	17 515	0,9 %	1,8 %	2,6 %	3,4 %
Helse Stavanger HF	68 048	71 831	74 459	76 528	77 791	5,6 %	9,4 %	12,5 %	14,3 %
Privat Helse Vest RHF	31 708	33 426	35 058	36 417	37 332	5,4 %	10,6 %	14,9 %	17,7 %
Totalsum	912 741	955 665	988 609	1 013 301	1 032 302	4,7 %	8,3 %	11,0 %	13,1 %

Tabell 40. Framskrivning liggedøgn per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for VOP i 5-årsperioder. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.3 Psykisk helsevern voksne - poliklinikk

Framskrevet behov for poliklinikk 2025-2045 med SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.							
VOP	Antall 2025	Etter justert utgangår	Etter demografi 2045	Etter vekst utover demografi	Poliklinikk 2045 etter digitalisering	Endring 2025-2045	Endring fra demografi
Helse Midt-Norge	260 635	263 255	262 542	298 957	285 902	9,7 %	8,9 %
Helse Møre og Romsdal HF	81 698	82 481	78 250	89 103	84 807	3,8 %	8,4 %
Helse Nord Trøndelag HF	39 756	40 596	39 383	44 846	43 113	8,4 %	9,5 %
St. Olavs Hospital HF	139 181	140 178	144 909	165 008	157 982	13,5 %	9,0 %
Helse Nord	172 893	174 405	161 421	183 810	175 844	1,7 %	8,9 %
Finnmarkssykehuset HF	31 728	31 910	29 642	33 753	32 823	3,5 %	10,7 %
Helgelandssykehuset HF	25 887	26 054	22 707	25 856	24 419	-5,7 %	7,5 %
Nordlandssykehuset HF	39 737	39 979	36 443	41 498	39 885	0,4 %	9,4 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	75 541	76 462	72 629	82 703	78 718	4,2 %	8,4 %
Helse Sør-Øst	1 092 286	1 104 201	1 154 466	1 314 592	1 272 663	16,5 %	10,2 %
Akershus universitetssykehus HF	195 538	197 462	171 499	195 286	188 266	-3,7 %	9,8 %
Diakonhjemmet Sykehus	54 780	56 151	66 231	75 417	73 660	34,5 %	11,2 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	115 504	115 615	132 532	150 915	147 746	27,9 %	11,5 %
Oslo universitetssykehus HF	114 752	116 319	154 970	176 465	171 662	49,6 %	10,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	90 212	91 329	92 399	105 214	101 260	12,2 %	9,6 %
Sykehuset Innlandet HF	110 971	112 396	110 572	125 909	121 812	9,8 %	10,2 %
Sykehuset Telemark HF	49 227	49 773	47 952	54 603	52 810	7,3 %	10,1 %
Sykehuset Østfold HF	78 818	79 456	82 513	93 958	89 281	13,3 %	8,2 %
Sørlandet sykehus HF	128 618	129 925	133 459	151 969	146 879	14,2 %	10,1 %
Vestre Viken HF	153 866	155 775	162 340	184 857	179 287	16,5 %	10,4 %
Helse Vest	370 206	374 282	375 417	427 487	413 968	11,8 %	10,3 %
Helse Bergen HF	117 085	118 192	118 652	135 109	131 619	12,4 %	10,9 %
Helse Fonna HF	44 588	45 136	42 533	48 432	47 336	6,2 %	11,3 %
Helse Førde HF	31 796	32 099	29 848	33 988	31 999	0,6 %	7,2 %
Helse Stavanger HF	91 666	92 673	94 956	108 126	104 412	13,9 %	10,0 %
Privat Helse Vest RHF	85 071	86 181	89 428	101 832	98 602	15,9 %	10,3 %
Totalsum	1 896 020	1 916 142	1 953 846	2 224 847	2 148 376	13,3 %	10,0 %

Tabell 41. Framskrivning poliklinikk per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for VOP 2025-2045. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.4 Psykisk helsevern voksne - poliklinikk for ulike år

Framskrivning av antall poliklinikk med utgangspunkt i aktiviteten i 2025 frem mot 2045. SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
VOP	2025	2030	2035	2040	2045	2025-2030	2025-2035	2025-2040	2025-2045
Helse Midt-Norge	260 635	273 028	280 034	283 766	285 902	4,8 %	7,4 %	8,9 %	9,7 %
Helse Møre og Romsdal HF	81 698	84 083	84 830	85 088	84 807	2,9 %	3,8 %	4,2 %	3,8 %
Helse Nord Trøndelag HF	39 756	41 734	42 342	42 775	43 113	5,0 %	6,5 %	7,6 %	8,4 %
St. Olavs Hospital HF	139 181	147 211	152 862	155 903	157 982	5,8 %	9,8 %	12,0 %	13,5 %
Helse Nord	172 893	177 616	176 816	176 116	175 844	2,7 %	2,3 %	1,9 %	1,7 %
Finnmarkssykehuset HF	31 728	32 879	32 670	32 646	32 823	3,6 %	3,0 %	2,9 %	3,5 %
Helgelandssykehuset HF	25 887	25 845	25 202	24 737	24 419	-0,2 %	-2,6 %	-4,4 %	-5,7 %
Nordlandssykehuset HF	39 737	40 223	40 191	40 082	39 885	1,2 %	1,1 %	0,9 %	0,4 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	75 541	78 669	78 753	78 652	78 718	4,1 %	4,3 %	4,1 %	4,2 %
Helse Sør-Øst	1 092 286	1 161 455	1 210 313	1 245 390	1 272 662	6,3 %	10,8 %	14,0 %	16,5 %
Akershus universitetssykehus HF	195 538	212 087	176 571	182 959	188 266	8,5 %	-9,7 %	-6,4 %	-3,7 %
Diakonhjemmet Sykehus	54 780	62 957	66 941	70 478	73 660	14,9 %	22,2 %	28,7 %	34,5 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	115 504	120 035	144 048	146 918	147 746	3,9 %	24,7 %	27,2 %	27,9 %
Oslo universitetssykehus HF	114 752	122 434	158 028	165 683	171 662	6,7 %	37,7 %	44,4 %	49,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	90 212	94 488	97 444	99 602	101 260	4,7 %	8,0 %	10,4 %	12,2 %
Sykehuset Innlandet HF	110 971	116 630	118 914	120 391	121 812	5,1 %	7,2 %	8,5 %	9,8 %
Sykehuset Telemark HF	49 227	50 831	51 654	52 284	52 810	3,3 %	4,9 %	6,2 %	7,3 %
Sykehuset Østfold HF	78 818	82 825	85 738	87 706	89 281	5,1 %	8,8 %	11,3 %	13,3 %
Sørlandet sykehus HF	128 618	136 070	141 242	144 473	146 879	5,8 %	9,8 %	12,3 %	14,2 %
Vestre Viken HF	153 866	163 097	169 734	174 896	179 286	6,0 %	10,3 %	13,7 %	16,5 %
Helse Vest	370 206	390 797	402 359	409 471	413 968	5,6 %	8,7 %	10,6 %	11,8 %
Helse Bergen HF	117 085	123 849	128 088	130 435	131 619	5,8 %	9,4 %	11,4 %	12,4 %
Helse Fonna HF	44 588	46 340	46 676	46 928	47 336	3,9 %	4,7 %	5,2 %	6,2 %
Helse Førde HF	31 796	32 431	32 317	32 151	31 999	2,0 %	1,6 %	1,1 %	0,6 %
Helse Stavanger HF	91 666	97 723	101 223	103 231	104 412	6,6 %	10,4 %	12,6 %	13,9 %
Privat Helse Vest RHF	85 071	90 454	94 055	96 725	98 602	6,3 %	10,6 %	13,7 %	15,9 %
Totalsum	1 896 020	2 002 895	2 069 522	2 114 744	2 148 376	5,6 %	9,2 %	11,5 %	13,3 %

Tabell 42. Framskrivning poliklinikk per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for VOP i 5-årsperioder. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.5 Avtalespesialister

Aktiviteten hos avtalespesialister inngår ikke i framskrivningsmodellene, men aktiviteten synliggjøres for å vise utvikling i samlet aktivitet. I tabellen nedenfor vises aktivitet i 2025 og framskrevet aktivitet i 2045 basert på demografisk utvikling. Aktiviteten vises per opptaksområde og synliggjør relativ ulik fordeling av avtalespesialister. Dette er forhold som bør vurderes ved endring av antall hjemler.

Framscrevet poliklinikk avtalespesialister basert på demografi. Tabellen inkluderer endringer i opptaksområder i Oslo.			
Psykisk helsevern	2025	2045	Endring
Helse Midt	44 664	45 137	1,1 %
Helse Møre og Romsdal	13 700	13 248	-3,3 %
Helse Nord Trøndelag	5 572	5 331	-4,3 %
St. Olavs hospital	25 392	26 559	4,6 %
Helse Nord	39 116	38 080	-2,6 %
Finnmarksykehuset	3 572	3 508	-1,8 %
Helgelandssykehuset	2 496	2 146	-14,0 %
Nordlandssykehuset	15 147	14 436	-4,7 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	17 901	17 990	0,5 %
Helse Sør-Øst	421 086	445 913	5,9 %
Akershus universitetssykehus	82 220	64 670	-21,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	27 556	29 294	6,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	46 079	61 321	33,1 %
Oslo universitetssykehus	70 074	89 615	27,9 %
Sykehuset i Vestfold	31 526	32 050	1,7 %
Sykehuset Innlandet	30 492	30 762	0,9 %
Sykehuset Telemark	22 795	22 044	-3,3 %
Sykehuset Østfold	30 131	31 868	5,8 %
Sørlandet Sykehus	24 938	26 003	4,3 %
Vestre Viken	55 275	58 285	5,4 %
Helse Vest	109 885	111 250	1,2 %
Helse Bergen	61 594	62 986	2,3 %
Helse Fonna	16 484	15 777	-4,3 %
Helse Førde	3 462	3 468	0,2 %
Helse Stavanger	28 345	29 019	2,4 %
Totalsum	614 751	640 381	4,2 %

Tabell 43. Demografisk framskrivning av poliklinisk aktivitet 2025-2045 hos avtalespesialister. Basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.6 Psykisk helsevern barn og unge - liggedøgn

Framskrevet behov for liggedøgn 2025-2045 med SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
BUP	Liggedøgn 2025	Etter justert utgangssår 2025	Etter demografi 2045	Etter økt kapasitet 2045	Etter omstilling døgn til dag	Etter omstilling til intensivt ambulant behandling	Liggedøgn 2045 etter modifierende faktorer	Endring 2025-2045	Endring fra demografi
Helse Midt-Norge	6 159	7 259	6 456	6 456	6 456	6 456	6 456	4,8 %	0,0 %
Helse Møre og Romsdal HF	2 224	2 643	2 219	2 219	2 219	2 219	2 219	-0,2 %	0,0 %
Helse Nord Trøndelag HF	1 307	1 492	1 245	1 245	1 245	1 245	1 245	-4,7 %	0,0 %
St. Olavs Hospital HF	2 628	3 124	2 992	2 992	2 992	2 992	2 992	13,8 %	0,0 %
Helse Nord	9 453	10 116	8 816	8 816	8 816	8 816	8 816	-6,7 %	0,0 %
Finnmarkssykehuset HF	2 321	2 423	2 309	2 309	2 309	2 309	2 309	-0,5 %	0,0 %
Helgelandssykehuset HF	1 566	1 677	1 417	1 417	1 417	1 417	1 417	-9,5 %	0,0 %
Nordlandssykehuset HF	2 806	3 004	2 484	2 484	2 484	2 484	2 484	-11,5 %	0,0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2 760	3 012	2 606	2 606	2 606	2 606	2 606	-5,6 %	0,0 %
Helse Sør-Øst	34 840	38 674	37 451	37 451	37 451	37 451	37 451	7,5 %	0,0 %
Akershus universitetssykehus HF	7 437	7 723	7 989	7 989	7 989	7 989	7 989	7,4 %	0,0 %
Oslo universitetssykehus HF	9 853	11 221	11 660	11 660	11 660	11 660	11 660	18,3 %	0,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	1 047	1 249	1 112	1 112	1 112	1 112	1 112	6,2 %	0,0 %
Sykehuset Innlandet HF	5 431	5 880	5 490	5 490	5 490	5 490	5 490	1,1 %	0,0 %
Sykehuset Telemark HF	1 714	1 956	1 664	1 664	1 664	1 664	1 664	-2,9 %	0,0 %
Sykehuset Østfold HF	3 226	3 497	3 238	3 238	3 238	3 238	3 238	0,4 %	0,0 %
Sørlandet sykehus HF	2 339	2 812	2 358	2 358	2 358	2 358	2 358	0,8 %	0,0 %
Vestre Viken HF	3 793	4 336	3 941	3 941	3 941	3 941	3 941	3,9 %	0,0 %
Helse Vest	11 983	13 737	12 280	12 280	12 280	12 280	12 280	2,5 %	0,0 %
Helse Bergen HF	5 640	6 329	5 776	5 776	5 776	5 776	5 776	2,4 %	0,0 %
Helse Fonna HF	1 918	2 174	1 828	1 828	1 828	1 828	1 828	-4,7 %	0,0 %
Helse Førde HF	1 080	1 246	1 054	1 054	1 054	1 054	1 054	-2,4 %	0,0 %
Helse Stavanger HF	3 345	3 987	3 622	3 622	3 622	3 622	3 622	8,3 %	0,0 %
Totalsum	62 435	69 786	65 003	65 003	65 003	65 003	65 003	4,1 %	0,0 %

Tabell 44. Framskrivning liggedøgn per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for BUP 2025-2045. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.7 Psykisk helsevern barn og unge - liggedøgn for ulike år

Framskrivning av antall liggedøgn med utgangspunkt i aktiviteten i 2025 frem mot 2045. SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
BUP	2025	2030	2035	2040	2045	2025-2030	2025-2035	2025-2040	2025-2045
Helse Midt-Norge	6 159	7 019	6 568	6 315	6 456	14,0 %	6,6 %	2,5 %	4,8 %
Helse Møre og Romsdal HF	2 224	2 438	2 299	2 206	2 219	9,6 %	3,4 %	-0,8 %	-0,2 %
Helse Nord Trøndelag HF	1 307	1 412	1 299	1 237	1 245	8,0 %	-0,6 %	-5,4 %	-4,7 %
St. Olavs Hospital HF	2 628	3 169	2 970	2 872	2 992	20,6 %	13,0 %	9,3 %	13,8 %
Helse Nord	9 453	9 678	8 926	8 566	8 816	2,4 %	-5,6 %	-9,4 %	-6,7 %
Finnmarkssykehuset HF	2 321	2 435	2 310	2 234	2 309	4,9 %	-0,5 %	-3,8 %	-0,5 %
Helgelandssykehuset HF	1 566	1 592	1 452	1 398	1 417	1,6 %	-7,3 %	-10,7 %	-9,5 %
Nordlandssykehuset HF	2 806	2 805	2 530	2 397	2 484	-0,1 %	-9,8 %	-14,6 %	-11,5 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2 760	2 846	2 634	2 537	2 606	3,1 %	-4,6 %	-8,1 %	-5,6 %
Helse Sør-Øst	34 840	37 741	36 375	36 014	37 451	8,3 %	4,4 %	3,4 %	7,5 %
Akershus universitetssykehus HF	7 437	8 248	7 539	7 534	7 989	10,9 %	1,4 %	1,3 %	7,4 %
Oslo universitetssykehus HF	9 853	10 802	11 138	11 236	11 660	9,6 %	13,0 %	14,0 %	18,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	1 047	1 210	1 124	1 076	1 112	15,6 %	7,4 %	2,8 %	6,2 %
Sykehuset Innlandet HF	5 431	5 560	5 308	5 296	5 490	2,4 %	-2,3 %	-2,5 %	1,1 %
Sykehuset Telemark HF	1 714	1 797	1 683	1 640	1 664	4,8 %	-1,8 %	-4,3 %	-2,9 %
Sykehuset Østfold HF	3 226	3 336	3 185	3 102	3 238	3,4 %	-1,3 %	-3,9 %	0,4 %
Sørlandet sykehus HF	2 339	2 636	2 435	2 307	2 358	12,7 %	4,1 %	-1,4 %	0,8 %
Vestre Viken HF	3 793	4 151	3 962	3 824	3 941	9,4 %	4,5 %	0,8 %	3,9 %
Helse Vest	11 983	13 441	12 644	12 133	12 280	12,2 %	5,5 %	1,3 %	2,5 %
Helse Bergen HF	5 640	6 249	5 907	5 661	5 776	10,8 %	4,7 %	0,4 %	2,4 %
Helse Fonna HF	1 918	2 011	1 853	1 820	1 828	4,9 %	-3,4 %	-5,1 %	-4,7 %
Helse Førde HF	1 080	1 166	1 096	1 040	1 054	8,0 %	1,5 %	-3,7 %	-2,4 %
Helse Stavanger HF	3 345	4 015	3 788	3 613	3 622	20,0 %	13,2 %	8,0 %	8,3 %
Totalsum	62 435	67 879	64 512	63 028	65 003	8,7 %	3,3 %	0,9 %	4,1 %

Tabell 45. Framskrivning liggedøgn per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for BUP i 5-årsperioder. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.8 Psykisk helsevern barn og unge - poliklinikk

Framskrevet behov for poliklinikk 2025-2045 med SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.							
BUP	Antall 2025	Etter justert utgangår	Etter demografi 2045	Etter vekst utover demografi	Poliklinikk 2045 etter digitalisering	Endring 2025-2045	Endring fra demografi
Helse Midt-Norge	139 739	146 638	134 101	144 830	142 134	1,7 %	6,0 %
Helse Møre og Romsdal HF	51 374	53 919	46 882	50 633	49 691	-3,3 %	6,0 %
Helse Nord Trøndelag HF	25 694	26 992	23 140	24 991	24 556	-4,4 %	6,1 %
St. Olavs Hospital HF	62 671	65 728	64 079	69 206	67 887	8,3 %	5,9 %
Helse Nord	94 265	98 448	87 577	94 584	92 885	-1,5 %	6,1 %
Finnmarkssykehuset HF	15 496	16 156	14 967	16 165	15 892	2,6 %	6,2 %
Helgelandssykehuset HF	14 404	15 079	12 640	13 651	13 426	-6,8 %	6,2 %
Nordlandssykehuset HF	24 020	25 151	21 918	23 672	23 280	-3,1 %	6,2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	40 345	42 062	38 052	41 096	40 287	-0,1 %	5,9 %
Helse Sør-Øst	600 517	629 216	612 671	661 685	651 107	8,4 %	6,3 %
Akershus universitetssykehus HF	99 959	105 933	92 899	100 331	98 758	-1,2 %	6,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	18 981	19 876	20 540	22 183	21 828	15,0 %	6,3 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	28 382	29 418	35 305	38 129	37 644	32,6 %	6,6 %
Oslo universitetssykehus HF	71 256	74 123	89 511	96 672	95 347	33,8 %	6,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	55 259	57 532	53 321	57 587	56 734	2,7 %	6,4 %
Sykehuset Innlandet HF	57 727	60 697	57 838	62 465	61 365	6,3 %	6,1 %
Sykehuset Telemark HF	38 518	40 090	36 207	39 104	38 411	-0,3 %	6,1 %
Sykehuset Østfold HF	47 679	50 638	48 523	52 405	51 564	8,1 %	6,3 %
Sørlandet sykehus HF	50 887	54 100	49 439	53 394	52 467	3,1 %	6,1 %
Vestre Viken HF	131 869	136 809	129 088	139 415	136 988	3,9 %	6,1 %
Helse Vest	184 240	194 776	174 170	188 104	184 707	0,3 %	6,0 %
Helse Bergen HF	75 484	79 220	71 686	77 421	75 916	0,6 %	5,9 %
Helse Fonna HF	31 602	33 375	28 317	30 582	30 020	-5,0 %	6,0 %
Helse Førde HF	20 220	21 301	18 751	20 251	19 946	-1,4 %	6,4 %
Helse Stavanger HF	56 934	60 880	55 416	59 850	58 825	3,3 %	6,2 %
Totalsum	1 018 761	1 069 078	1 008 519	1 089 202	1 070 833	5,1 %	6,2 %

Tabell 46. Framskrivning poliklinikk per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for BUP 2025-2045. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026.

12.9 Psykisk helsevern barn og unge - poliklinikk for ulike år

Framskrivning av antall poliklinikk med utgangspunkt i aktiviteten i 2025 frem mot 2045. SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
BUP	2025	2030	2035	2040	2045	2025-2030	2025-2035	2025-2040	2025-2045
Helse Midt-Norge	139 739	142 607	137 498	137 614	142 134	2,1 %	-1,6 %	-1,5 %	1,7 %
Helse Møre og Romsdal HF	51 374	51 183	49 206	48 659	49 691	-0,4 %	-4,2 %	-5,3 %	-3,3 %
Helse Nord Trøndelag HF	25 694	25 624	24 287	24 131	24 556	-0,3 %	-5,5 %	-6,1 %	-4,4 %
St. Olavs Hospital HF	62 671	65 801	64 006	64 824	67 887	5,0 %	2,1 %	3,4 %	8,3 %
Helse Nord	94 265	93 289	89 790	90 196	92 885	-1,0 %	-4,7 %	-4,3 %	-1,5 %
Finnmarkssykehuset HF	15 496	15 850	15 333	15 482	15 892	2,3 %	-1,1 %	-0,1 %	2,6 %
Helgelandsykehuset HF	14 404	14 038	13 358	13 251	13 426	-2,5 %	-7,3 %	-8,0 %	-6,8 %
Nordlandssykehuset HF	24 020	23 560	22 413	22 408	23 280	-1,9 %	-6,7 %	-6,7 %	-3,1 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	40 345	39 841	38 687	39 055	40 287	-1,2 %	-4,1 %	-3,2 %	-0,1 %
Helse Sør-Øst	600 517	621 156	612 613	622 454	651 107	3,4 %	2,0 %	3,7 %	8,4 %
Akershus universitetssykehus HF	99 959	106 661	90 165	93 122	98 758	6,7 %	-9,8 %	-6,8 %	-1,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	18 981	20 041	20 145	20 807	21 828	5,6 %	6,1 %	9,6 %	15,0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	28 382	31 503	36 466	36 585	37 644	11,0 %	28,5 %	28,9 %	32,6 %
Oslo universitetssykehus HF	71 256	76 036	87 780	90 889	95 347	6,7 %	23,2 %	27,6 %	33,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	55 259	55 830	54 486	54 464	56 734	1,0 %	-1,4 %	-1,4 %	2,7 %
Sykehuset Innlandet HF	57 727	58 974	57 940	59 096	61 365	2,2 %	0,4 %	2,4 %	6,3 %
Sykehuset Telemark HF	38 518	37 854	36 880	36 974	38 411	-1,7 %	-4,3 %	-4,0 %	-0,3 %
Sykehuset Østfold HF	47 679	49 114	48 217	48 913	51 564	3,0 %	1,1 %	2,6 %	8,1 %
Sørlandet sykehus HF	50 887	52 247	50 323	50 375	52 467	2,7 %	-1,1 %	-1,0 %	3,1 %
Vestre Viken HF	131 869	132 896	130 212	131 231	136 988	0,8 %	-1,3 %	-0,5 %	3,9 %
Helse Vest	184 240	190 167	182 529	180 357	184 707	3,2 %	-0,9 %	-2,1 %	0,3 %
Helse Bergen HF	75 484	77 217	74 201	73 517	75 916	2,3 %	-1,7 %	-2,6 %	0,6 %
Helse Fonna HF	31 602	31 589	29 939	29 573	30 020	0,0 %	-5,3 %	-6,4 %	-5,0 %
Helse Førde HF	20 220	20 421	19 725	19 574	19 946	1,0 %	-2,4 %	-3,2 %	-1,4 %
Helse Stavanger HF	56 934	60 940	58 665	57 693	58 825	7,0 %	3,0 %	1,3 %	3,3 %
Totalsum	1 018 761	1 047 220	1 022 431	1 030 621	1 070 833	2,8 %	0,4 %	1,2 %	5,1 %

Tabell 47. Framskrivning poliklinikk per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for BUP i 5-årsperioder. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.10 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - liggedøgn

Framskrevet behov for liggedøgn 2025-2045 med SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
TSB	Liggedøgn 2025	Etter justert utgangssår 2025	Etter demografi 2045	Etter økt kapasitet	Etter omstilling døgn til dag	Etter omstilling til intensivt ambulant behandling	Liggedøgn 2045 etter modifierende faktorer	Endring 2025-2045	Endring fra demografi
Helse Midt-Norge	30 118	30 118	29 997	29 997	29 957	29 395	29 218	-3,0 %	-2,6 %
Helse Møre og Romsdal HF	15 739	15 739	15 086	15 086	15 060	14 778	14 689	-6,7 %	-2,6 %
Helse Nord Trøndelag HF	3 135	3 135	2 964	2 964	2 951	2 895	2 878	-8,2 %	-2,9 %
St. Olavs Hospital HF	11 244	11 244	11 947	11 947	11 946	11 722	11 651	3,6 %	-2,5 %
Helse Nord	25 847	25 847	24 934	24 934	24 897	24 431	24 284	-6,0 %	-2,6 %
Finnmarkssykehuset HF	3 435	3 435	3 526	3 526	3 521	3 455	3 434	0,0 %	-2,6 %
Helgelandssykehuset HF	2 132	2 132	2 027	2 027	2 020	1 982	1 970	-7,6 %	-2,8 %
Nordlandssykehuset HF	5 284	5 284	4 969	4 969	4 962	4 869	4 840	-8,4 %	-2,6 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	14 996	14 996	14 412	14 412	14 394	14 124	14 040	-6,4 %	-2,6 %
Helse Sør-Øst	103 070	103 070	109 170	109 170	109 034	106 989	106 347	3,2 %	-2,6 %
Akershus universitetssykehus HF	18 006	14 973	16 630	16 630	16 615	16 303	16 206	-10,0 %	-2,6 %
Oslo universitetssykehus HF	21 838	24 871	27 257	27 257	27 232	26 721	26 561	21,6 %	-2,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	11 383	11 383	11 644	11 644	11 615	11 397	11 329	-0,5 %	-2,7 %
Sykehuset Innlandet HF	11 272	11 272	11 168	11 168	11 157	10 948	10 882	-3,5 %	-2,6 %
Sykehuset Telemark HF	2 285	2 285	2 266	2 266	2 266	2 223	2 210	-3,3 %	-2,5 %
Sykehuset Østfold HF	9 160	9 160	9 610	9 610	9 592	9 412	9 356	2,1 %	-2,6 %
Sørlandet sykehus HF	18 126	18 126	19 053	19 053	19 027	18 670	18 558	2,4 %	-2,6 %
Vestre Viken HF	11 000	11 000	11 543	11 543	11 530	11 314	11 246	2,2 %	-2,6 %
Helse Vest	46 688	46 688	47 449	47 449	47 410	46 521	46 242	-1,0 %	-2,5 %
Helse Bergen HF	30 135	30 135	30 890	30 890	30 854	30 276	30 094	-0,1 %	-2,6 %
Helse Fonna HF	2 706	2 706	2 579	2 579	2 579	2 530	2 515	-7,1 %	-2,5 %
Helse Førde HF	2 373	2 373	2 246	2 246	2 244	2 202	2 189	-7,7 %	-2,5 %
Helse Stavanger HF	11 474	11 474	11 735	11 735	11 732	11 512	11 443	-0,3 %	-2,5 %
Totalsum	205 723	205 723	211 550	211 550	211 297	207 335	206 091	0,2 %	-2,6 %

Tabell 48. Framskrivning liggedøgn per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for TSB 2025-2045. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.11 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - liggedøgn for ulike år

Framskrivning av antall liggedøgn med utgangspunkt i aktiviteten i 2025 frem mot 2045. SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
TSB	2025	2030	2035	2040	2045	2025-2030	2025-2035	2025-2040	2025-2045
Helse Midt-Norge	30 118	30 217	30 072	29 750	29 219	0,3 %	-0,2 %	-1,2 %	-3,0 %
Helse Møre og Romsdal HF	15 739	15 643	15 451	15 072	14 689	-0,6 %	-1,8 %	-4,2 %	-6,7 %
Helse Nord Trøndelag HF	3 135	3 086	2 995	2 990	2 878	-1,6 %	-4,5 %	-4,6 %	-8,2 %
St. Olavs Hospital HF	11 244	11 488	11 625	11 689	11 651	2,2 %	3,4 %	4,0 %	3,6 %
Helse Nord	25 847	25 803	25 374	24 870	24 284	-0,2 %	-1,8 %	-3,8 %	-6,0 %
Finnmarkssykehuset HF	3 435	3 570	3 532	3 486	3 434	3,9 %	2,8 %	1,5 %	0,0 %
Helgelandssykehuset HF	2 132	2 081	2 088	2 047	1 970	-2,4 %	-2,1 %	-4,0 %	-7,6 %
Nordlandssykehuset HF	5 284	5 342	5 204	4 957	4 840	1,1 %	-1,5 %	-6,2 %	-8,4 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	14 996	14 811	14 550	14 380	14 040	-1,2 %	-3,0 %	-4,1 %	-6,4 %
Helse Sør-Øst	103 070	105 657	106 863	106 862	106 347	2,5 %	3,7 %	3,7 %	3,2 %
Akershus universitetssykehus HF	18 006	18 875	16 049	16 234	16 206	4,8 %	-10,9 %	-9,8 %	-10,0 %
Oslo universitetssykehus HF	21 838	22 626	26 429	26 585	26 561	3,6 %	21,0 %	21,7 %	21,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	11 383	11 463	11 481	11 412	11 329	0,7 %	0,9 %	0,3 %	-0,5 %
Sykehuset Innlandet HF	11 272	11 370	11 257	11 064	10 882	0,9 %	-0,1 %	-1,8 %	-3,5 %
Sykehuset Telemark HF	2 285	2 311	2 265	2 226	2 210	1,2 %	-0,9 %	-2,6 %	-3,3 %
Sykehuset Østfold HF	9 160	9 303	9 403	9 394	9 356	1,6 %	2,6 %	2,5 %	2,1 %
Sørlandet sykehus HF	18 126	18 624	18 752	18 644	18 558	2,7 %	3,5 %	2,9 %	2,4 %
Vestre Viken HF	11 000	11 085	11 228	11 304	11 246	0,8 %	2,1 %	2,8 %	2,2 %
Helse Vest	46 688	47 324	47 453	47 119	46 242	1,4 %	1,6 %	0,9 %	-1,0 %
Helse Bergen HF	30 135	30 647	30 760	30 578	30 094	1,7 %	2,1 %	1,5 %	-0,1 %
Helse Fonna HF	2 706	2 753	2 717	2 633	2 515	1,7 %	0,4 %	-2,7 %	-7,1 %
Helse Førde HF	2 373	2 337	2 299	2 266	2 189	-1,5 %	-3,1 %	-4,5 %	-7,7 %
Helse Stavanger HF	11 474	11 588	11 677	11 641	11 443	1,0 %	1,8 %	1,5 %	-0,3 %
Totalsum	205 723	209 002	209 762	208 601	206 091	1,6 %	2,0 %	1,4 %	0,2 %

Tabell 49. Framskrivning liggedøgn per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for TSB i 5-årsperioder. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.12 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - poliklinikk

Framskrevet behov for poliklinikk 2025-2045 med SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.							
TSB	Antall 2025	Etter justert utgangår	Etter demografi 2045	Etter vekst utover demografi	Poliklinikk 2045 etter digitalisering	Endring 2025-2045	Endring fra demografi
Helse Midt-Norge	46 685	47 005	49 147	54 062	53 177	13,9 %	8,2 %
Helse Møre og Romsdal HF	14 430	14 557	14 434	15 877	15 658	8,5 %	8,5 %
Helse Nord Trøndelag HF	4 797	4 826	4 586	5 045	4 934	2,9 %	7,6 %
St. Olavs Hospital HF	27 458	27 622	30 128	33 140	32 586	18,7 %	8,2 %
Helse Nord	23 907	24 051	23 325	25 658	25 107	5,0 %	7,6 %
Finnmarkssykehuset HF	1 894	1 902	1 853	2 039	2 004	5,8 %	8,1 %
Helgelandssykehuset HF	3 206	3 224	2 827	3 110	2 998	-6,5 %	6,0 %
Nordlandssykehuset HF	5 146	5 196	4 932	5 425	5 266	2,3 %	6,8 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	13 661	13 730	13 713	15 084	14 839	8,6 %	8,2 %
Helse Sør-Øst	264 337	266 644	281 638	309 802	304 860	15,3 %	8,2 %
Akershus universitetssykehus HF	36 618	36 929	33 732	37 105	36 479	-0,4 %	8,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	8 757	8 806	9 313	10 244	9 962	13,8 %	7,0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	13 378	13 446	13 875	15 262	14 961	11,8 %	7,8 %
Oslo universitetssykehus HF	31 255	31 533	42 709	46 980	46 193	47,8 %	8,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	43 037	43 507	45 041	49 545	48 981	13,8 %	8,7 %
Sykehuset Innlandet HF	17 545	17 748	18 060	19 867	19 565	11,5 %	8,3 %
Sykehuset Telemark HF	13 158	13 302	13 056	14 361	14 241	8,2 %	9,1 %
Sykehuset Østfold HF	31 808	32 073	33 671	37 038	36 586	15,0 %	8,7 %
Sørlandet sykehus HF	33 294	33 514	34 894	38 384	37 713	13,3 %	8,1 %
Vestre Viken HF	35 487	35 786	37 288	41 016	40 180	13,2 %	7,8 %
Helse Vest	152 232	153 924	161 185	177 303	175 588	15,3 %	8,9 %
Helse Bergen HF	94 890	96 081	101 331	111 464	110 745	16,7 %	9,3 %
Helse Fonna HF	6 093	6 132	5 820	6 402	6 353	4,3 %	9,2 %
Helse Førde HF	3 104	3 130	3 031	3 334	3 231	4,1 %	6,6 %
Helse Stavanger HF	48 145	48 581	51 003	56 104	55 259	14,8 %	8,3 %
Totalsum	487 161	491 623	515 295	566 825	558 732	14,7 %	8,4 %

Tabell 50. Framskrivning poliklinikk per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for TSB 2025-2045. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

12.13 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - poliklinikk for ulike år

Framskrivning av antall poliklinikk med utgangspunkt i aktiviteten i 2025 frem mot 2045. SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
TSB	2025	2030	2035	2040	2045	2025-2030	2025-2035	2025-2040	2025-2045
Helse Midt-Norge	46 685	48 958	50 672	52 111	53 177	4,9 %	8,5 %	11,6 %	13,9 %
Helse Møre og Romsdal HF	14 430	15 014	15 294	15 516	15 658	4,0 %	6,0 %	7,5 %	8,5 %
Helse Nord Trøndelag HF	4 797	4 822	4 889	4 892	4 934	0,5 %	1,9 %	2,0 %	2,9 %
St. Olavs Hospital HF	27 458	29 122	30 489	31 703	32 586	6,1 %	11,0 %	15,5 %	18,7 %
Helse Nord	23 907	24 780	24 922	24 991	25 107	3,6 %	4,2 %	4,5 %	5,0 %
Finnmarkssykehuset HF	1 894	2 012	2 008	1 985	2 004	6,2 %	6,0 %	4,8 %	5,8 %
Helgelandsykehuset HF	3 206	3 156	3 090	3 040	2 998	-1,6 %	-3,6 %	-5,2 %	-6,5 %
Nordlandssykehuset HF	5 146	5 256	5 295	5 297	5 266	2,1 %	2,9 %	2,9 %	2,3 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	13 661	14 357	14 529	14 670	14 839	5,1 %	6,4 %	7,4 %	8,6 %
Helse Sør-Øst	264 337	279 112	290 007	298 426	304 860	5,6 %	9,7 %	12,9 %	15,3 %
Akershus universitetssykehus HF	36 618	39 764	34 151	35 479	36 479	8,6 %	-6,7 %	-3,1 %	-0,4 %
Diakonhjemmet Sykehus	8 757	9 069	9 403	9 712	9 961	3,6 %	7,4 %	10,9 %	13,8 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	13 378	14 095	14 536	14 839	14 961	5,4 %	8,7 %	10,9 %	11,8 %
Oslo universitetssykehus HF	31 255	33 597	43 297	44 933	46 193	7,5 %	38,5 %	43,8 %	47,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	43 037	44 955	46 614	47 881	48 980	4,5 %	8,3 %	11,3 %	13,8 %
Sykehuset Innlandet HF	17 545	18 535	18 930	19 262	19 565	5,6 %	7,9 %	9,8 %	11,5 %
Sykehuset Telemark HF	13 158	13 509	13 706	13 995	14 240	2,7 %	4,2 %	6,4 %	8,2 %
Sykehuset Østfold HF	31 808	33 464	34 711	35 742	36 586	5,2 %	9,1 %	12,4 %	15,0 %
Sørlandet sykehus HF	33 294	35 000	36 274	37 146	37 713	5,1 %	8,9 %	11,6 %	13,3 %
Vestre Viken HF	35 487	37 125	38 385	39 435	40 180	4,6 %	8,2 %	11,1 %	13,2 %
Helse Vest	152 232	161 746	167 834	172 348	175 588	6,2 %	10,2 %	13,2 %	15,3 %
Helse Bergen HF	94 890	100 848	104 989	108 268	110 745	6,3 %	10,6 %	14,1 %	16,7 %
Helse Fonna HF	6 093	6 287	6 326	6 358	6 353	3,2 %	3,8 %	4,4 %	4,3 %
Helse Førde HF	3 104	3 186	3 249	3 259	3 231	2,7 %	4,7 %	5,0 %	4,1 %
Helse Stavanger HF	48 145	51 425	53 269	54 462	55 259	6,8 %	10,6 %	13,1 %	14,8 %
Totalsum	487 161	514 596	533 434	547 876	558 732	5,6 %	9,5 %	12,5 %	14,7 %

Tabell 51. Framskrivning poliklinikk per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for TSB i 5-årsperioder. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

Vedlegg organisering av arbeidet

Revisjonen bygger på arbeider fra en faggruppe, som har bestått av følgende deltakere:

Navn	Aktør
Jon-Tomas Finnsson	Helse Nord RHF, leder av faggruppen
Eirik Stellander	Helse Nord RHF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Erling Inge Kvig	Helse Nord RHF, Nordlandssykehuset HF
Lars Ravn Øhlckers	Helse Vest RHF
Marianne Skretting	Helse Vest RHF, Helse Stavanger HF
Aina Nybakke	Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF
Kitt-Anne Jorid Hansen	Brukerutvalget, Helse Nord RHF
Arild Amundsen	Brukerutvalget, Helse Nord RHF
Ragnhild Hagen	Helse Midt-Norge RHF
Bente Hustad	Helse Midt-Norge RHF
Miriam Kristine Sandvik	Helse Sør-Øst RHF
Christian Reissig	Helse Sør-Øst RHF, Sykehuset i Vestfold HF
Torhild Hovdal	Helsedirektoratet
Nikoline Ørstavik	Helsedirektoratet
Anne Kristine Nitter	KS, Fredrikstad kommune
Birgit Aanderaa	KTV Akademikerne, Helse Sør-Øst
Irene Kronkvist	KTV Unio, Helse Sør-Øst
Christian Thoresen	Analyse, Helse Sør-Øst RHF
Anders Tømmerås	Analyse, Helse Sør-Øst RHF
Paul Martin Gystad	Analyse, Helse Midt-Norge RHF
Asgeir Winge	Analyse, Helse Midt-Norge RHF
Hanne Lehn	Analyse, Helse Midt-Norge RHF
Signe Gevik Harestad	Analyse, Helse Vest RHF
Ådne Njå	Analyse, Helse Vest RHF
Olena Lakunchykova	Analyse, Helse Nord RHF
Øyvind Hope	Analyse, Sykehusbygg HF
Lisa Brodal	Analyse, Sykehusbygg HF
Lilian Leistad	Analyse, Sykehusbygg HF

Faggruppen har gjennomført 4 fysiske møte i perioden januar 2026 til april 2026 og ett digitalt møte i mai 2026. I tillegg til gjennomgang av egne analyser og arbeider har møtene hatt eksterne foredragsholdere. Følgende tema er presentert:

Møte	Foredragsholder
Januar	- Jon Tomas Finnsson, Helse Nord: <i>Framskrivningsmodellen fra 2021</i> - Torhild Hovdal, Helsedirektoratet: <i>Pågående arbeid i helsedirektoratet</i> - Christian Thoresen Helse Sør-Øst og Jon-Tomas Finnsson, Helse Nord: <i>Trender og utvikling i helsetjenestene de senere år</i> <i>Utvikling i sykdomsbyrde og oppdaterte tall på behandlingssgap i tjenesten</i> <i>Behov for døgnkapasitet</i>
Februar	- Christian Thoresen Helse Sør-Øst: <i>Utvikling i poliklinisk aktivitet psykisk helsevern voksne 2016-2025</i> <i>Beskrivelse av FACT i dagens framskrivning</i> <i>Utvikling i døgnbehandling psykisk helsevern voksne 2016-2025</i> - Trond Hatling og Synnøve Reitan, NAPHA: <i>Effekt og dimensjonering FACT</i>
Mars	- Torhild Hovdal, Helsedirektoratet, Per Anton Emanuel Åhrén, Helse Sør-Øst RHF og Christian Reissig, Sykehuset i Vestfold HF: <i>Hvordan påvirkes fremtidige behov av digitalisering? Presentasjoner og diskusjon</i> - Stein Emil Vollset, Global burden of disease: <i>Utvikling i sykdomsbyrde</i> - Christian Thoresen Helse Sør-Øst: <i>Utvikling i poliklinisk aktivitet psykisk helsevern barn og unge 2016-2025</i> <i>Utvikling i døgnbehandling psykisk helsevern barn og unge 2016-2025</i>
April	- Bjarne Hansen, UiB: <i>Hva kjennetegner effektiv poliklinisk behandling</i> - Christian Thoresen Helse Sør-Øst: <i>Utvikling i aktivitet TSB 2016-2025</i> - Espen Ajo Arnevik, Oslo Universitetssykehus HF: <i>Utvikling av fagfeltet TSB frem mot 2045</i> - Synnøve Reitan og Thomas Haug, Napha: <i>Ruspopulasjonen i FACT</i>
Mai	Gjennomgang av utkast til rapport

Sekretariatet for arbeidet har bestått av følgende:

Navn	Aktør
Christian Thoresen	Helse Sør-Øst RHF
Anders Tømmerås	Helse Sør-Øst RHF
Halfdan Aass	Helse Sør-Øst RHF
Jon Tomas Finnsson	Helse Nord RHF