

Innledende kartlegging til arbeidet med bemanningsframskrivninger – psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Bakgrunn

Revidert framskrivningsmodell for PHV og TSB vurderer et nasjonalt vekstbehov i liggedøgn på 7,1% og poliklinikk på 15% frem mot 2040.¹ De sentrale elementene er:

- Kapasitet til behandling og oppfølging av barn- og unge i spesialisthelsetjenesten bør styrkes. Det bør være særlig oppmerksomhet mot spiseforstyrrelser.
- Det er behov for en særlig satsning på hele behandlingsforløpet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, inkludert sikkerhetspsykiatri, øvrig døgnkapasitet og FACT eller tilsvarende ambulante modeller.
- Det bør legges til rette for styrket kompetanse og basis- og akutt-tjenestene i TSB.
- Videreutvikling av poliklinikk for å bedre tilbud og møte utfordringer med tilgang på personell. Behov for generell vekst, men særlig:
 - Alkoholrelaterte problemstillinger
 - Økt andel eldre i spesialisthelsetjenesten
 - Digitale tjenester
- Styrke samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- Videreutvikle tilbudet for milde og moderate tilstander i kommunene
- Fokus på gode botilbud i kommunen og overganger mellom tjenestene

Statistisk sentralbyrå framskriver en aldrende befolkning i Norge², og aldersbæreevnen reduseres med -34%, fra 4,1 til 2,7 yrkesaktive (16-66 år) per innbygger over 67 år³. Flere av helseforetakene i regionen gir tilbakemelding om økende utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell innen tjenesteområdene.

Notatet bygger på et innledende analysearbeid i samarbeid med helseforetakene i Helse Sør-Øst. Basert på innspill fra helseforetakene løftes problemstillinger knyttet til forutsetninger for kvalitet i behandling, utfordringer i samhandling på tvers av forvaltningsnivå, personellsammensetning og utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell.

Kvalitet i behandling

Effekt av behandling for en rekke psykiske lidelser har sterk empirisk støtte, og riktig behandling virker.⁴ På tross av dette er det fortsatt få nasjonale kvalitetsindikatorer innrettet mot effekten av behandling. Kvalitetsregistre som NorSpis (spiseforstyrrelser) indikerer likevel effekter av behandling på funksjon for om lag halvparten av voksne pasienter og høy grad av pasientvurdert bedring etter

¹ [Forslag til revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)

² [Nasjonale befolkningsframskrivninger \(ssb.no\)](#)

³ Waaler Bjørnelv, G. & Melberg, H.O. (2023). Penger, prinsipper og prioritering. Tidsskriftet, den norske legeförening,

⁴ Cuijpers, P. et al. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. Can J Psychiatry, 58.

behandling.⁵ Det er etablert nasjonale kvalitetsindikatorer som illustrerer andre relevante elementer i pasientforløpet. Ett utvalg vises i tabell nedenfor for Helse Sør-Øst.

Utvalg av nasjonale kvalitetsindikatorer PHV voksen 2022 fra helsedirektoratet				
	Andel gjennomført første evaluering ihht forløpstid	Forløpstid utredning	Medvirkning i egen behandling	Epikrisetid 1 dag
Akershus universitetssykehus HF	40,0 %	62,0 %	43,0 %	35,7 %
Diakonhjemmet sykehus	42,0 %	94,0 %	20,0 %	49,7 %
Lovisenberg diakonale sykehus	42,0 %	64,0 %	28,0 %	55,3 %
Oslo universitetssykehus HF	38,0 %	69,0 %	11,0 %	51,2 %
Sørlandet sykehus HF	40,0 %	68,0 %	69,0 %	71,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	72,0 %	90,0 %	88,0 %	78,0 %
Sykehuset Innlandet HF	32,0 %	72,0 %	41,0 %	64,6 %
Sykehuset Østfold HF	50,0 %	66,0 %	54,0 %	59,6 %
Sykehuset Telemark HF	35,0 %	71,0 %	66,0 %	52,8 %
Vestre Viken HF	20,0 %	75,0 %	55,0 %	61,3 %
Helse Sør-Øst	45,0 %	73,0 %	50,0 %	57,5 %

Virksom behandling for en rekke psykiske lidelser bør være av ett visst omfang og frekvens (hyppighet i behandling). Tabell nedenfor viser data for avsluttede forløp i perioden 2018-2022, hvor siste diagnose blir definert som behandlingsdiagnose.⁶ Tabellen viser et noe lavt median kontaktvolum for utbredte og allmenne tilstander (e.g. angst og depresjon), hvor 75 persentil er godt innenfor anbefalt volum. Median frekvens (median antall dager mellom kontakter) ligger nær hver 2. uke gjennom forløpet. Oversikten indikerer at volumet av behandling for noen tilstander er noe lavt, med en for sjelden frekvens. Særlig ved angst og depresjon vil det kunne være mer effektivt med en hyppigere frekvens for å være effektiv behandling.⁷

Median antall kontakter og frekvens for mest frekvente diagnosegrupper i PHV VOP Helse Sør-Øst 2018-2022 for avsluttede forløp		
Diagnose	Median (25. - 75. persentil)	
	Kontakter	Frekvens
Alkohol	7 (5-14)	10 (3-17)
Schizofreni	20 (8-55)	9 (5-16)
Bipolar lidelse	15 (8-30)	13 (9-19)
Depressiv episode	12 (7-20)	13 (9-18)
Tilbakevendende depressiv episode	14 (8-23)	13 (9-18)
Fobier	13 (9-21)	14 (10-18)
Generell angst	12 (7-19)	14 (10-18)
Tvangslidelser	17 (10-25)	15 (11-21)
Tilpasningsforstyrrelser	13 (7-23)	13 (9-19)
Spiseforstyrrelser	20 (10-37)	12 (9-17)
Personlighetsforstyrrelser	19 (10-42)	12 (8-17)
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	14 (7-26)	14 (10-19)
ADHD	12 (7-21)	16 (12-22)
Symptomlidelse	6 (5-10)	12 (7-20)

I tillegg til utviklingen av nasjonale kvalitetsregistre, utvikler Helse Sør-Øst en felles regional data- og analyseplattform (RDAP), hvor alle helseforetak har påbegynt en løsning med innsamling av PROMs

⁵ Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis), 2022

⁶ Frekvens er antall kontakter dividert på antall dager i behandling (måler sentraltendens gjennom forløp og ikke fasespesifikk intensivt behandling). Videre er pasientforløp med 3 eller færre kontakter utelatt fra sammenstillingen.

⁷ Bruijnics, S. J. E. et al. (2022). Individual differences in response to once versus twice weekly sessions of CBT and IPT for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 90.

(patient reported outcome measures) fra primært polikliniske pasienter. Dette vil være ett verdifullt bidrag til å i større grad forstå effekter av behandling.

Døgnbehandling er nødvendig for pasienter med psykiske lidelser hvor tilstanden i for stor grad forstyrrer funksjonsnivå. Det er relativt lav variasjon i hvilken grad individer med alvorlige psykiske lidelser blir innlagt og forbruk av liggedøgn over opptaksområder i Helse Sør-Øst, mens variasjonen for øvrige tilstander er høyere. Utviklingen i antall dømt til behandling^{8 9} og de påfølgende kapasitetsutfordringer gjennom større deler av behandlingsskjeden understreker behovet for tydeligere prioritering, arbeid med innleggelsesmønster og vurdering av kapasitet. Tabell nedenfor viser antall individer med døgninnleggelse og liggedøgn for henholdsvis alvorlige psykiske lidelser (primærpsykose og bipolar lidelse) og øvrige tilstander i PHV voksen 2022.

Antall individer med innleggelse og liggedøgn, rårate og standardisert rate per 100 000 for pasienter med og uten alvorlig psykisk lidelse i Helse Sør-Øst 2022 - PHV voksen	Antall individer og liggedøgn				Rårate per 100 000				Standardisert rate per 100 000 (alder)			
	Alvorlig psykisk lidelse		Øvrige		Alvorlig psykisk lidelse		Øvrige		Alvorlig psykisk lidelse		Øvrige	
	Individer	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn
Akershus universitetssykehus	791	36 245	1 865	50 647	181	8 317	428	11 621	181	8 329	432	11 758
Diakonhjemmet Sykehus	191	11 237	298	8 038	166	9 789	260	7 002	163	9 570	256	7 056
Lovisenberg Diakonale Sykehus	365	19 621	648	16 167	283	15 188	502	12 515	294	15 464	498	12 909
Oslo universitetssykehus	484	30 755	761	27 630	228	14 474	358	13 003	221	13 710	355	13 035
Sykehuset i Vestfold	332	18 150	766	19 313	173	9 446	399	10 051	178	9 763	411	10 315
Sykehuset Innlandet	433	22 365	1 566	43 910	159	8 206	575	16 110	168	8 782	604	16 832
Sykehuset Telemark	328	16 811	810	22 761	237	12 127	584	16 419	248	12 887	610	17 270
Sykehuset Østfold	411	22 139	1 471	38 407	167	8 970	596	15 561	172	9 404	619	16 216
Sørlandet Sykehus	530	25 572	1 302	40 612	225	10 848	552	17 228	227	10 959	554	17 424
Vestre Viken	632	34 370	1 547	42 680	169	9 165	413	11 381	171	9 486	423	11 598
Helse Sør-Øst	4 497	237 265	11 034	310 165	191	10 083	469	13 181	202	10 836	476	13 441
Variasjonskoeffisient					0,198	0,222	0,229	0,236	0,204	0,208	0,242	0,243
Ekstremkvotient					1,778	1,851	2,296	2,460	1,803	1,857	2,419	2,469

Tabell nedenfor viser innleggelsesmønster og liggedøgn for TSB og PHV barn- og unge. Ulik organisering og innhold i døgnbehandling innen TSB er sannsynlig en viktig forklaring på ulik forbruk av liggedøgn over opptaksområder. Innleggelser i PHV barn- og unge er ikke hyppig forekommende, og analyser basert på kalenderår viser noe større variasjon enn analyser over flere år. Samtidig viser tabellen nedenfor store forskjeller innad i regionen, særlig innad i Oslo sykehusområde (Oslo universitetssykehus HF har døgnbehandling for alle opptaksområder i Oslo).

Antall individer med innleggelse, liggedøgn og rårate per 100 000 i TSB og psykisk helsevern barn- og unge i Helse Sør-Øst 2022	TSB 18 år og eldre				Barn- og unge under 18 år			
	Antall		Rårate per 100 000		Antall		Rårate per 100 000	
	Individer	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn
Opptaksområde								
Akershus universitetssykehus	1 041	69 372	239	15 918	160	15 757	124	12 194
Diakonhjemmet Sykehus	311	20 862	271	18 174	41	2 799	158	10 803
Lovisenberg Diakonale Sykehus	506	30 176	392	23 359	27	821	118	3 598
Oslo universitetssykehus	682	42 467	321	19 986	76	8 706	128	14 635
Sykehuset i Vestfold	499	32 938	260	17 142	57	931	114	1 863
Sykehuset Innlandet	500	45 265	183	16 608	142	3 465	227	5 540
Sykehuset Telemark	510	39 069	368	28 184	60	1 609	180	4 819
Sykehuset Østfold	584	40 629	237	16 461	122	7 570	188	11 647
Sørlandet Sykehus	615	33 107	261	14 045	67	2 741	100	4 104
Vestre Viken	672	34 707	179	9 255	133	5 038	126	4 780
Helse Sør-Øst	5 920	388 592	252	16 514	885	49 437	143	7 967
Variasjonskoeffisient			0,247	0,272			0,262	0,570
Ekstremkvotient			2,186	3,045			2,263	7,853

Ett uttrykk for kvalitet på døgnbehandling innen PHV vil kunne være reinnleggelsesrate innen 30 dager. Tabell nedenfor viser andel reinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse i Helse Sør-Øst.

⁸ [Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019 \(sifer.no\)](https://sikkerhetspsykiatri.no)

⁹ [Forslag til revidert framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)

Akuttinnleggelser 2022 og andel av opphold som er reinnlagt innen 30 dager for alvorlige psykiske lidelser*		
Helseforetak/sykehus	Antall akuttinnleggelser	Andel reinnleggelser 30 dager
Akershus universitetssykehus HF	1 278	15,4 %
Diakonhjemmet Sykehus	244	10,2 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	507	15,4 %
Oslo universitetssykehus HF	566	11,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	638	11,4 %
Sykehuset Innlandet HF	650	18,6 %
Sykehuset Telemark HF	592	17,6 %
Sykehuset Østfold HF	650	16,9 %
Sørlandet sykehus HF	910	22,1 %
Vestre Viken HF	971	15,9 %
Helse Sør-Øst	7 006	16,1 %

*8 timer differanse mellom opphold for å ekskludere overføringer.

Det er tidligere illustrert en sammenheng mellom kortere oppholdstider og reinnleggelser, samt at lengre opphold i innledende behandlingsforløp kan indikere mer varig effekt (målt mot reinnleggelser) for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.¹⁰ Samtidig er det ikke en signifikant korrelasjon mellom opptaksområdenes forbruk av liggedøgn og reinnleggelser innen 30 dager. Dette understreker at det er flere faktorer som påvirker volum av reinnleggelser.

Bedre forløp med optimal stabilisering av tilstand og forebygging av tilbakefall, vil også være viktig for å forebygge ytterligere vekst i behov for sikkerhetspsykiatri. Det er flere gode eksempler på systematisk fagutvikling og klinikknær forskning, som vil kunne utvikle pasientbehandlingen. Ett eksempel er utvikling av «krisepakke» ved Oslo universitetssykehus HF som adresserer innleggelsesmønstre og behandling av pasienter med ikke-psykotiske lidelser.¹¹ Det er behov for å systematisere og legge til rette for kunnskapsdeling av de aktuelle pågående prosjekter over helseforetak/sykehus.

For å videreutvikle og drive effektiv behandling bør følgende tema belyses i videre arbeid:

- Integret behandling av rusmiddelproblemer, psykiske lidelser og somatikk prioriteres og videreutvikles, bl.a. gjennom FACT-team og styrket samarbeid på tvers av fagområder
- Videreutvikle behandlingsintensive ambulante tilbud utenfor sykehus, som for eksempel hjemmesykehus
- Forløpene må ha som mål å gi effektiv behandling. Antall kontakter og frekvens må tilpasses dette
- Styrke arbeidet med reduksjon av uønsket variasjon i døgnbehandling
- Understøtte målrettet klinikknær forskning og fagutvikling
- Måling av kvalitet og resultater i tjenesten - systematisk bruk av effektmål som kvalitetsindikator

¹⁰ [Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 2021](#)

¹¹ ["Krisepakke - Ullevålmodellen for pasienter i krise" - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

Samhandling

Samhandling innebærer felles omforente mål, prioritering, oppgavedeling og bedre forvaltning av forløp på tvers av forvaltningsnivå. Det er i Helse Sør-Øst i 2023 flere konkrete eksempler på at helsefelleskapene samarbeider godt over disse dimensjonene. Eksempler fra klinisk praksis er felles inntaksteam for barn- og unge i en rekke helseforetak/sykehus. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser er etablering av integrerte helsetjenester (e.g. FACT) godt i gang i mange områder, men det er fremdeles variasjon i hvilken grad dette er implementert.

Samhandlingen vil avhenge av behandlingens innhold og alvorligheten av tilstanden. For den største andelen av pasientene vil god samhandling innebære prioritering og oppgavedeling. Dette er særlig aktuelt i de tilfeller behandling til dels er overlappende mellom det som gis i spesialisthelsetjenesten og det som gis i kommunehelsetjenesten. For behandlingsforløp hvor helsetjenesteinnsatsen er delvis komplementær, vil god samhandling innebære tydeliggjøring av mål, omforente tiltak og behandlingsplaner. Dette vil være for pasienter hvor samtidig behandling i spesialisthelsetjenesten må kombineres med hjemmehelsetjenester, praktisk bistand, aktivisering og/eller boligtilbud.

Barn- og unge

Antall individer i psykisk helsevern for barn- og unge (BUP) har økt fra 29 523 individer i 2018 til 36 244 individer i 2022 i Helse Sør-Øst. Dette utgjør en vekst i antall individer på 22,7%, og en vekst på 23,5% i antall individer per 100 000 barn- og unge (færre barn- og unge i 2022 sammenlignet med 2018 gir høyere utvikling i rate per 100 000). Antall kontakter per pasient viser en nedgang på -0,8%, noe som innebærer at pasientene som er kommet inn i spesialisthelsetjenesten får om lag like mange kontakter per pasient som før (15,6 per individ i 2022 mot 15,7 i 2018). Det er tidligere illustrert at pasienter som kom til BUP i 2021 hadde like lav funksjonsskåre som pasientpopulasjoner fra tidligere år.¹²

En annen pasientgruppe som økte under korona-pandemien, var unge voksne i psykisk helsevern for voksne (VOP). I Helse Sør-Øst økte antall individer i VOP i alder 18-24 år med 14,3%, og 16,6% per 100 000 innbygger i alder 18-24 år. Antall kontakter per pasient ble i samme periode redusert fra 13,04 i 2018 til 12,42 (-4,8%). Reduksjonen er trolig forklart av en betydelig vekst i antall pasienter med symptomidelser. Disse har færre kontakter, enn pasienter med spesifiserte psykiske lidelser.

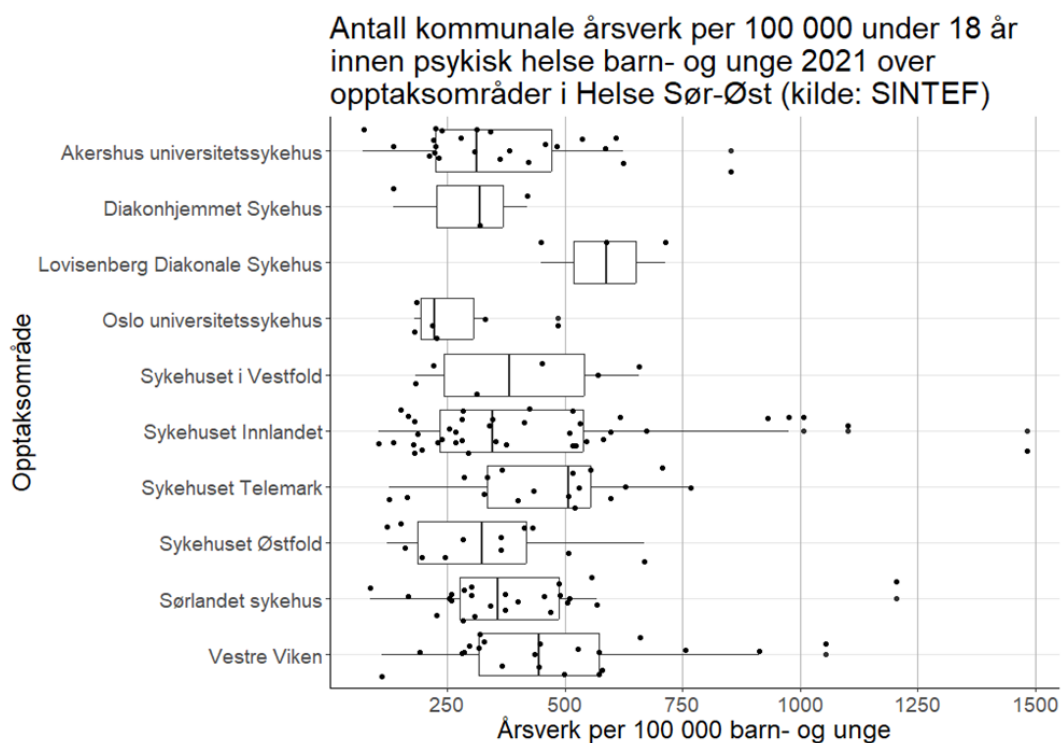
Det er lite tilgjengelig informasjon om antall individer, tiltak og behandling for individer med milde/moderate tilstander i kommunehelsetjenesten i Norge og Helse Sør-Øst (i.e. lav-terskel tjenester). Dette vil primært være pasienter som i hovedsak får polikliniske behandling i spesialisthelsetjenesten, og et mulig overlapp i tiltak og intervensjoner mellom spesialisthelse- og kommunehelsetjenesten. Oppgavedeling og prioriteringer vil være sentrale aspekter av samhandlingen. Av tilgjengelig offentlig informasjon om kapasiteten i kommunehelsetjenesten for barn- og unge, er SINTEFs siste rapport om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2022 et viktig arbeid. Denne viser at det har vært en vekst i antall årsverk i kommunehelsetjenesten for barn- og unge på 23,2% i perioden 2018-2022, og videre at 83% av årsverkene i kommunen er innrettet mot milde/moderate og kortvarige alvorlige forløp for barn- og unge.¹³ Den samlede årsverksinnsatsen fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste i Helse Sør-Øst for barn- og unge, samt voksne (inkl. TSB) er sammenstilt i tabell nedenfor. Den samlede kapasitet over opptaksområder viser ulik organisering og innretting på kapasitet målt i årsverk.

¹² Revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB, 2022.

¹³ Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF, 2022.

Totale årsverk til psykisk helsevern (barn- og unge, voksne, TSB) i Helse Sør-Øst 2021 i både spesialist- og kommunehelsetjeneste									
	Antall				Per 10 000 innbygger				Avvik til gjennomsnitt
	HF/- sykehus	Kommune	Avtale-spesialister	Totalt	HF/- sykehus	Kommune	Avtale-spesialister	Totalt	
Barn- og unge									
Akershus universitetssykehus	463	407	2	873	36	32	0	68	-6,2 %
Oslo sykehusområde*	438	363	8	809	40	34	1	75	3,8 %
Sykehuset i Vestfold	180	192	1	373	36	38	0	75	3,8 %
Sykehuset Innlandet	288	229	0	517	46	37	-	83	14,9 %
Sykehuset Telemark	146	158	3	307	44	47	1	92	27,6 %
Sykehuset Østfold	212	183	0	395	33	28	-	61	-15,5 %
Sørlandet sykehus	244	232	1	477	37	35	0	71	-0,7 %
Vestre Viken	411	305	0	716	39	29	-	68	-5,7 %
Sum	2 382	2 069	15	4 466	38	33	0	72	
Voksne og TSB									
Akershus universitetssykehus	1 528	1 077	37	2 642	33	23	1	57	-16,8 %
Oslo sykehusområde*	1 946	1 240	199	3 385	40	26	4	70	2,8 %
Sykehuset i Vestfold	754	532	31	1 317	38	26	2	66	-4,1 %
Sykehuset Innlandet	1 310	748	38	2 096	47	27	1	76	10,9 %
Sykehuset Telemark	486	448	18	952	35	32	1	68	-1,0 %
Sykehuset Østfold	953	792	27	1 772	37	31	1	69	0,3 %
Sørlandet sykehus	1 190	986	23	2 199	49	40	1	90	31,6 %
Vestre Viken	1 385	992	50	2 427	36	25	1	62	-8,9 %
Sum	9 552	6 815	423	16 790	39	28	2	68	

Innad i opptaksområder er variasjonen i antall kommunale årsverk mellom kommuner betydelig. Figur nedenfor illustrerer variasjonen over opptaksområder per 100 000 barn- og unge, hvor hver kommune er representert med en prikk. Variasjonen er størst i opptaksområdene til Sykehuset Innlandet, Akershus universitetssykehus, Sørlandet sykehus og Vestre viken.



Variasjonen i de kommunale årsverkene, både over og innad i opptaksområder, innebærer utfordringer med sentrale modeller for samhandling og oppgavedeling. Den kan også indikere et behov for større grad av interkommunalt samarbeid.

Tabell nedenfor viser sammenheng mellom antall pasienter i BUP per kommune og volumet av nyhenviste. Ingen av de andre dimensjonene samvarierer i betydelig grad, og særlig er det ingen åpenbar sammenheng mellom antall årsverk i kommune versus volum av nyhenviste, antall pasienter i BUP eller antall avviste. Ettersom dette vil være overlappende helsetjenester i mange henseender, er fravær av samvariasjon en indikasjon på et behov for bedre felles organisering og prioritering i regionen. I opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033) er det foreslått å utrede og pilotere integrerte ungdomstjenester på ett nivå.¹⁴ Dette kan legge til rette for bedre ressursbruk og planlegging av helsetjenesten.

Korrelasjonsmatrise for pasienter i BUP og kommunale årsverk psykisk helse barn- og unge i Helse Sør-Øst 2021				
	Pasienter i BUP	Nyhenviste	Avviste	Årsverk i kommune
Pasienter i BUP	1	0,80**	0,17*	-0,04
Nyhenviste	0,80**	1	0,17*	-0,04
Avviste	0,17*	0,17*	1	-0,13
Årsverk i kommune	-0,04	-0,16	-0,13	1

*p<0,05

**p<0,005

Vedtaksbaserte tjenester

De vedtaksbaserte kommunale helse- og omsorgstjenestene for pasienter innen PHV og TSB er primært praktisk bistand, hjemmehelsetjenester og omsorgsbolig. Tabell nedenfor viser antall pasienter i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst 2021, og andel med vedtaksbaserte tjenester i samme år. Om lag 24% av pasientene i PHV og TSB har parallelle vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste, mens det for barn- og unge er en relativt mindre andel. Av de mest frekvente tilstandene med parallell oppfølging, er det for barn- og unge særlig utviklingsforstyrrelser. For voksne har både rusrelaterte lidelser og psykoser en betydelig felles kontaktflate.

Antall pasienter i PHV og TSB 2021 og andel med vedtaksbaserte tjenester		
	Individer	Andel med vedtaksbaserte tjenester
Antall pasienter i spesialisthelsetjeneste	138 616	23,5 %
Barn- og unge	33 962	10,3 %
Atferdsforstyrrelser	6 931	14,6 %
Utviklingsforstyrrelser	1 393	47,7 %
Symptomlidelse	17 200	6,3 %
Voksne	104 654	27,9 %
Rusrelaterte lidelser	14 863	43,7 %
Psykose	6 063	67,0 %
Angst og depresjon	43 180	18,2 %

Tabell nedenfor viser andel med timebaserte tjenester for selekterte tilstandskategorier og oppfølgingsvolum.

¹⁴ Meld.St.23, opptrappingsplan for psykisk helsevern (2023-2033)

Pasienter i oppfølging i spesialisthelse- og kommunal helse- og omsorgstjeneste*			
	Andel med praktisk bistand og/eller hjemmetjenester	Timer per individ per uke	Andel individer med omsorgsbolig
Rusrelaterte lidelser	90,8 %	5,49	11,4 %
Psykose	93,4 %	20,70	28,8 %
Utviklingsforstyrrelse	51,5 %	34,87	12,3 %

*Antall timer per individ er beregnet som sum av antall timer per uke i 2021 dividerte med antall individer med timebasert helse- og omsorgstjeneste. For pasienter med psykose og utviklingsforstyrrelse er volumet likt fordelt mellom praktisk bistand og hjemmehelsetjenester, mens for rusrelaterte lidelser er volumet primært hjemmehelsetjenester.

Av pasienter med rusrelaterte lidelser med parallell oppfølging i spesialist- og kommunal helse- og omsorgstjeneste, får nærmere 91% av pasientene timebasert oppfølging, og det primære volumet er hjemmehelsetjenester. For pasienter med psykoselidelser får 93% timebasert oppfølging, og ett gjennomsnitt på 20,7 timer per individ per uke. Videre har nærmere 30% av pasientene med psykose som følges på tvers av forvaltningsnivå, registrert omsorgsbolig. Pasienter med utviklingsforstyrrelse og samtidig oppfølging i kommunen har nærmere 35 timer per uke i oppfølging. For disse pasientene er det samlede volumet av helsetjenester betydelig, og det er avgjørende med definerte mål for og systematisk evaluering av behandlingen. Samtidig indikerer nasjonal kvalitetsindikator for pasienter med schizofreni og individuell plan i Helse Sør-Øst svært lav måloppnåelse, hvor kun 7% av pasientene hadde registrert individuell plan i 2022.

Tilgang på adekvat boligsituasjon for pasienter med psykiske lidelser og rusrelaterte lidelser er vurdert ulik mellom kommuner i Norge.¹⁵ Om lag 53% av kommunene i Norge vurderer boligsituasjonen for pasienter med psykiske lidelser å være god, mens 38% av kommunene vurderer bosituasjonen innen rusfeltet å være god. I Oslo vurderes ikke bosituasjon som god for noen av tjenesteområdene (PHV 14% av bydeler vurderer situasjonen som god; 0% for rusrelaterte lidelser).

Tabell nedenfor sammenstiller antall individer med oppfølging innen PHV/TSB og omsorgsbolig i 2021 og vurderinger fra kommunene om boligsituasjon. Samvariasjonen mellom andel kommuner i fylke (bydeler i Oslo) som vurderer bosituasjon som god og antall pasienter med omsorgsbolig per 100 000 18-65 år er svært høy ($r=0.97$). Variasjonsbredden i antall individer med omsorgsbolig per 100 000 18-65 år er betydelig innad i regionen, samtidig observeres et mer ensartet volum for pasienter med psykoselidelser. Den relative differansen over fylker i Helse Sør-Øst og diagnostisk differensiering kan indikere utfordringer for optimale forløp på tvers av forvaltningsnivå.

¹⁵ Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF, 2022.

Antall individer i oppfølging i PHV/TSB og med omsorgsbolig per 100 000 18-65 år; andel kommuner som har vurdert bosituasjon som god			
	Individer i PHV/TSB og omsorgsbolig	Individer med psykose og omsorgsbolig	Andel kommuner som har vurdert bosituasjon som god*
Agder	238,6	73,1	59,0 %
Innlandet	222,4	54,6	56,0 %
Oslo	125,0	62,7	14,0 %
Vestfold og Telemark	265,1	69,4	67,0 %
Viken	218,3	58,1	43,0 %
Total	203,5	61,8	42,0 %

*Kilde: SINTEF kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022

For å sikre en optimal bruk av de samlede ressursene i kommunene og spesialisthelsetjenesten bør følgende tema belyses i videre arbeid:

- Forslag i opptrappingsplan for psykisk helsevern om å pilotere ett felles forvaltningsnivå for barn- og unge med psykiske lidelser gjennomføres
- Videreutvikle samhandlingsmodeller innad i helsefelleskapene for best bruk av felles ressurser
- Tydelig definert arbeidsdeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, og en organisering som understøtter pasientforløpene
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om å utvikle bo- og omsorgstilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser som vanskelig kan ivaretas av kommunene alene
- Det må legges til rette for hensiktsmessig tilgang til tilgjengelig journalopplysninger mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste

Tilstrekkelig personell og kompetanse

I forbindelse med arbeidet med revisjon av framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB var det nødvendig med et arbeid for å vurdere framtidig behov for helsepersonell. Innledende analyser indikerte at det var ulike utfordringer i personellsammensetningen som det skulle tas utgangspunkt i. Dette omfattet særlig innleieproblematikk, vakante stillinger og variabel personellsammensetning (både antall og utdanning). Variasjonen i den samlede helsekapasitet på tvers av forvaltningsnivå, samt innhold og organisering av spesialisthelsetjeneste vanskeliggjør en vurdering av hva som vil være et mest mulig korrekt nivå å ta utgangspunkt i.

Personellsammensetning

Netto fagårsverk i PHV og TSB i spesialisthelsetjenesten har økt i perioden 2018-2022 med 3%, hvor 55% (n=154) av veksten er i BUP poliklinikk (18%). Dette er en vekst for BUP som er i underkant av veksten i antall pasienter i samme periode (22,7%). Bemanningssammensetning i netto årsverk vises for helseforetakene i Helse Sør-Øst i tabell under. Andel fagårsverk og andel leger og psykologer varierer mellom helseforetak. Det er også utfordringer med lav LIS-legeandel og utfordringer i en del helseforetak med rekruttering til overlegestilling. En annen utfordring er helseforetak med høy andel psykologer, som gir økt belastning for psykologspesialistene knyttet til eksempelvis veiledning.

Personellsammensetning PHV og TSB netto årsverk Helse Sør-Øst 2022									
Stillingsgrupper	AHUSHF	OUSHF	SIHF	SIVHF	SOHF	SSHF	STHF	VVHF	Totalsum
Administrasjon/Ledelse	148	256	156	71	56	77	35	166	966
Helsesekretærer/merkantilt	96	55	84	51	61	70	41	49	506
Drifts-/teknisk personell	6	9				26	5	8	61
Forskning/utdanning	12	44				6		8	79
Pasientrettede stillinger	441	528	381	224	350	359	161	359	2 803
Overlege	104	150	68	52	63	64	30	111	642
LiS/turnusleger	88	89	38	33	29	48	24	65	414
Psykologspesialist	144	129	58	73	72	74	28	127	705
Psykologer	204	110	78	75	72	94	38	141	810
Helsefagarbeider/hjelpepleier	56	118	99	27	61	31	41	90	523
Sykepleier	354	526	403	191	227	368	149	344	2 562
Totalsum	1 651	2 014	1 367	800	1 000	1 216	555	1 467	10 071
Sum ikke fagårsverk	262	365	243	125	126	178	83	231	1 613
Sum fagårsverk	1 390	1 649	1 124	675	874	1 038	472	1 236	8 458
Andel fagårsverk av total	84 %	82 %	82 %	84 %	87 %	85 %	85 %	84 %	84 %
Andel leger av totale fagårsverk	14 %	15 %	9 %	13 %	11 %	11 %	12 %	14 %	12 %
Andel psykologer av totale fagårsverk	25 %	14 %	12 %	22 %	16 %	16 %	14 %	22 %	18 %
Andel LiS av totale legeårsverk	46 %	37 %	35 %	39 %	32 %	43 %	44 %	37 %	39 %
Andel psykologer av totale psykologårsverk	58 %	46 %	57 %	51 %	50 %	56 %	57 %	53 %	53 %

Sammensetning av andre sentrale fagårsverk vises i tabell nedenfor over funksjoner i PHV og TSB. Sykepleiere og pasientrettede stillinger utgjør nærmere 50% i BUP og DPS (i poliklinikkene er det 37%, mens i DPS døgn er det 75%), mens det for PHV voksen sykehusfunksjoner og TSB er i underkant av 75% av netto fagårsverk i 2022. Andelen av sykepleiere varierer over helseforetak, og flere benytter annet helsepersonell til oppgavene.

Videreutvikling av sykepleiefaget, særlig med tanke på ny masterutdanning – vil kunne muliggjøre bedre oppgavedeling innen tjenesteområdene.

Personellsammensetning psykisk helsevern og TSB Helse Sør-Øst 2022: Totale netto fagårsverk og andel av sykepleiere, helsefagarbeider/hjelpepleier og pasientrettede stillinger								
	PHV Barn- og unge				PHV voksen: DPS			
	Netto fagårsverk	Andel av netto fagårsverk Sykepleier	Helsefagarbeider- /hjelpepleier	Pasientrettede stillinger	Netto fagårsverk	Andel av netto fagårsverk Sykepleier	Helsefagarbeider- /hjelpepleier	Pasientrettede stillinger
Akershus universitetssykehus HF	303	5,1 %	0,0 %	36,4 %	438	28,0 %	4,7 %	14,7 %
Oslo universitetssykehus HF	233	9,5 %	0,0 %	42,3 %	245	29,2 %	3,1 %	17,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	180	12,6 %	0,0 %	44,8 %	316	41,8 %	4,9 %	22,3 %
Sykehuset Innlandet HF	115	1,4 %	0,1 %	40,9 %	203	31,7 %	2,4 %	16,3 %
Sykehuset Telemark HF	146	11,0 %	0,5 %	47,6 %	256	27,9 %	8,7 %	27,4 %
Sykehuset Østfold HF	162	17,0 %	0,0 %	45,7 %	327	34,8 %	4,5 %	23,8 %
Sørlandet sykehus HF	93	12,6 %	0,1 %	44,2 %	166	44,0 %	10,7 %	21,4 %
Vestre Viken HF	258	16,6 %	1,0 %	27,9 %	386	30,8 %	3,3 %	15,6 %
Total	1 489	10,7 %	0,2 %	39,8 %	2 336	32,8 %	5,0 %	19,4 %

PHV voksen: Sykehus				TSB				
	Andel av netto fagårsverk			Andel av netto fagårsverk				
	Netto fagårsverk	Sykepleier	Helsefagarbeider/ hjelpepleier	Pasientrettede stillinger	Netto fagårsverk	Sykepleier	Helsefagarbeider- /hjelpepleier	Pasientrettede stillinger
Akershus universitetssykehus HF	450	33,7 %	6,2 %	42,3 %	64	38,2 %	4,1 %	35,2 %
Oslo universitetssykehus HF	406	41,5 %	12,9 %	30,5 %	113	41,6 %	0,8 %	33,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	475	37,5 %	16,8 %	35,9 %	58	45,8 %	2,2 %	37,8 %
Sykehuset Innlandet HF	205	37,4 %	9,1 %	40,2 %	48	37,2 %	2,6 %	37,6 %
Sykehuset Telemark HF	325	34,0 %	10,7 %	43,2 %	25	22,8 %	2,8 %	45,4 %
Sykehuset Østfold HF	367	43,8 %	3,2 %	36,7 %	65	39,8 %	3,0 %	37,8 %
Sørlandet sykehus HF	172	28,7 %	12,0 %	40,3 %	15	37,5 %	7,8 %	37,9 %
Vestre Viken HF	452	31,7 %	16,0 %	38,7 %	39	27,6 %	1,6 %	37,3 %
Total	2 852	36,4 %	11,2 %	38,1 %	427	37,2 %	2,5 %	37,0 %

Den ulike personellsammensetningen vil kunne påvirke behandlingen. Spesialister i psykiatri og psykologspesialister har en sentral rolle i spesialisthelsetjenesten. Tabell nedenfor viser antall pasienter i ett kalenderår per netto årsverk over helseforetak i Helse Sør-Øst (eksklusive innleie). På DPS ved Sykehuset Innlandet HF var det 183,2 pasienter per spesialistårsverk, mens det ved

Sørlandet sykehus HF var 130,9 pasienter per spesialistårsverk. Tallene bør ikke tolkes direkte, men som et uttrykk for ulik tilgang på spesialister, og ulike forutsetninger for å drive spesialisthelsetjenester.

	Antall pasienter 2022 per netto årsverk overlege, psykologspesialist og spesialister samlet over tjenestområde og funksjon											
	BUP			DPS			Sykehus			TSB		
	Overlege	Psykologspesialist	Samlet	Overlege	Psykologspesialist	Samlet	Overlege	Psykologspesialist	Samlet	Overlege	Psykologspesialist	Samlet
Akershus universitetssykehus HF	314,9	131,3	92,6	356,5	212,8	133,3	97,9	360,7	77,0	412,5	413,2	206,4
Oslo universitetssykehus HF	117,9	72,3	44,8	194,2	285,1	115,5	81,8	189,3	57,1	144,9	197,0	83,5
Sykehuset Innlandet HF	386,9	166,5	116,4	305,2	458,4	183,2	103,0	322,7	78,1	318,6	269,0	145,9
Sykehuset i Vestfold HF	247,6	98,8	70,6	343,6	236,2	140,0	134,9	566,2	109,0	224,4	180,2	99,9
Sørlandet sykehus HF	390,8	199,4	132,0	283,0	243,5	130,9	98,4	163,7	61,5	340,5	312,3	162,9
Sykehuset Telemark HF	400,7	266,4	160,0	376,4	287,2	162,9	100,4	202,6	67,1	277,2		277,2
Sykehuset Østfold HF	354,2	155,0	107,8	329,4	333,2	165,6	74,9	232,8	56,7	544,3	241,6	167,3
Vestre Viken HF	213,5	129,3	80,5	256,7	216,5	117,5	78,6	177,2	54,4	318,4	262,6	143,9
Helse Sør-Øst	266,4	132,9	88,7	293,4	258,9	137,5	92,7	240,0	66,9	278,8	269,3	137,0

Det fremkommer også i dialog med helseforetakene at denne ansvarsrollen er krevende for spesialister. En tydeliggjøring av struktur, oppgavefordeling, ansvar og beslutningsstøtte i lederlinjen vil kunne imøtekomme en del av de utfordringer som dette representerer. Et gjennomgående fokus på tilgjengelig veiledning i de ulike fasene for både leger og psykologer under utdanning og for ferdige spesialister bør etterstrebes.

Utviklingen i antall leger i spesialisering er en bekymring, og tabell nedenfor viser utviklingen fra 2018-2022. Av leger som er i gang med sin spesialisering, er det i perioden en reduksjon på 15% i regionen med særlig stort fall fra 2020.

Utvikling netto årsverk leger i utdanning PHV og TSB 2018-2022					
	2018	2019	2020	2021	2022
Turnus/LIS1	16,7	19,1	23,0	26,5	29,6
Under spesialisering	380,6	404,8	392,7	367,6	323,2
Sum	397,3	423,9	415,7	394,1	352,7

Denne utviklingen observeres i de fleste helseforetak, men særlig ved Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF.

Utviling leger i utdanning PHV og TSB netto årsverk 2022 over helseforetak Helse Sør-Øst (eksl. Legespesialister, lege uten turnus)				
	2018	2022	Endring	i %
Akershus universitetssykehus HF	75,6	72,3	-3,3	-4,4 %
Oslo universitetssykehus HF	79,1	77,1	-2,0	-2,5 %
Sykehuset Innlandet HF	49,9	27,5	-22,5	-45,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	36,3	30,2	-6,0	-16,7 %
Sykehuset Østfold HF	37,2	28,5	-8,7	-23,4 %
Sørlandet sykehus HF	42,0	35,7	-6,3	-15,0 %
Sykehuset Telemark HF	19,8	21,4	1,6	7,9 %
Vestre Viken HF	57,4	60,0	2,6	4,6 %
Helse Sør-Øst	397,3	352,7	-44,6	-11,2 %

Det er innført flere tiltak i de senere år, hvor det er for tidlig å måle effekter. Det mest sentrale tiltaket er tre-delte LIS1-stillinger hvor tjenesten innen PHV inngår i tjenesten. Avtalespesialister utgjør en høy andel av de samlede tilgjengelige polikliniske ressursene (i underkant av 20% av samlede spesialistårsverk). Etablering av felles henvisningsmottak og bedre forvaltning av pasientforløp mellom avtalespesialister og helseforetak/sykehus vil kunne bidra til å øke den samlede kapasiteten.

Innleie, turnover og deltid

Flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst har omfattende behov for innleie av fagårsverk. Dette er primært overleger, men i økende grad også psykologspesialister. Kostnader knyttet til innleie utgjør i 2022 3,2% av samlede netto lønnskostnader, og for DPS er andelen på 7,8%. For fire av helseforetakene utgjør innleiekostnader over 10% av netto lønnskostnader. Dette er ikke en ønsket situasjon og understreker utfordringer med rekruttering til helseforetakene. Det er viktig å finne alternative løsninger på denne problematikken. God dialog med utdanningsinstitusjonene er viktig for å legge til rette for samsvar mellom utdanning og behovet i helsetjenestene, samt legge til rette for desentrale utdanningsløp.

Innleiekostnader i 2022	BUP døgn	BUP poliklinikk	DPS	DPS døgn	TSB døgn	TSB poliklinikk	Sykehus	Totalsum	Andel av totale lønnskostnader
AHUSHF	-	-	46 565 739	6 803 350	-	-	7 734 045	61 103 133	4,3 %
OUSHF	-	1 833 973	1 021 955	332 405	-	-	1 779 987	4 968 320	0,3 %
SIHF	16 340	15 026 152	46 039 610	7 658 451	2 348 028	3 849 225	418 051	75 355 857	6,6 %
SIVHF	-	-	-	-	933 363	1 451 862	-	2 385 224	0,3 %
SSHf	1 593 960	3 826 517	10 486 105	4 781 145	421 886	7 710 856	7 947 663	36 768 133	3,7 %
STHF	-	4 414 966	13 983 791	4 046 564	-	2 155 936	-	24 601 257	5,4 %
SØHF	47 112	9 571 409	28 696 342	1 981 613	2 576 631	802 897	11 984 124	55 660 128	6,6 %
VVHF	865 389	39 206	-	455 906	-	-	17 465 076	18 825 576	1,5 %
Totalsum	2 522 801	34 712 224	146 793 541	26 059 434	6 279 907	15 970 776	47 328 945	279 667 628	3,2 %

Et annen utfordring, som kan indikere utfordringer med stabilitet i personellsammensetningen, er turnover. Tabellen nedenfor viser antall fast ansatte som slutter i perioden, eksklusive ansatte som går over i alder eller uførepensjon.

Tjenesteområde/HF	2020	2021	2022	Antall fast ansatte i 2022	Andel av fast ansatte sluttet i 2022
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	211	197	237	2 682	8,8 %
AHUSHF	37	36	47	493	9,5 %
OUSHF	37	25	50	484	10,3 %
SIHF	24	30	22	317	6,9 %
SIVHF	20	10	9	240	3,8 %
SOHF	20	29	20	259	7,7 %
SSHF	27	27	27	239	11,3 %
STHF	15	16	12	157	7,6 %
VVHF	31	24	50	493	10,1 %
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere	232	211	205	2 045	10,0 %
AHUSHF	27	41	30	303	9,9 %
OUSHF	56	61	48	475	10,1 %
SIHF	35	22	16	263	6,1 %
SIVHF	21	18	28	229	12,2 %
SOHF	24	11	22	189	11,6 %
SSHF	17	21	18	261	6,9 %
STHF	12	5	7	68	10,3 %
VVHF	40	32	36	257	14,0 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, DPS og annen behandling	377	366	393	3 917	10,0 %
AHUSHF	80	79	105	768	13,7 %
OUSHF	37	31	47	410	11,5 %
SIHF	78	70	60	575	10,4 %
SIVHF	43	43	37	358	10,3 %
SOHF	34	50	40	462	8,7 %
SSHF	38	23	33	493	6,7 %
STHF	28	19	20	263	7,6 %
VVHF	39	51	51	588	8,7 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, sykehus	589	512	589	5 367	11,0 %
AHUSHF	120	109	146	818	17,8 %
OUSHF	135	119	122	1 294	9,4 %
SIHF	80	78	70	806	8,7 %
SIVHF	45	46	50	463	10,8 %
SOHF	58	43	53	513	10,3 %
SSHF	42	33	46	486	9,5 %
STHF	7	16	20	267	7,5 %
VVHF	102	68	82	720	11,4 %
Totalsum	1 409	1 286	1 424	13 676	10,4 %

Et viktig lederverktøy for å jobbe med arbeidsbelastning og arbeidsmiljø er forbedringsundersøkelsen. Forbedringsundersøkelsen er en samordning av medarbeiderundersøkelsen, helse-, miljø- og sikkerhets – kartlegging (HMS,) samt pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Resultatene fra denne spørreundersøkelsen skal brukes til lokalt forbedringsarbeid av pasientsikkerhetskultur, arbeidsmiljø og HMS. Undersøkelsen gir ledere og medarbeidere informasjon om hvordan arbeidsforholdene oppleves, og gir innspill til risikovurdering av pasientsikkerheten, arbeidsmiljøet og HMS i enheten. Resultatene er en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling og arbeidsmiljøet. God pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø påvirker hverandre, og bør sees i en sammenheng ved kartlegging og forbedring.

Deltidsandelen er for enkelte funksjoner i psykisk helsevern relativt høy ved døgnavdelingene. Bedre bruk av resterende arbeidskapasitet vil bidra til å redusere behovet for personell. Eksempelvis er det i overkant av 300 månedesverk ved DPS døgnfunksjoner som potensielt kan bidra til å dekke helsepersonellbehov. Fordeling av stillingsandel over funksjoner innen tjenesteområdene vises i tabell nedenfor.

Funksjon	Antall ansatte	Månedsværk	Deltidsandel
BUP døgn	789	676	86 %
BUP poliklinikk	1 757	1 623	92 %
DPS	2 536	2 317	91 %
DPS døgn	1 439	1 113	77 %
TSB døgn	1 256	1 023	81 %
TSB poliklinikk	637	581	91 %
Sykehus	4 004	3 317	83 %
Felles	250	189	76 %
Område	127	111	87 %
Regional	652	574	88 %
Totalsum	13 146	11 522	88 %

Ulike driftsformer og effektiv drift

Den ulike personellsammensetning vil kunne påvirke kvalitet og effektivitet i behandling.

En nylig gjennomgang av driftsformer over helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst synliggjør ulike organisatoriske løsninger, differensiert effektiv drift og ulike tiltak for å rekruttere og beholde personell. Enkelte av helseforetakene har organisert døgnbehandling av barn- og unge tettere mot et arenafleksibel klinisk tilbud. Innleggelser av barn- og unge er svært sjeldent, og det er faglig anbefalt at pasienten i størst mulig grad får behandling i ordinære rammer, dvs. utenfor sykehus. Denne fleksible bruken av helsepersonell synes å redusere behovet for personell i beredskap, samt sikrer adekvat døgnkapasitet. Av andre sentrale elementer rundt organisering som vil være hensiktsmessig å vurdere nærmere, er organisering av døgnkapasitet over mange lokasjoner og akuttmottak i akuttpsykiatri.

Det er flere helseforetak som i større grad har andre faggrupper inn i døgnavdelinger, særlig vernepleiere som blant annet også kan bidra i legemiddelhåndtering. Som synliggjort i tidligere tabell er det ulikheter i hvordan foretakene har rekruttert personell. Dette kan skyldes kultur, tilgangen på kompetanse eller nærhet til en utdanningsinstitusjon. Fremover bør helsepersonell i større grad settes sammen med utgangspunkt i pasientenes behov og de arbeidsoppgavene som skal løses. Det er viktig med en aktiv og regelmessig vurdering av hvordan vi bruker helsepersonell i den samlede helsetjenesten. Kunnskap om forbedringsmetodikk, oppgavedeling og involvering av medarbeidere og tillitsvalgte er en viktig lederkompetanse.

Effektiv drift handler om virksom behandling og at denne er så ressursbesparende som mulig. Det er en rekke eksempler på faktorer i en klinikers hverdag som fremdeles tar tid fra pasientvirksomhet. De pasientadministrative systemene er fremdeles avhengig av mye manuell registrering og dobbeltregistreringer. Det brukes mye tid på dokumentasjon og rapportering. Dette er et ansvar som påhviler spesialisthelsetjenesten. Likevel vil det være hensiktsmessig med dialog med sentrale tilsynsmyndigheter og normerende institusjoner (f.eks. Helsedirektoratet) om omfanget dette. Dette vil kunne omfatte en tydeliggjøring av hvem som kan gjøre hvilke vurderinger og spissere faglige anbefalinger for å understøtte prioriteringer. Det vises for øvrig til oppdrag til RHF-ene for 2023, som ledes av Helse Vest, omkring endring i rapportering.

Det er forskjeller i hvor mye klinisk arbeid de ulike helseforetakene får ut av sitt helsepersonell. Dette vil avhenge av mange faktorer, blant annet pasientsammensetning, personellsammensetning og rekrutteringsutfordringer. Tabeller nedenfor viser et uttrykk for denne differensierte effekten på et overordnet nivå og viser netto lønnskostnader (inkl. innleie) per pasient. Den tar ikke høyde for ulikheter i pasientsammensetning og regionale funksjoner ved Sykehuset Innlandet HF TSB. For BUP

og TSB er det laget estimater for kostnad per pasient i Oslo sykehusområde ettersom Oslo universitetssykehus HF har døgnbehandlingen i Oslo for disse tjenesteområdene. Andre regionsfunksjoner og spesialfunksjoner er det tatt høyde for. Forholdstallet over helseforetak for de med høyest og lavest kostnad per pasient innen de ulike funksjonene varierer fra 1,4 (DPS) til 1,8 (sykehusfunksjoner og TSB). For TSB blir sammenligningen mindre hensiktsmessig, ettersom grad av basistilbud og akuttfunksjoner er ulikt utbygd.

	Lønn- og innleiekostnad per individ	Netto månedsverk per individ
PHV barn- og unge	43 603	0,6
Akershus universitetssykehus HF	36 370	0,5
Oslo universitetssykehus HF	79 584	1,0
Oslo opptaksområde	59 087	
Sykehuset Innlandet HF	44 043	0,5
Sykehuset i Vestfold HF	38 170	0,5
Sørlandet sykehus HF	41 441	0,6
Sykehuset Telemark HF	38 845	0,5
Sykehuset Østfold HF	36 782	0,4
Vestre Viken HF	42 795	0,5
TSB	54 375	0,8
Akershus universitetssykehus HF	46 102	0,7
Oslo universitetssykehus HF	79 719	1,1
Oslo opptaksområde	54 378	
Sykehuset Innlandet HF	70 798	1,0
Sykehuset i Vestfold HF	61 052	0,9
Sørlandet sykehus HF	61 666	0,9
Sykehuset Telemark HF	34 575	0,5
Sykehuset Østfold HF	38 260	0,5
Vestre Viken HF	33 715	0,5
PHV voksne - DPS	32 504	0,4
Akershus universitetssykehus HF	31 384	0,4
Oslo universitetssykehus HF	33 555	0,4
Sykehuset Innlandet HF	36 879	0,4
Sykehuset i Vestfold HF	26 179	0,4
Sørlandet sykehus HF	36 034	0,5
Sykehuset Telemark HF	37 185	0,5
Sykehuset Østfold HF	31 145	0,4
Vestre Viken HF	27 503	0,4
PHV voksne - sykehus	169 852	2,4
Akershus universitetssykehus HF	147 023	2,1
Oslo universitetssykehus HF	156 649	2,2
Sykehuset Innlandet HF	160 654	2,4
Sykehuset i Vestfold HF	121 699	1,8
Sørlandet sykehus HF	181 022	2,6
Sykehuset Telemark HF	151 582	2,3
Sykehuset Østfold HF	185 272	2,6
Vestre Viken HF	216 535	3,0

Variasjonen i netto lønnskostnader per pasient i sykehusfunksjoner vil i særlig grad relateres til personellsammensetning og antall årsverk. Tabell nedenfor viser liggedøgn per netto fagårsverk på sykehusavdelinger innen PHV VOP. Enkelte av helseforetakene som drifter med færre årsverk per liggedøgn er etablert i nye bygg, uten at dette nødvendigvis er en kausal relasjon. Mye av den eksisterende bygningsmassen er gammel, og det vil være trolig være lettere å sette opp en godt

balansert vaktplan i nye bygg. Sørlandet sykehus HF har nylig åpnet nye lokaler og Vestre Viken HF, Sykehuset Innlandet HF, Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF planlegger alle nye bygg for sentralisering av sine sykehusfunksjoner. Dette er en utvikling som bør følges slik at man sikrer riktig bruk av helsepersonell ved etablering av nye sykehusfunksjoner.

Helseforetak	Liggedøgn i sykehus	Timer til pol/dag-behandling i sykehus	Estimerte årsverk til pol/dag (estimert med 300 timer per årsverk)	Estimerte årsverk knyttet til døgnbehandling (totale årsverk - estimerte årsverk knyttet til pol/dag)	Estimerte liggedøgn per årsverk	Innleie omregnet til netto årsverk (1300 kr timen 1650 timer per år)	Liggedøgn per årsverk korrigert for innleie
Akershus universitetssykehus HF	39 763	6 898	23	427	93	4	92
Oslo universitetssykehus HF	31 883	14 876	50	356	89	1	89
Sykehuset Innlandet HF	36 262	8 613	29	446	81	0	81
Sykehuset i Vestfold HF	21 342	6 183	21	185	116	-	116
Sørlandet sykehus HF	34 649	5 685	19	348	100	4	99
Sykehuset Telemark HF	18 977	3 520	12	161	118	-	118
Sykehuset Østfold HF	32 652	4 263	14	311	105	6	103
Vestre Viken HF	36 759	6 642	22	430	86	8	84
Sum	252 287	56 679	189	2 663	95	22	94

For å legge til rette for en effektiv bruk av helsepersonellressurser bør følgende tema belyses i videre arbeid:

- Vurdere å opprette flere LIS1-stillinger for å redusere ventetid på LIS1. Dette gjelder særlig tre-delt LIS1
- Utrede muligheten for kombinerte stillinger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten med mål om å tilby heltid
 - o En løsning med kombinerte stillinger vil ha noen utfordringer knyttet til arbeidsgiveransvar og koordinering som må utredes
 - o En løsning med kombinerte stillinger vil kunne gjøre det mulig å differensiere innsatsen i kommunene basert på behov
- Frigjøre tid til pasientbehandling
 - o Handlingsplan for å implementere forslag til endringer og effektivisering av rapportering, jamfør utredningsoppdraget gitt i oppdragsdokumentet 2023 til Helse Vest
 - o Redusere administrative oppgaver for klinikere så langt det er mulig
 - o Videreutvikle gode IKT-verktøy som sikrer god arbeidsflyt og mest mulig automatisert administrasjon av de pasientadministrative systemene
 - o Øke kunnskapen om effektiv organisering og hensiktsmessig sammensetning av kompetanse
- Videreutvikle effektive bygg som ivaretar tryggheten for pasienter og personell med for riktig bemanning
- Prioritere tiltak for å beholde og rekruttere personell
 - o Tilrettelegge for at spesialisthelsetjenesten er en reell karrierevei
 - o Skape faglig trygghet ved å legge til rette for god veiledning
 - o Utvikle regionale kompetanseplaner
 - o Alle ansatte innen psykisk helsevern skal ha egne kompetanseplaner som synliggjør forventninger til kompetanse og plan for utvikling
- Tydeliggjøre ledelse, veiledning og beslutningsstøtte for å redusere totalbelastningen for spesialister