

«MOTTAKERNAVN»
«ADRESSE»
«POSTNR» «POSTSTED»

«KONTAKT»

Deres ref:
«REF»

Vår ref:
2020/999-31/012

Saksbehandler
Hilde Elisabeth Normann/

Dato:
31.05.2021

Møte i Regionalt brukerutvalg 09062021, innkalling og sakspapirer

Vi viser til gjeldende møteplan. I samråd med leder for Regionalt brukerutvalg innkalles medlemmer til møte i Regionalt brukerutvalg.

9. juni 2021 – kl 08.30-14.00
Møtet avholdes på Teams

Medlemmer bes i forkant av møtet sende en datert liste over egen møtevirksomhet i perioden siden siste RBU møte til sekretariatet. Listen protokollføres under saker til orientering.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF, ved administrasjonskonsulent Unn Hamran, på tlf 906 904 25, eller pr e-post til unn.hamran@helse-nord.no.

Vedlagt følger saksdokumenter til møtet. Sakspapirene legges også på Helse Nords nettsider: <https://helse-nord.no/om-oss/regionalt-brukerutvalg>

Vennlig hilsen

Hilde Elisabeth Normann
konsulent

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.

Vedlegg:

Postadresse
Helse Nord RHF
Postboks 1445
8038 Bodø

Besøksadresse
Helse Nord RHF
Sjøgata 10, 4 etg
8006 Bodø

Telefon sentralbord: 75 51 29 00
postmottak@helse-nord.no
www.helse-nord.no

Org nr: MVA 883 658 752

- 1 RBU-sak 57-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 2 RBU PROTOKOLL 12 MAI
- 3 RBU-sak 58-2021 Godkjenning av protokoll
- 4 RBU-sak 59-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan
- 5 RBU-sak 60-2021 Forslag til ny modell for framskrivning for psykisk helsevern og TSB
- 6 20_00112-7Innspillsrunde- forslag til ny modell for framskrivninger for psykisk helsevern og TSB med vedlegg
- 7 RBU-sak 61-2021 Oppfølging av prioriterte kvalitetsindikatorer i Helse Nord
- 8 RBU-sak 62-2021 Oppnevning Fagråd for rehabilitering
- 9 RBU-sak 63-2019 Oppnevning Fagråd for pasient- og pårørendeopplæring
- 10 RBU-sak 64-2021 Oppnevning - Programkomite Forsknings- og innovasjonskonferansen 2022
- 11 RBU-sak 65-2021 Oppnevning - Gjennomgang regionale funksjoner med særskilt finansiering
- 12 RBU-sak 65-2021-1 Vedlegg Gjennomgang regionale funksjoner med særskilt finansiering_mandat versjon 09
- 13 RBU-sak 66-2021 Delstrategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord RHF
- 14 RBU-sak 66-2021-1 Mandat for arbeidet med delstrategi for personell, utdanning og kompetanser i Helse Nord RHF
- 15 RBU-sak 67-2021 Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Orienteringssak
- 16 RBU-sak 68-2021 Nasjonale kompetansetjenester
- 17 RBU-sak 68-2021-1 Status og videre prosess med gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester brev av 25. juni 2020
- 18 RBU-sak 69-2021 Orientering om kontaktfamilieordningen
- 19 RBU-sak 70-2021 Fremtidig organisering av mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt i Helse Nord
- 20 RBU-sak 70-2021-1 Utkast til rapport om fremtidig organisering av mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt i Helse Nord
- 21 RBU-sak 71-2021 Orienteringssaker
- 22 RBU-sak 71-2021-4 Styremøter i Helse Nord RHF - informasjon om planlagte saker
- 23 RBU-sak 71-2021-5 Til brukerutvalg og RBU i Helse Nord - invitasjon til å bistå i brukerundersøkelse nettsteder opplæring
- 24 RBU-sak 72-2021 Referatsaker
- 25 RBU-sak 72-2021-1 Referat AU-RBU 31. mai 2021
- 26 RBU-sak 72-2021-2 Referat møte i Ungdomsrådet Nordlandssykehuset 20.05.2021
- 27 RBU-sak 72-2021-3 Referat møte i Brukerutvalg Helgelandssykehuset 21. mai 2021

- 28 RBU-sak 72-2021-4 Referat møte i brukerutvalget Nordlandssykehuset
12.05.2021
- 29 RBU-sak 72-2021-5 Vedlegg 1 Presentasjon Seneffekter kreft Brukerutvalget
NLSH 12. mai 2021
- 30 RBU-sak 72-2021-6 Vedlegg 2 Presentasjon Oppstart pasientekspresser i Salten
Brukerutvalget NLSH 12. mai 2021
- 31 RBU-sak 72-2021-7 Vedlegg 3 Presentasjon av helsefelleskap
- 32 RBU-sak 72-2021-8 Vedlegg 4 Program kurs brukervedvirkning
Nordlandssykehuset
- 33 RBU-sak 73-2021 Eventuelt

Kopi til:

NORDLANDSSYKEHUSET HF
FINNMARKSSYKEHUSET HF
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF
HELGELANDSSYKEHUSET HF
PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I NORDLAND
PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS
PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I FINNMARK
SYKEHUSAPOTEK NORD HF

Møte

Regionalt Brukerutvalg

i Helse Nord RHF

Saksdokumenter

Dato: 9. juni 2021

Kl.: 08.30 til ca. 14.00

Sted: Teams

Møtedato: 9. juni 2021

Arkivnr.:
2020/999-31

Saksbeh/tlf:
Hilde Normann, 75512900

Sted/Dato:
Bodø, 9. juni 2021

RBU-sak 57-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

I samråd med leder inviteres det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet 9. juni 2021:

Sak 57-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side 1
Sak 58-2021	Godkjenning av protokoll	Side 3
Sak 59-2021	Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan	Side 9
Sak 60-2021	Forslag til ny modell for framskrivning for psykisk helsevern og TSB	Side 13
Sak 61-2021	Oppfølging av prioriterte kvalitetsindikatorer i Helse Nord	Side 196
Sak 62-2021	Oppnevning Fagråd for rehabilitering	Side 202
Sak 63-2021	Oppnevning Fagråd for pasient- og pårørendeopplæring	Side 203
Sak 64-2021	Oppnevning - Programkomite Forsknings- og innovasjonskonferansen 2022	Side 205
Sak 65-2021	Oppnevning - Gjennomgang regionale funksjoner med særskilt finansiering	Side 207
Sak 66-2021	Delstrategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord RHF	Side 222
Sak 67-2021	Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Orienteringssak	Side 232
Sak 68-2021	Nasjonale kompetansetjenester – prosess og endringer	Side 234
Sak 69-2021	Orientering om kontaktfamilieordningen	Side 242
Sak 70-2021	Fremtidig organisering av mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt i Helse Nord	Side 244
Sak 71-2021	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasjon fra RBU-leder – muntlig 2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig 3. Informasjon fra RHF-ledelsen – muntlig 4. Styremøter i Helse Nord – informasjon om planlagte styresaker 5. Invitasjon til å delta i brukerundersøkelse på nettsider for kurs og opplæring for pasienter og pårørende. 	Side 277
Sak 72-2021	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Protokoll AU RBU 05. mai 2021 2. Referat Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 15. april 21 3. Referat møte i Brukerutvalg Helgelandssykehuset 21. mai 21 4. Referat møte i brukerutvalget Nordlandssykehuset 12.mai 21 5. Vedlegg 1 Presentasjon Seneffekter kreft Brukerutvalget NLSH 12. mai 2021 6. Vedlegg 2 Presentasjon Oppstart pasientekspresser i Salten Brukerutvalget NLSH 12. mai 2021 7. Vedlegg 3 Presentasjon av helsefelleskap 8. Vedlegg 4 Program kurs brukervedvirkning Nordlandssykehuset 	Side 283
Sak 73-2021	Eventuelt	Side 348

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Bodø, 2. juni 2021

Cecilie Daae

adm. direktør

Møtedato: 9. juni 2021
Arkivnr.:
2020/999-31

Saksbeh/tlf:
Hilde Normann, 75512900

Sted/Dato:
Bodø, 02. juni 2021

RBU-sak 58-2021

**Godkjenning av protokoll fra møte i det
Regionale brukerutvalget 12. mai 2021**

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 12. mai 2021 godkjennes.

Bodø, 2. juni 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 12. mai 2021

Protokoll

Vår ref.:
2020/999-28

Referent/tlf.:
Kari Bøckmann, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 12.mai 2021

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	12. mai 2021
Møtested:	Teams
Neste RBU - møte:	09. juni 2021

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Laila Edvardsen	nestleder	FFO
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Gunnhild Berglen	medlem	FFO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Samisk eldreråd
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Barbro Holmstad	medlem	SAFO
Leif Birger Mækinen	medlem	FFO
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Hege Johannessen	varamedlem	FFO - ME
Cecilie Daae	administrerende direktør	Helse Nord RHF
Geir Tollåli	fagdirektør	Helse Nord RHF
Hilde Normann	konsulent	Helse Nord RHF
Kari Bøckmann	seniorrådgiver	Helse Nord RHF
Espen Mælen Hauge	rådgiver eieravdelingen	Helse Nord RHF
Mette Bakkeli	prosjektdirektør, fagavdelingen	Helse Nord RHF
Erik Arne Hansen	økonomidirektør, eieravdelingen	Helse Nord RHF
Janny Helene Aasen	revisjonssjef	Helse Nord RHF
Finn Henry Hansen	rådgiver	Helse Nord RHF
Bente Mietinen	rådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Karen Agnete Hagland	medlem	Kreftforeningen

RBU-sak 45-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

- Sak 45-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 46-2021 Godkjenning av protokoll
Sak 47-2021 Oppnevning av representant til referansegruppe legemiddelstrategi
Sak 48-2021 Evaluering av beredskapsarbeidet under covid-19-pandemien
Sak 49-2021 Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen - oppnevning av medlem til nasjonal arbeidsgruppe
Sak 50-2021 Strategi for prehospitale tjenester - orienteringssak
Sak 51-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan
Sak 52-2021 Regionale retningslinjer for honorering av brukervedvirkning
Sak 53-2021 Strategi for bruk av kunstig intelligens
Sak 54-2021 Orienteringssaker
1. Informasjon fra RBU-leder – muntlig
 2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig
 3. Informasjon fra RHF-ledelsen – muntlig
 4. Styremøter i Helse Nord – informasjon om planlagte styresaker
- Sak 55-2021 Referatsaker
1. Protokoll AU RBU 05. mai 2021
 2. Referat Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 15. april 21
 3. Referat Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 15. april 21 – presentasjon pasient og brukerombudet i Nordland
 4. Referat møte i Ungdomsrådet Nordlandssykehuset 7. april 21
 5. Reell brukervedvirkning – 10 tips fra Ungdomsrådet. Nordlandssykehuset HF
- Sak 56-2021 Eventuelt

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

RBU-sak 46-2021 Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 15. april 2021

Vedtak:

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 15. april godkjennes med endring som framkom i møtet.

RBU-sak 47-2021 Oppnevning av representant til referansegruppe legemiddelstrategi.

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner Kitt Anne Jorid Hansen og Arne Vassbotn til deltakelse i referansegruppen i forbindelse med utarbeidelse av Helse Nord RHF's legemiddelstrategi.

RBU-sak 48-2021 Evaluering av beredskapsarbeidet under covid-19-pandemien

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om delrapport 1 og delrapport 2 knyttet til evalueringen av beredskapsarbeidet i Helse Nord til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg slutter seg til evalueringsgruppas plan for samarbeid om læringspunktene i delrapport 3.

RBU-sak 49-2021 Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen- oppnevning av medlem til interregional arbeidsgruppe

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner Ester Marie Fjellheim til å sitte i den interregionale arbeidsgruppen – spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

RBU-sak 50-2021 Strategi for prehospitaler tjenester - orienteringssak

Vedtak:

Orienteringen om arbeidet med Strategisk plan for prehospitaler tjenester i Helseregion Nord tas til orientering.

RBU-sak 51-2021 Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg tar informasjon om prosesser i rullering av Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkl. rullering av investeringsplan 2022-2029, til orientering.

RBU-sak 52-2021 Regionale retningslinjer for honorering av brukervedvirkning

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar saken til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til arbeidet:
 - a) Retningslinjene bør omtale også brukervedvirkning i forskning.
 - b) Retningslinjene bør i større grad gjenspeile oppdragenes arbeidsmengde (forberedelser mv.).
 - c) Dekning av nødvendig tilsyn til nærstående bør omtales.
 - d) Forenkling av saksbehandling ved honorarkrav er ønskelig.
 - e) Retningslinjene bør omtale avveininger opp mot trygdeytelser.

RBU-sak 53-2021 Strategi for bruk av kunstig intelligens

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om arbeidet med å etablere en strategi for kunstig intelligens (KI) i Helse Nord til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til utkastet:
 - a. Opplæring av helsepersonell i pasientkommunikasjon/medvirkning mht KI bør omtales.

- b. Ønske om at bruk av KI i forhold til de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP beskrives i arbeidet.
- c. Åpne for pasientmeldte innovasjonsideer.
- d. Nytteverdien av brukermedvirkning bør omtales i kap 6.3.
- e. Lettforståelig informasjon om KI bør utarbeides.

RBU-sak 54-2021 Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder - muntlig
 - 22.04.21: Gjennomgang av saken til Beslutningsforum for nye metoder.
 - 26.04.21: Styringsgruppemøte Tarmscreeningsprogrammet.
 - 26.04.21: Møte i Beslutningsforum for nye metoder.
 - 26.04.21: Teams-møte om Korona-viruset - info, samordning av tiltak i HN.
 - 27.04.21: Tema-time for styret i HN RHF.
 - 28.04.21: Styremøte i HN RHF.
 - 07.05.21: Nye Metoder – Prosjekt vurdering av medisinsk utstyr i Nye metoder.
 - 10.05.21: Teams-møte om Korona-viruset - info, samordning av tiltak i HN.

2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig
 - Ester Marie Fjellheim*
 - 28.04.21: Regional arbeidsgruppe for helsetjenester til den samiske befolkningen
 - 06.05.21: Regional arbeidsgruppe for helsetjenester til den samiske befolkningen

 - Leif Birger Mækinen*
 - 22.04.21: Brukerutvalg Pasientreiser HF

 - Laila Edvardsen*
 - 18.03.21: Usam
 - 22.04.21: Styringsgruppen Dips Arena

 - Kitt Anne Jorid Hansen*
 - 26.04.21: Fremtidig organisering av spesialisthelsetjenester i fengsel

 - Nikolai Raabye Haugen*
 - 28.04.21 Brukerutvalgets time

 - Arne Vassbotn*
 - 26.04.21 Nytt kvalitetssystem

 - Gunnhild Berglen*
 - 22.04.21: Brukerutvalg Pasientreiser HF
 - 26.04.21: Fremtidig organisering av spesialisthelsetjenester i fengsel
 - 06.04.21: Arbeidsgruppe digitalt helseopplysningskjema

3. Informasjon fra RHF-ledelsen
4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 55-2021 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll AU RBU 05. mai 2021
2. Referat Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 15. april 21
3. Referat Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 15. april 21 – presentasjon pasient og brukerombudet i Nordland
4. Referat møte i Ungdomsrådet Nordlandssykehuset 7. april 21
5. Reell brukermedvirkning – 10 tips fra Ungdomsrådet. Nordlandssykehuset HF

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering

RBU-sak 56-2021 Eventuelt

Ingen eventueltsaker.

Bodø, den 12. mai 2021

Godkjent av Knut Georg Hartviksen
den 12 MAI 2021 – kl. 17.00

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 12. juni 2021
Arkivnr.:
2021/999-31

Saksbeh/tlf:
Erik Arne Hansen, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 1. juni 2021

RBU-sak 59-2021

**Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert
rullering av investeringsplan**

Formål

Viser til tidligere RBU-sak om orientering om plan for arbeidet med rullering av Helse Nords økonomiske langtidsplan (ØLP).

Denne saken har til hensikt å informere RBU om saldering av økonomisk langtidsplan.

Beslutningsgrunnlag

Knyttet til driftsrammene legges det opp til prioritering i tråd med tabell nedenfor. I tillegg til disse rammene er det øremerkede bevilgninger til blant annet innføring av tarmstreeening, ny bioteknologilov og nytt redningshelikopter i Tromsø.

TABELLENE VISER ENDRING FRA VEDTATTE RAMMER 2021

Oppfølging av vedtatt plan 2021-2024	2022	2023	2024	2025
Styrke HF	0	50 000	100 000	150 000
Økt avsetning til investeringer	20 000	40 000	50 000	60 000
Utvikling Helse Nord/Styrets disp	0	0	10 000	10 000
Tiltak Regional utviklingsplan/styrets disp	0	0	14 000	14 000
PCI NLSH	-14 675	-14 675	-14 675	-14 675
PCI UNN	14 000	14 000	14 000	14 000
Sikkerhetspsykiatri	4 600	4 600	4 600	4 600
Fagplan TSB fase 2	10 000	15 000	15 000	15 000
Styrking forskning	0	5 000	5 000	5 000
Sum oppfølging av vedtatt plan 2021-2024	33 925	113 925	197 925	257 925
Oppfølging av budsjett 2021	2022	2023	2024	2025
Reg Sim	5 000	5 000	5 000	5 000
Sum oppfølging av budsjett 2021	5 000	5 000	5 000	5 000
Eksternt påførte forhold	2022	2023	2024	2025
Arbeidstidsbestemmelser luftambulanse	0	5 000	5 000	5 000
Nasjonal bruk Resc Eu	5 000			
Nasjonal e-helse, nye nasjonale IKT-tiltak	5 000	5 000	5 000	5 000
Nasjonal e-helse, e-helsedir	11 000	11 000	11 000	11 000
Nasjonal e-helse, egne kostnader	2 000	2 000	2 000	2 000
Sum eksterne forhold	23 000	23 000	23 000	23 000
Nye forslag i plan 2022-2025	2022	2023	2024	2025
Ads disp	5 000	5 000	5 000	5 000
Sentral risikobuffer Finnmarkssykehuset Hammerfest				40 000
Informasjonssikkerhet	10 000	10 000	10 000	10 000
Styrke HF/Utdanning spesialsykepleiere	10 000	10 000	10 000	
Styrke HF/Vedlikehold				10 000
Styrke HF/ innføring kliniske IKT-system	15 000	15 000	15 000	15 000
Persontilpasset medisin	4 000	6 000	6 000	6 000
Merkostnader Alta	2 000	2 000	2 000	2 000
Strategiplan samisk helsetjeneste	1 000	2 000	2 000	2 000
Barn og unge med erhvervet hjerneskade	3 100	3 100	3 100	3 100
Styrets disp	30 000	35 000	35 000	35 000
Sum nye forslag i plan 2022-	80 100	88 100	88 100	128 100
Sum disponert	142 025	230 025	314 025	414 025
Rest til disposisjon	-25	4 975	13 975	6 975

Endringer sammenliknet med nåværende investeringsplan er merket med gult.

Investeringsplan - Totale rammer inkl prisstigning til ferdigstillelse og byggeleaserter	Sum tidligere år	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	SUM inkl tidl. År
Finnmarkssykehuset											
Helikopterlandingsplass Kirkenes	0					20 000					20 000
Nye Hammerfest sykehus P50, eksklusive universitetsarealer	260 000	723 000	500 000	612 000	225 000						2 320 000
Nye Hammerfest sykehus, universitetsarealer	0	50 000	100 000	50 000							200 000
CT Kirkenes, gave											0
Korona-investeringer styresak 104-2020	21 200										21 200
Operasjonsstue Alta			15 000								
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		45 000	45 000	45 000	45 000	50 000	50 000	50 000	45 000	45 000	
Sum Finnmarkssykehuset	2 662 700	818 000	660 000	707 000	270 000	70 000	50 000	50 000	45 000	45 000	
UNN											
Nye Narvik sykehus P50	372 000	625 000	723 000	639 000	313 000						2 672 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	73 900										73 900
NIPT											
Persontilpasset medisin											
Korona-- testing	2 500										2 500
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		200 000	275 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	180 000	180 000	
Sum UNN	2 828 700	825 000	998 000	839 000	513 000	200 000	200 000	200 000	180 000	180 000	
Nordlandssykehuset											
Korona-investeringer styresak 104-2020	42 200										42 200
Korona-- testing	8 600										8 600
Strålemaskin			20 000	20 000							40 000
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		60 000	80 000	80 000	80 000	100 000	100 000	100 000	90 000	90 000	
SUM NLSH	4 264 700	60 000	100 000	100 000	80 000	100 000	100 000	100 000	90 000	90 000	
Helgelandsykehuset											
Utvikling av Helgelandsykehuset P50	20 000	0	0	200 000	700 000	700 000	180 000	200 000			2 000 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	24 800										24 800
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		50 000	50 000	60 000	50 000	50 000	50 000	50 000	45 000	45 000	
SUM Helgelandsykehuset	44 800	50 000	50 000	260 000	750 000	750 000	230 000	250 000	45 000	45 000	
Helse Nord IKT											
Vedtatte prosjekter		26 250									
Korona-investeringer styresak 104-2020	33 000										33 000
Til HF-styrets disposisjon		57 500	33 500	31 900	45 400	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	
SUM Helse Nord IKT	33 000	83 750	33 500	31 900	45 400	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	
Sykehusapotek Nord											
Utstyr/areal		3 000	5 000	3 000	3 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
Korona-investeringer styresak 104-2020	500										500
Lokaler i nye sykehus				7 000	8 000			15 000			
Sykehusapotek Nord	500	3 000	5 000	10 000	11 000	2 000	2 000	17 000	2 000	2 000	
Helse Nord RHF											
FRESK	347 000	121 100	130 000	15 100	0						613 200
Felles regionale IKT-prosjekt/digitale innbyggertjenester	185 300	210 150	182 050	33 200	30 000	30 000	0	30 000	30 000	30 000	760 700
Økte IKT investeringer				50 000	50 000	50 000	50 000				200 000
Digitale innbyggertjenester	58 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58 000
Infrastruktur UNN Narvik					17 000						17 000
Infrastruktur FIN Hammerfest					16 000						16 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	7 000										7 000
Nasjonale prosjekt/utlån felleseide selskap	93 800										93 800
Finnmarkssykehuset Hammerfest P85		0	0	162 000	100 000						262 000
UNN Narvik P85				72 000	100 000						172 000
Helgelandsykehuset utvikling P85					0	0	0	500 000			500 000
UNN psykisk helsevern Tromsø				100 000	200 000	700 000	700 000				1 700 000
Usikkerhet nye strategiske prosjekter				100 000	100 000	100 000	100 000	500 000	500 000	500 000	1 900 000
Sum Helse Nord RHF	691 100	331 250	312 050	532 300	613 000	880 000	850 000	1 030 000	530 000	530 000	
Sum investeringsplan	10 525 500	2 171 000	2 158 550	2 480 200	2 282 400	2 032 000	1 462 000	1 677 000	922 000	922 000	

Endringene består av:

- Flytting av rammer fra SANO til hhv UNN og FIN til apotek i Narvik og Hammerfest
- Økt ramme til UNN og SANO basert på overskudd i 2020
- Flytting av rammer fra hhv UNN og FIN knyttet til IKT-infrastruktur i Narvik og Hammerfest
- Ramme til ny strålemaskin i Bodø
- Økt ramme til IKT-investeringer fra 2023-2026
- Avsetning for usikkerhet knyttet til nye strategiske investeringsprosjekter som ikke er besluttet (hovedsakelig knyttet til psykiatri i Tromsø og HSYK 2025)

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjon om forslag til rullering av Økonomisk langtidsplan for Helse Nord 2022-2025, inkl. rullering av investeringsplan 2022-2029, til orientering.

Bodø, den 1. juni 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Møtedato: 9. juni 2021
Saksnr.:
2020/999-31

Saksbeh./tlf.:
Linn Gros, 75 51 29 00

Sted/dato:
Bodø, 2. juni 2021

RBU-sak 60-2021 Forslag til ny modell for framskrivning for psykisk helsevern og TSB

Formål

Sakens formål er å be Regionalt brukerutvalg om innspill til forslaget til ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet ga i *Oppdragsdokument 2019 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)* følgende oppdrag til de regionale helseforetakene:

- *Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivningene skal gjennomføres med felles framskrivningsmodell.*
- *Anslag på sentrale forutsetninger skal samordnes på tvers av de regionale helseforetakene og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Dette vil blant annet være forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. Det skal gjøres lokale tilpasninger i forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener dette er relevant og nødvendig.*
- *Det skal gjøres særskilte analyser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for videreutvikling av framskrivningsmodellen for disse tjenesteområdene. Analysene skal ta utgangspunkt i anbefalinger fra Helsedirektoratet om ansvars- og oppgavefordeling mellom psykisk helsevern og kommunene.*

De regionale helseforetakenes administrerende direktører godkjente arbeidets mandat 27. januar 2020. Arbeidet hadde opprinnelig frist 1. november, men ble forsinket grunnet koronapandemien. I dialog med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), er leveringsfristen utsatt til 1. juli 2021.

Vurdering

Modellen som foreslås er basert på en rekke møter i en interregional arbeidsgruppe sammensatt av fagpersoner fra de fire helseregionene, brukerrepresentant, tillitsvalgt, KS, Sykehusbygg, og Helsedirektoratet som observatør.

Den største endringen fra dagens modell er modellens behovskomponent. Behovskomponenten er basert på estimat fra Global Burden of Disease (GBD) om prevalens av diagnostiserbare psykiske lidelser, vurdert opp mot behandling i spesialisthelsetjenesten. Estimert forekomst av diagnostiserbare psykiske lidelser i befolkningen er, ifølge GBD 16 %, mens spesialisthelsetjenesten gir tilbud til om lag 5 % av befolkningen. Behovsgjennomgangen avdekket at gapet er vesentlig større for enkelte grupper, som eldre over 65 år, og diagnosegruppene skadelig bruk av alkohol/ruslidelser og spiseforstyrrelser. Disse gruppene er derfor løftet i modellen i steg en, for å styrke dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten i 2040.

Vedlagte forslag til modell for framskrivninger innen psykisk helsevern og TSB ble lagt frem for den interregionale faggruppen 9. april 2021. Det er bred enighet i arbeidsgruppen om at spesialisthelsetjenesten bør prioritere tilbudet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser. Innen TSB er det høyest prioritert å videreutvikle basistjenester som akutttilbud og øke poliklinisk kapasitet. For psykisk helsevern for barn og unge er det et mål å styrke døgntilbudet, samt samarbeidet og samhandlingen med kommunene.

Noen sentrale utviklingstrekk mot 2040 er:

- Befolkningens demografiske utvikling gir en vesentlig forskyvning i alderssammensetningen.
- Ytterligere sentralisering.
- Faglige utvikling med fortsatt økt spesialisering.
- Eldre befolkning gir et fortsatt økt behov for helsepersonell, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Lovendringer har sterk innvirkning på behovet for døgntilbud, både volum og innhold.
- Variasjonsanalyser basert på forbruk viser stor variasjon i tjenestetilbudene.
- Diskrepans mellom prevalens og andelen som får behandling.

Modellens hovedpunkter:

- Faggruppen vurderer at fremtidig behov for døgntilbud i spesialisthelsetjenesten særlig bør styrkes for:
 - o pasienter med alvorlig psykisk lidelse,
 - o ROP-pasienter,
 - o pasienter som dømmes til tvunget psykisk helsevern med døgnopphold (inkl. varetektssurrogat og judisiell observasjon),
 - o pasienter med spiseforstyrrelser.
- Videreutvikling av forsterket oppsøkende poliklinisk tilbud.
- Videreutvikling av digital behandling.
- Justering for variasjon i døgncapasitet mellom helseforetak.

Videre prosess:

Modellen ble presentert for de regionale helseforetakenes administrerende direktører 27. april 2021. Det ble besluttet at modellen skulle sendes på en innspillsrunde i helseregionene før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet. Saken ble derfor sendt til helseforetakene i Helse Nord 26. mai 2021 for innspill før behandling i Helse

Nords direktørmøte 9. juni 2021. Saken blir derfor lagt frem for RBU før den oversendes til de regionale helseforetakenes administrerende direktører 16. juni 2021 for endelig forankring før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Forslag til konklusjon:

1. Regionalt brukerutvalg gir tilslutning til forslaget til ny modell for framskrivninger innen psykisk helsevern og TSB.
2. Regionalt brukerutvalg gir følgende innspill til arbeidet
 - a. ...

Bodø, den 2. juni 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

Oversendelse fra Helse Sør-Øst med forslag til ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og TSB

Se mottakertabell

Vår referanse:

20/00112-7

Saksbehandler:

Daniel Nguyen

Deres referanse:

Dato:

20.05.2021

Innspillsrunde- forslag til ny modell for framskrivninger for psykisk helsevern og TSB

Helse Sør-Øst viser til behandling av forslag til ny modell for framskrivninger for psykisk helsevern og TSB i interregionalt AD-møte. Det var enighet i møte om at forslag til ny modell for framskrivninger for psykisk helsevern og TSB skal gjennom en intern innspillsrunde i de regionale helseforetakene før oversendelse til Helse og omsorgsdepartementet 1. juli 2021. Det er opp til det enkelte regionale helseforetak hvordan man gjennomfører innspillsrunden, men det kan være naturlig å ha en gjennomgang med brukerutvalg, konserntillitsvalgte og direktørmøte.

Vedlagt finner dere forslag til ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB, samt et analysenotat som er en del av grunnlaget for forslaget til ny modell. Modellen er en nasjonal modell og i oppdraget fra Helse og omsorgsdepartementet er det derfor spesifisert: *«Det skal gjøres lokale tilpasninger i forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener dette er relevant og nødvendig.»*

Ved behov vil vi være tilgjengelig for de ansvarlige for innspillsrunden i de regionale helseforetakene for en gjennomgang av modellen og analysene som ligger til grunn for vurderingene som er gjort i utforming av modellen.

Vi ber om tilbakemelding innen 16. juni slik at dette kan presenteres for interregionalt AD-møte 21. juni.

Med vennlig hilsen
 Helse Sør-Øst RHF



Nicolai Møkleby

Daniel Nguyen

analysesjef

spesialrådgiver

Mottaker	Adresse	Post	Kontaktperson
HELSE NORD RHF	Postboks 1445	8038 BODØ	
HELSE MIDT-NORGE RHF	Postboks 464	7501 STJØRDAL	
HELSE VEST RHF	Postboks 303	4068 STAVANGER	

Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innhold

Sammendrag.....	4
Innledning	6
Metode	8
Ny modell for framskrivninger innen psykisk helsevern og TSB	9
1.1. Behov	10
1.2. Variasjon.....	13
1.3. Demografisk utvikling.....	14
1.4. Faglig utvikling.....	17
Forsterket oppsøkende poliklinisk behandling	17
Digital behandling.....	18
Endring i omsorgsnivå – fra døgn til poliklinikk	19
Resultater	21
1.5. Vedtaksbaserte tjenester fra kommunal helse- og omsorgstjeneste.....	21
1.6. Spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og TSB	22
1.7. Døgnbehandling	24
1.8. Poliklinikk.....	26
Vedlegg 1 - Resultattabeller	29
Vedlegg 2 - Fag- og analysenotat.....	43
1. Innledning.....	46
1.1. Mandat.....	48
1.2. Datagrunnlag	48
2. Psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Norge.....	49
2.1. Global Burden of Disease	49
2.2. Behandlingsgapet.....	50
2.3. Faktorer assosiert med behov for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser.....	54
2.4. Variasjon.....	56
3. Demografi og bosetningsmønster fram mot 2040.....	61
4. Karakteristika og utviklingstrekk ved de ulike helsetjenestene	65
4.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester	65
4.2. Barn og unge	70
4.2.1. Hvem behandles i psykisk helsevern for barn og unge?	72
4.2.2. Variasjon i bruk av døgnopphold.....	75
4.2.3. Sped- og småbarn.....	76

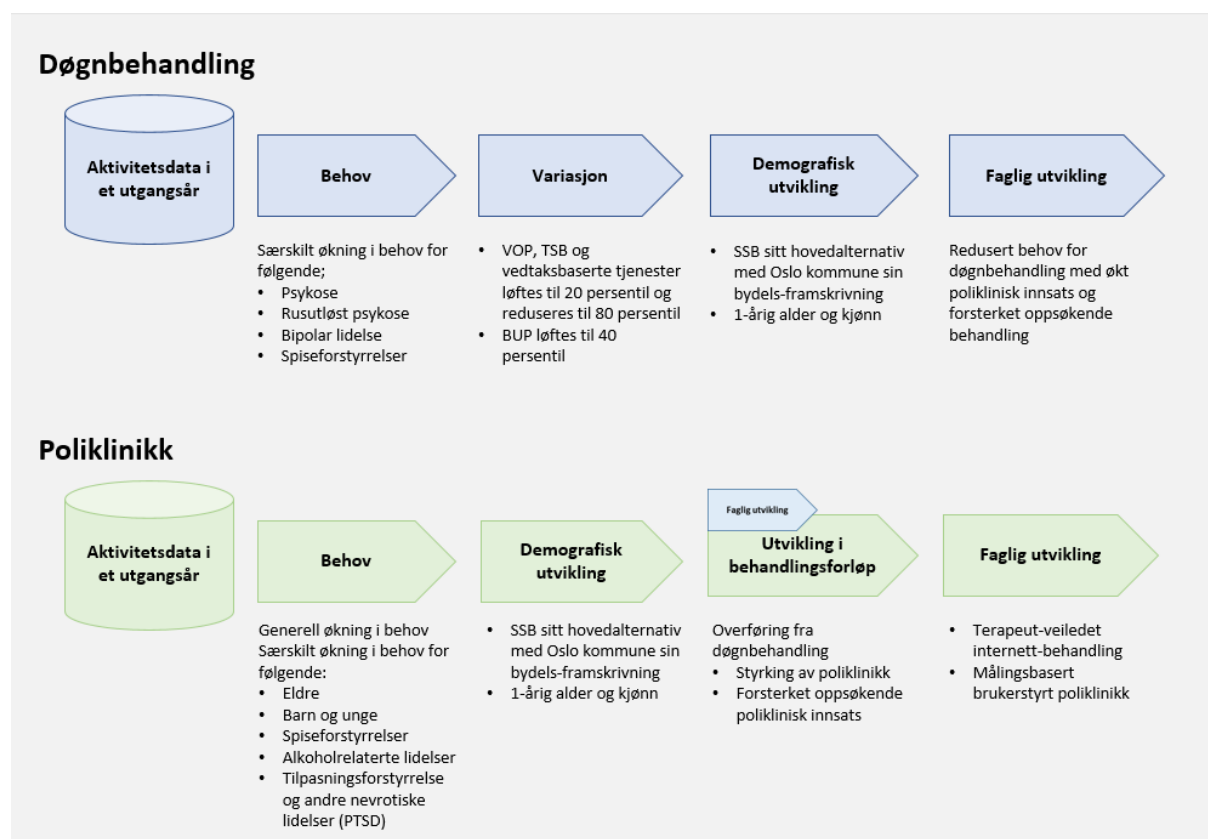
4.2.4.	Inkludering og utenforskap.....	77
4.2.5.	Barn i barnevernet.....	77
4.2.6.	Barn og unge med rusmiddelproblemer, ruslidelser og avhengighetsproblematikk	78
4.3.	Alminnelig og utbredte psykiske lidelser hos voksne	79
4.3.1.	Ulik behandlingspraksis ved utbredte og allmenne tilstander	80
4.4.	Alvorlig psykisk lidelse	81
4.4.1.	ROP-lidelser.....	83
4.4.2.	Sikkerhetspsykiatri.....	84
4.5.	Øyeblikkelig hjelp	85
4.6.	Alderspsykiatri og tjenester til eldre.....	88
4.6.1.	Demens.....	89
4.7.	Rus- og avhengighetslidelser.....	90
5.	Innholdet i helsetjenestene og noen faktorer i utviklingen av tjenestene.....	97
5.1.	Bedre bruk av teknologi.....	99
6.	Særskilt om vektig av historiske trender	101
7.	Diverse:	103
7.1.	Deltakere i arbeidsgruppen	103
7.2.	Diagnoser som inngår i GBD's tilstandsgrupper.....	105
7.3.	Variasjonskoeffisient (CV).....	106
7.4.	Funksjonsvurdering i kommunen	106
7.5.	Grunnlag for justert aktivitet.....	107
7.6.	Tabelloversikt.....	108
7.7.	Figuroversikt	112

1. Sammendrag

Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er utviklet med utgangspunkt i aktivitetstall fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). For å fange opp behov for helsetjenester, er det tatt utgangspunkt i Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sine estimat av prevalens av ulike psykiske lidelser i Norge. Forekomst av sykdom i befolkningen blir sammenholdt med aktivitetsdata (NPR og KPR) for å vurdere om det er pasientgrupper helsetjenesten trenger å videreutvikle tilbud til i årene frem mot 2040.

Modellen gjør trinnvise beregninger med utgangspunktet i dagens aktivitet. Modellen korrigerer for endringsbehov i dagens tjenestetilbud før demografisk utvikling framskrives. Det er stor variasjon i bruk av døgnbehandling mellom helseforetakene, og modellen reduserer derfor variasjon i bruk av døgnbehandling. Resultatet justeres deretter basert på forventninger til endringer i pasientbehandling, nye oppgaver og bruk av ny teknologi.

Framskrivningsmodellens trinn og komponenter er vist i figuren under:



Figur 1 Modell for framskrivning av aktivitetsbehov for psykisk helsevern og TSB

En bredt sammensatt faggruppe har vurdert endringsbehov i dagens tjenestetilbud og forventet effekt av endringer i pasientbehandling, nye oppgaver og ny teknologi.

Modellen gir følgende endring frem til 2040:

For liggedøgn gir modellen en moderat reduksjon i TSB, uendret nivå for psykisk helsevern for voksne og en vekst i antall liggedøgn i psykisk helsevern for barn og unge.

Standardisert rate liggedøgn			Endring
2019	2040		
TSB	11 284	10 557	-6 %
VOP	19 997	20 430	2 %
BUP	6 139	7 018	14 %
Total	32 787	32 702	0 %

For poliklinisk aktivitet gir modellen en klar økning for alle områder, og med en særlig vekst i TSB.

Standardisert rate poliklinikk			Endring
2019	2040		
TSB	11 438	15 727	37 %
VOP	34 473	40 579	18 %
BUP	65 862	78 829	20 %
Avtalespesiali	11 397	13 113	15 %
Total	73 008	88 202	21 %

2. Innledning

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester og i målbildet for utvikling i helsetjenesten i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.¹ Der beskriver Regjeringen hvordan den vil utforme sin strategi for utvikling av psykiske helsetjenester, gjennom å avklare kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsetjenester, prioritere kvalitet og fagutvikling i tjenesten og videreutvikle tjenestene basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi. Modellen skal legge til rette for gode faglig løsninger samtidig som den skal bidra til å sikre en bærekraftig utvikling av helsetjenesten. Modellen skal bidra til å redusere uønsket faglig variasjon og styrke tilbudet til pasientgrupper som vil ha økt behov for helsetjenester i fremtiden. Videre skal den legge til rette for kvalitetsforbedring og økt bruk av teknologi.

Ny modell for framskriving av psykisk helsevern og TSB er utarbeidet i samarbeid med en interregional arbeidsgruppe bestående av brukerrepresentant, tillitsvalg, KS, Sykehusbygg, fagpersoner fra helseregionene og Helsedirektoratet som observatør. Modellen er utviklet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. I oppdraget skal det på sikt utvikles et felles framskrivingsverktøy for helseforetak og kommuner.

Framskriving av befolkningens behov for helsetjenester skal legges til grunn ved planlegging av utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur, organisering og innretting av helsetjenesten. For å understøtte likeverdige helsetjenester skal framskrivinger være basert på en felles nasjonal modell, med mulighet for lokale tilpasninger der det enkelte regionale helseforetak vurderer det nødvendig og relevant. Likeverdige helsetjenester til befolkningen er et lovfestet krav til både kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser er hyppig forekommende i befolkningen og har store konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. På grunn av stort helsetap og høy forekomst, er angst og depresjon på hhv. 8. og 9. plass over lidelser som gir størst sykdomsbyrde. Psykiske lidelser er av denne grunn del av Verdens helseorganisasjons (WHO) fokusområder av ikke-smittsomme sykdommer sammen med kreft, hjerte-/karsykdom, diabetes og kols.² Akutt schizofreni, alvorlig depresjon og alvorlig opioidavhengighet er de tilstandene som har høyest helsetap grunnet sykdomsbyrde.³ Alkohol er det rusmiddelet som påvirker folkehelsen mest, er direkte årsak til flere sykdommer og skader, og medvirkende årsak til mer enn 60 sykdomsdiagnoser.⁴ FHI anslår at alkoholrelaterte lidelser har en forekomst på om lag 8% for menn og 3 % for kvinner. En studie fra Folkehelseinstituttet (2017) viste at bare 3% av de med alkoholproblem fanges opp i primærhelsetjenesten, og 7% i spesialisthelsetjenesten.⁵ Det er estimert at 8% av innleggelses ved somatiske

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

² <https://www.who.int/nmh/about/en/>

³ Global Health Metrics (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet.

⁴ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol,⁶ og at alkohol har betydning for opptil en tredjedel av alle innleggelses i somatiske avdelinger.⁷

Alminnelige og utbredte psykiske lidelser er den vanligste årsaken til uførhet i Norge, og står for 36% av all arbeidsuførhet.⁸ For unge voksne mellom 18-29 år er psykiske lidelser hovedårsak til uførhet for hele 63%.⁹ Pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser har økt risiko for somatisk sykdom og en betydelig kortere forventet levetid.¹⁰ Alvorlige psykiske lidelser rammer en liten andel av befolkningen, men utvikles ofte tidlig og med langvarig funksjonsnedsettelse.

Notatet beskriver en modell for framskriving av framtidig behov for psykisk helsevern for voksne, barn og unge og TSB i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet baserer seg på følgende forutsetninger:

- Spesialisthelsetjenesten skal dimensjoneres for å håndtere alvorlig og moderate lidelser.
- Kommunene skal også i årene fremover videreutvikle behandlingstilbud til pasienter med moderate og milde lidelser samt lavterskeltilbud som kan fange opp pasienter tidlig i sykdomsforløpet.
- Basert på forventet befolkningsutvikling, forutsettes et nærere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om tilbud til barn og unge, og for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Vurderingene rundt kriteriene i modellen er basert på utredning og analyser som ligger vedlagt i vedlegg 2.

Det foreslås at modellen revideres hvert fjerde år i forbindelse med utarbeidelse av ny Nasjonal helse- og sykehusplan. En regelmessig revisjon vil sikre at faglig utvikling, nye datakilder, ny teknologi, endringer i lover og nye faglige normative produkter kan innarbeides i modellen. Dagens kommunedata er i begrenset grad dekkende for kommunenes tilbud, og bør innarbeides etter hvert som flere kommunale tilbud innarbeides i KPR.

⁶ BMJ Best Practice: Alcohol withdrawal, søkt 09.03.21.

⁷ Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Daltveit, J. T., & Tønnesen, H. (2011). Hazardous drinkers in Norwegian hospitals – a cross-sectional study of prevalence and drinking patterns among somatic patients, 21, Norsk Epidemiologi.

⁸ https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd_kap

⁹ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygdede-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse>

¹⁰ Charlson et al. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016, 44, Schizophrenia Bulletin

3. Metode

Analysene i rapporten baserer seg på følgende datakilder:

- Befolkningsframskrivninger fra Statistisk Sentralbyrå – SSB (aug. 2020)¹¹
- Forekomstdata fra Global Burden og Disease (Senter for sykdomsbyrde, FHI) (2019)
- Helsedirektoratets notat om ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen (juli 2020)
- Aktivitetstall på tjenester levert av spesialisthelsetjenesten, NPR-data (2016-2019)
- Aktivitetstall på vedtaksbaserte tjenester levert av kommunene, KPR-data (2018-2019) for pasienter som samtidig var registrert i PHV og TSB i 2018/2019.

Arbeidets kunnskapsgrunnlag favner bredere og omfatter tilgjengelig statistikk og analyse fra blant annet Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, samt en rekke andre kilder som oppgis fortløpende i fotnoter.

Kommunene har en rekke tilbud og tiltak til personer med psykiske plager og/eller rusproblemer som ikke fanges opp i datasettet. Det omfatter tilbud fra ikke-vedtaksbaserte kommunale tjenester, og tilbud fra eksempelvis kommunepsykologer, barnevernstjenesten og helsesykepleiere.¹² I det videre arbeidet bør det utvikles en bedre oversikt over det totale tilbudet i kommunene.

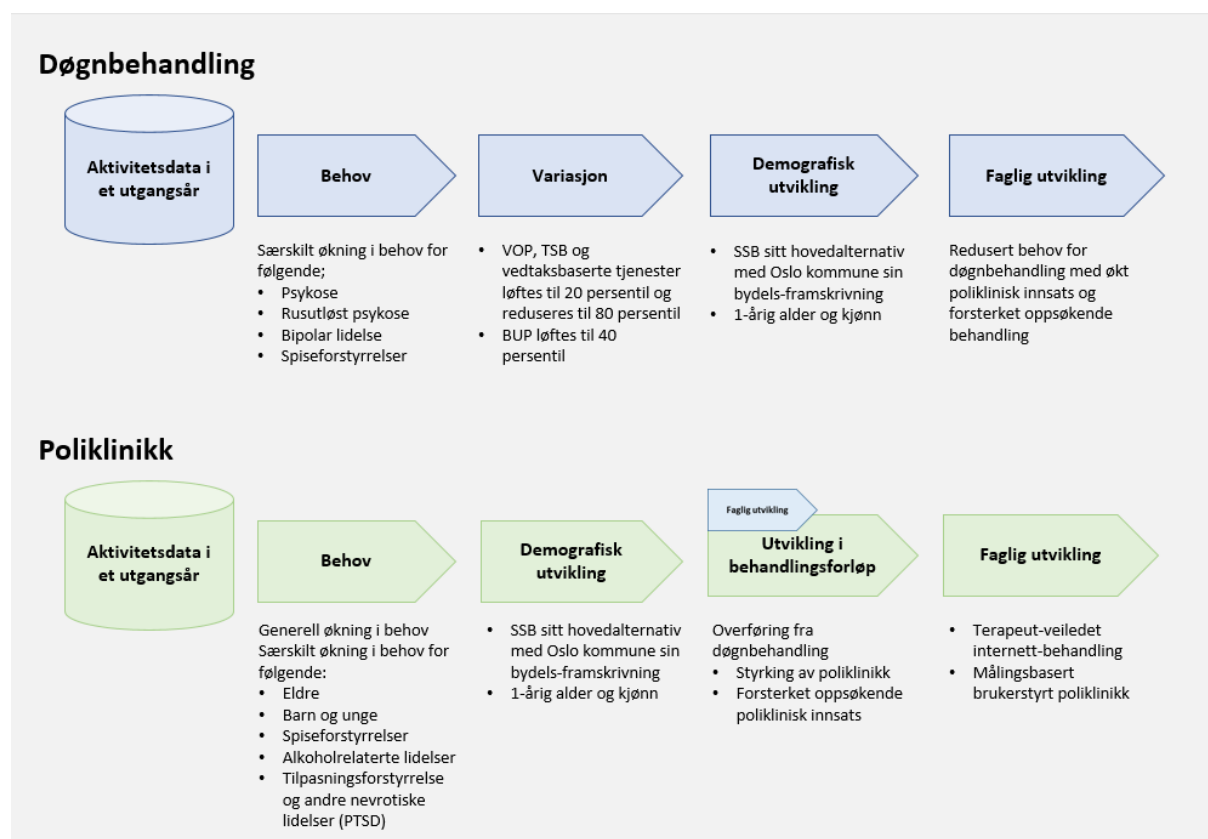
Sikkerhetspsykiatriske problemstillinger er ikke spesifikt analysert i dette arbeidet ettersom aktivitet i en rekke lokalpsykiatriske enheter ikke kan skilles fra annen aktivitet i helseforetakene. Sikkerhetspsykiatri blir indirekte, men ikke fullstendig, belyst i dette arbeidet.

¹¹ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivninger-for-kommunene-2020-2050>

¹² Barnevernet har vedtaksbaserte tiltak, men prosjektet har ikke data om disse.

4. Ny modell for framskrivinger innen psykisk helsevern og TSB

Figuren under viser komponentene i den nye framskrivningsmodellen. De enkelte trinnene gjennomgås i de påfølgende underkapitlene.



4.1. Behov

Ny modell for framskrivning har lagt inn en behovskomponent for å fange opp endringer i befolkningens fremtidige behov for helsetjenester. Behovskomponenten kommer i tillegg til modellens justering for befolkningsutvikling. En direkte framskrivning med utgangspunkt i dagens bruk, kan bidra til å forsterke utilsiktet variasjon. Komponentene skal bidra til å justere for eventuelle mangler i tjenestetilbudet, forventede endringer i sykdomsbyrde/behandlingsmetoder og oppgavedeling i samfunnet.

Epidemiologiske studier tyder på at forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser og ruslidelser i befolkningen er stabil over tid.^{13,14,15} Det danner grunnlag for å vurdere prevalens sammenholdt mot aktivitetsdata (NPR og KPR) for å vurdere tilstandsgrupper som kan ha udekket behov for helsetjenester. I modellen vurderes behov for helsetjenester med utgangspunkt i Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), som har estimert prevalens av ulike psykiske lidelser i Norge.

Forekomst av sykdom i befolkningen blir sammenholdt med aktivitetsdata for å vurdere om det er grupper som kan ha udekket behov for helsetjenester i dag. Sammenstillingen viser at om lag en av tre med en diagnostiserbar psykisk lidelse mottar behandling i spesialisthelsetjenesten. Forskjellen mellom forekomst av *diagnostiserbar* psykisk lidelse og behandling i spesialisthelsetjenesten vil i det følgende omtales som behandlingsgapet. Det er et mål for Verdens helseorganisasjon (WHO) å redusere behandlingsgapet, noe som også har en gunstig kost/nytte effekt.¹⁶

Data fra GBD estimerer høyere forekomst av psykiske lidelser i Oslo. Modellen legger til grunn at det ikke er større forskjeller i forekomst mellom øvrige fylker i Norge. Data fra GBD, sammenstilt med NPR, indikerer at dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten for eldre over 65 år, pasienter med spiseforstyrrelser og alkoholrelaterte lidelser er lav. Modellen reduserer behandlingsgapet for eldre ved å øke dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten fra 14% til 16,5%. Dekningsgraden for pasienter med spiseforstyrrelser økes fra 21% til 25%, og for alkoholrelaterte lidelser fra 13% til 25%. Pasienter med alkohollidelser innarbeides ved å styrke samlet poliklinisk innsats til pasienter med rusrelaterte lidelser (inkl. ROP-pasienter).

¹³ Baxter et al. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*, 31.

¹⁴ Sawyer et al. (2018). Has the Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Australia Changed Between 1998 and 2013 to 2014? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57

¹⁵ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*

¹⁶ Chisholm et al. (2016) Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, 3, *Lancet*

Tabell 1 Estimert antall individer og rate per 100 000 innbygger med psykiske og ruslidelser etter tilstandskategori (GBD), antall individer i PHV og TSB (inkl. avtalespesialister) andel i spesialisthelsetjenesten og snitt rate per 100 000 innbygger over opptaksområder

Tilstandsgruppe	Estimert antall individer med diagnostiserbar psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelse	Rate per 100 000 innbygger	Antall individer i PHV og TSB	Andel i spesialisthelsetjenesten	Median rate (20 og 80 persentil) per 100 000 innbygger
Angstlidelser	379 879	7 130	78 803	21 %	1415 (1314 - 1739)
Atferdsforstyrrelse	23 409	439	1 285	5 %	24 (19 - 35)
Autismespekter forstyrrelse	24 389	458	6 756	28 %	135 (84 - 164)
Bipolar lidelse	50 238	943	11 105	22 %	214 (182 - 248)
Depressive lidelser	194 687	3 654	47 881	25 %	827 (695 - 1102)
Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	65 939	1 238	24 939	38 %	491 (357 - 589)
Idiopatisk psykisk utviklingshemming	11 485	216	1 684	15 %	19 (14 - 65)
Psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol	92 743	1 741	11 707	13 %	215 (174 - 244)
Psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler	49 304	925	19 331	39 %	333 (262 - 483)
Schizofreni	17 938	337	8 892	50 %	165 (142 - 197)
Spiseforstyrrelser	22 474	422	4 822	21 %	86 (73 - 110)
Alle psykiske lidelser	820 391	15 397	274 396	33 %	5220 (4915 - 5697)

Spesialisthelsetjenesten behandler i dag få barn- og unge med rusproblematikk, og flere undersøkelser har vist at barn og unge som følges opp av barnevernet har høy forekomst av psykiske lidelser. Modellen legger derfor til grunn at det er behov for at spesialisthelsetjenesten i større grad deltar i utredning og oppfølging i barnevernet.¹⁷
¹⁸ ¹⁹ ²⁰ Synkende barnetall, i kombinasjon med store demografiske endringer, gjør det krevende for mange kommuner å yte gode nok tilbud til barn og unge uten et nærere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at samarbeidet mellom tjenestenivåene utvides i årene fremover, noe som bidrar til å øke poliklinisk aktivitet fra BUP for å understøtte kommunenes innsats innen lavterskeltilbud, tidlig innsats og annen utadrettet aktivitet. I modellen håndteres dette ved å øke dekningsgraden i BUP med 0,5% for å gi økt kapasitet i psykisk helsevern for barn og unge i 2040.

Endringer i lover og normerende dokumenter (veiledere, retningslinjer, etc.) påvirker hvor mye ressurser en pasient utløser. Et eksempel er pakkeforløpene, som ved psykoselidelser og spiseforstyrrelser stiller krav til hvilke faggrupper som skal inn på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet. Slike endringer vil både øke den polikliniske aktiviteten og ha stor betydning for ressursutnyttelsen. Det forutsettes at tjenesten også fremover vil gjennomgå slike endringer. I modellen håndteres dette som en årlig vekst på 0,5% i poliklinisk aktivitet.

Modellen forutsetter at framskriving av fremtidige behov ikke utelukkende ser hen til siste års aktivitet, men tar inn utviklingen over en tidsperiode for å fange opp trender og endringer i faget (se analysenotat, seksjon om historiske trender for nærmere drøfting).

De siste 20 årene har psykisk helsevern gjennomgått en omstilling med økt bruk av poliklinikk og redusert døgnkapasitet. Data fra de siste fire årene viser at det har vært en forskyvning av døgnkapasitet mot mer øyeblikkelig hjelp, økt innleggelsesvolum med

¹⁷ https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e

¹⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/barnevern-kartlegging-og-utredning-av-psykisk-helse-og-rus-hos-barn-og-unge>

¹⁹ <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>

²⁰ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-tverrfaglig-helsekartlegging-av-barn-i-barnevernet/id2819979/?expand=horingsbrev>

alvorligere tilstander og en reduksjon i oppholdstider. Denne utviklingen i liggedøgn i psykisk helsevern og TSB er fremstilt i tabell 2:

Tabell 2 Liggedøgn i psykisk helsevern og TSB

	Liggedøgn		Rate per 100 000	
	Totalt	Øhjelp	Totalt	Øhjelp
2016	1 844 169	573 146	35 370	10 992
2017	1 793 553	579 716	34 109	11 025
2018	1 769 017	613 360	33 405	11 582
2019	1 749 470	598 552	32 834	11 234
Snitt årlig endring			-2,4 %	0,7 %

Samtidig som forekomsten av psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser er relativt stabil, er det indikasjon på endringer i komorbiditet for enkelte pasientgrupper. Det har store konsekvenser for pasientenes sykkelighet og behov for døgnbehandling. Her peker ROP-pasienter seg særlig ut.²¹

Endringer innen justissektoren gir ekstra usikkerhet i dimensjonering av tjenestetilbudet. Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har økt de siste 10 årene. Dersom trenden vedvarer de neste ti årene, vil antallet domfelte i psykisk helsevern utgjøre 500-600 personer. Samtidig foreligger kun planer om å øke kapasiteten til totalt 225 plasser. Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet opptar sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som er eneste aktuelle tilbudet til pasienter med alvorlig lidelse, høyt sykdomstrykk og voldsproblematikk. Modellen gjør ikke egne beregninger for pasienter i sikkerhetsavdelinger, men øker tilbudet til pasientgruppen med alvorlig psykisk lidelse for å bedre dekke behovet for døgntilbud.²²

På grunn av nedtrekk i døgnkapasitet over tid, endringer i innleggelsesmønster, faktorer som påvirker sykkelighet i pasientpopulasjonen (e.g. ROP-pasienter) og endringer som direkte påvirker kapasitet (e.g. antall dømt), anbefales økt kapasitet til døgnbehandling av pasienter med ROP-lidelser, alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser med 15%. Det utgjør i underkant av 80 000 liggedøgn i 2019, og tilsvarer i gjennomsnitt en økning på 11 senger per opptaksområde i Norge.

Aktivitet i kommunale helse- og omsorgstjenester er heftet med større usikkerhet enn data fra spesialisthelsetjenesten. Data fra søknadsbaserte tjenester er relativt gode, men det mangler komplett oversikt over øvrige kommunale tilbud som behandling hos kommunepsykolog og helsesykepleier.

Det forutsettes at kommunene også fremover utvikler gode tilbud til milde og moderate psykiske lidelser. Estimat basert på kommunedata indikerer at om lag 220 000 individer har en behandlingskontakt med ikke-vedtaksbaserte kommunale tilbud, noe som utgjør 25% av estimert forekomst. Det er indikasjoner på en positiv kost/nytte-effekt å

²¹ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend

²² Aktivitet i sikkerhetspsykiatrien kan ikke skilles ut for all aktivitet i datasettet.

redusere behandlingsgapet, særlig for angst og depresjon.²³ Ettersom det ikke finnes data på hvilke pasienter som får hvilke tilbud hvor, er det vanskelig å definere et måltall for vekstbehovet i lavterskeltilbud.

Pasienter med oppfølging i spesialisthelsetjenesten mottar i liten grad botilbud i kommunene, sammenlignet med antall person som mottar annen praktisk støtte og kompensierende tiltak. Boforhold virker inn på behovet for spesialisthelsetjenester og andre tjenester, men det er vanskelig å definere et konkret måltall basert på dette arbeidet. Det anbefales i det videre arbeidet å sammenstille et bedre grunnlag for å gjøre vurderinger av behov for helsetjenester og sosialtjenester i regi av kommunene.

I modellen innarbeides:

- Poliklinikk: Andel barn i kontakt med spesialisthelsetjenesten økes med 0,5%. For eldre over 65 år økes andelen i spesialisthelsetjenesten fra 14% til 16,5% av estimert prevalens. For pasienter med spiseforstyrrelser og alkoholrelaterte problemstillinger økes andelen i spesialisthelsetjenesten til 25% av estimert prevalens. Det legges inn 0,5% årlig polikliniske vekst knyttet til et generelt økt behov.
- Døgnbehandling: Kapasitet for ROP-lidelser, alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser økes med 15%. Oslo vektet opp med 8% som følge av estimert høyere forekomst.

4.2. Variasjon

Likeverdige helsetjenester er et grunnleggende og lovregulert prinsipp i Norsk helsetjeneste, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Befolkningen skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi, språk, bakgrunn og bosted. Aktivitetstallene viser stor variasjon både mellom opptaksområder i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester. Områder med stor behandlingsskapasitet vil legge beslag på mye av de tilgjengelige ressursene. Det kan redusere muligheten for at andre, særlig rekrutteringssvake områder, kan etablere og vedlikeholde tilstrekkelige helsetjenester.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for ulike oppgaver i oppfølging av pasienter og deres pårørende. Pasienter har rett på likeverdige og kvalitativt gode tjenester fra både sykehus og kommuner, og stor innsats fra en kommune kan ikke kompensere for manglende tilbud fra sykehuset eller motsatt. Av denne grunn er det lagt inn korleksjon for variasjon i både kommunale- og sykehustjenestene.

Størst variasjon er det i innleggelsler for barn- og unge, poliklinisk oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse og ø-hjelpsinnleggelsler i TSB. Se tabell 21 i vedlegg 1.

²³ Chisholm et al. (2016) Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, 3, Lancet

For å redusere variasjon, justerer modellen opptaksområder med svært høy eller lav døgnaktivitet etter en persentilfordeling. Helseforetak med døgnaktivitet under 20. persentil løftes opp til 20. persentil, mens helseforetak med døgnaktivitet over 80. persentil reduseres til 80. persentil. Unntaket er psykisk helsevern for barn og unge, da døgnkapasiteten for barn og unge er lav, med små og sårbare enheter. For å redusere variasjon, løftes helseforetak med kapasitet 40. persentil for å unngå reduksjon i akutt- og spesialenheter. Det gjøres ingen reduksjon i de helseforetak med høy aktivitet da dette oftest er helseforetak med liten befolkning og relativt små døgnenheter.

Se tabell 23 og påfølgende tabeller i vedlegg 1 for samlet effekt og etter tjenesteområder over opptaksområder. Det gir følgende justering av variasjon for:

- 20. og 80. persentil i liggedøgn for opptaksområder for psykisk helsevern voksen og TSB.
- Opp til 40. persentil i liggedøgn for psykisk helsevern barn og unge.

4.3. Demografisk utvikling

Aktivitetsdata fra NPR og KPR viser at ulike aldersgrupper bruker helsetjenester forskjellig. Av denne grunn har modellen lagt inn befolkningsframskrivninger fra Statistisk Sentralbyrås (aug. 2020) midtalternativ for en indikasjon på behov i 2040. SSB framskriver ikke Oslos bydeler, og det benyttes derfor Oslo kommunes sin framskriving på bydeler for flyttemønster og SSB sin framskrivning for antall personer i Oslo.

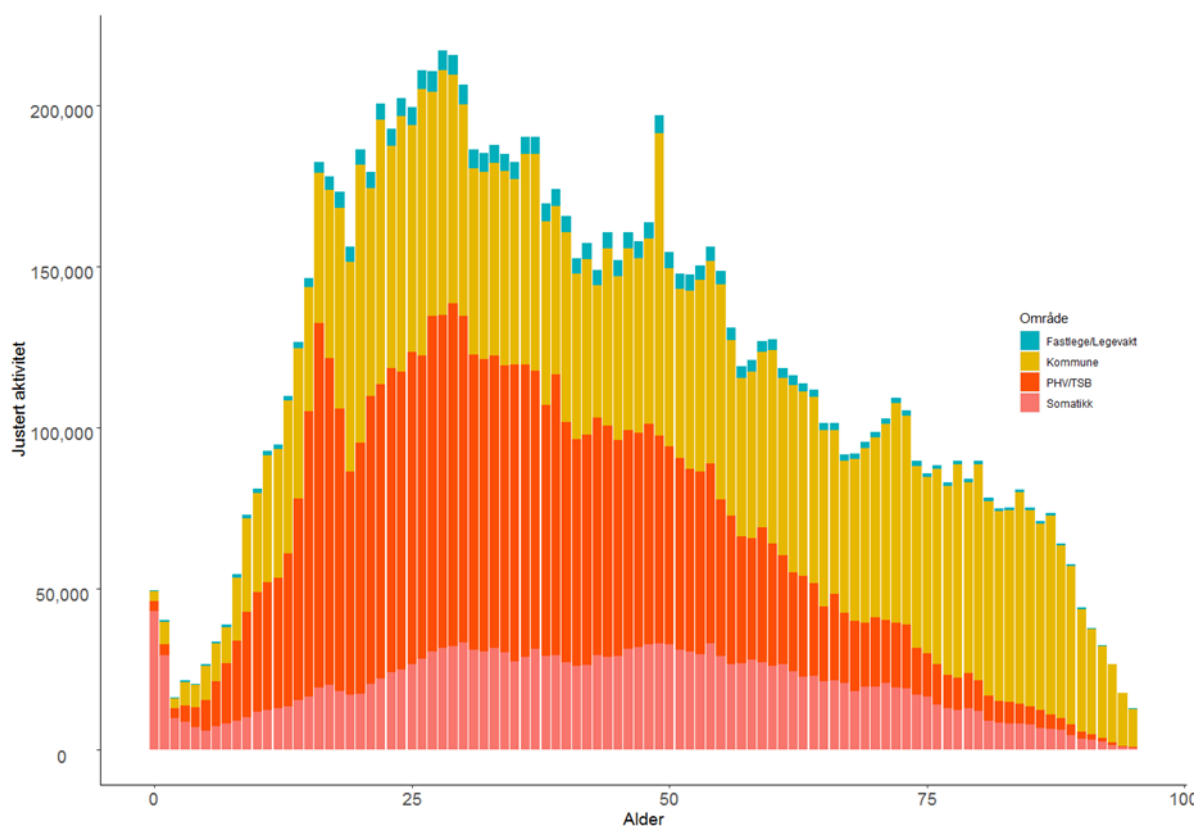
Det er store forskjeller i Norge over opptaksområder frem til 2040 basert på SSB framskriving av 2020 hovedalternativ. Områdene rundt Oslo, samt Bergen, Stavanger og Trondheim er framskrevet med en vekst på over 10%, mens det er framskrevet en negativ befolkningsvekst for opptaksområdene til Helgeland og Førde.

Tabell 3 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2040 etter opptaksområder i Norge

Opptaksområde	2020	2040	Endring %
Akershus universitetssykehus HF	579 099	670 672	16 %
Diakonhjemmet Sykehus	142 123	164 183	16 %
Finnmarksykehuset HF	75 472	77 375	3 %
Helgelandssykehuset HF	77 863	75 394	-3 %
Helse Bergen HF	456 500	502 849	10 %
Helse Fonna HF	180 398	183 676	2 %
Helse Førde HF	108 404	106 391	-2 %
Helse Møre og Romsdal HF	271 201	281 342	4 %
Helse Nord Trøndelag HF	149 508	152 256	2 %
Helse Stavanger HF	371 121	412 959	11 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	156 788	170 295	9 %
Nordlandssykehuset HF	138 145	140 255	2 %
Oslo universitetssykehus HF	282 930	319 777	13 %
St. Olavs hospital HF	313 231	349 659	12 %
Sykehuset i Vestfold HF	246 041	269 397	9 %
Sykehuset Innlandet HF	338 965	352 609	4 %
Sykehuset Telemark HF	173 355	178 614	3 %
Sykehuset Østfold HF	317 489	355 323	12 %
Sørlandet Sykehus HF	307 231	333 985	9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	193 066	197 915	3 %
Vestre Viken HF	488 650	546 690	12 %
Norge	5 367 580	5 841 616	9 %

Utfordringen fremover vil særlig ramme små kommuner, hvor antallet barn og unge reduseres i både antall og andel, andel yrkesaktive blir lavere, mens antallet og andelen eldre vokser. Behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester vil øke vesentlig med en eldre befolkning.

Figuren nedenfor viser et justert uttrykk for aktivitet i spesialisthelsetjenesten, søknadsbaserte tjenester fra kommunale helse- og omsorgstjenester og fastleger etter aldersgrupper.



Figur 2 Justert aktivitet over ulike helsetjenester og alder

Figuren viser at bruken av tjenester fra psykiske helsevern og TSB avtar med økt alder, mens den kommunale innsatsen er stabil gjennom livet til pasientene.

En eldre befolkning vil gi et økt behov for kommunale tjenester, et eksempel på dette er oppfølgingen av pasienter med demens. Tre fjerdedeler av pasientene i PHV og TSB med demens i 2018/2019 hadde institusjonsopphold i kommunen samme periode. I følge demensplan 2025, har 84,3 % av alle med sykehjems plass demens.²⁴ I 2019 var det 39 466 sykehjems plasser i Norge.²⁵ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse sin kartlegging av demens til Regjeringens demensplan 2025 viste at det i 2020 er 101 118 personer med demens, mens antallet stiger til 236 789 i 2050.²⁶

²⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

²⁵ <https://www.ssb.no/pleie/>

²⁶ https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf

4.4. Faglig utvikling

Helsetjenestene er i stadig utvikling. Det er nødvendig både for bedre utredning og behandling, sikre bærekraft og best mulig utnyttelse av felles ressurser. Nasjonal helse- og sykehusplan vektlegger flere faktorer som skal øke kvalitet, redusere variasjon og gi mer bærekraftige helsetjenester. Sentralt for bedre bærekraft er bruk av effektiv behandling, økt bruk av teknologi og bedre samhandling på tvers av tjenestenivåer. Nye behandlingsmetoder og bedre bruk av teknologi forventes å virke inn på flere forhold i helsetjenestetilbudet. Det kan øke tilgjengelighet til helsetjenester, forkorte varighet av behandling, redusere behovet for døgninnleggelser og bidra til å redusere konsekvensene av geografiske avstander. Det forutsettes at det vil være ulikt potensial for de ulike diagnosegruppene.

Forsterket oppsøkende poliklinisk behandling

For voksne pasienter over 18 år med langvarige behov for helsehjelp er poliklinisk oppfølging sentralt for forebygging og tidlig intervensjon ved tegn på forverring. Forsterket oppsøkende polikliniske innsats som ACT og FACT er godt etablert i Norge, og kan bidra til å redusere behovet for døgninnleggelser.²⁷ Volumet av poliklinisk innsats og registrert oppsøkende poliklinisk kontakt varierer betydelig mellom opptaksområder i Norge, og ligger lavt i flere områder. Det er fremdeles potensial i en systematisk innføring av forsterket oppsøkende poliklinisk innsats.

Beregningen av potensial for forsterket oppsøkende poliklinisk behandling er avhengig av både kommunestørrelse, dvs. andel av befolkningen i opptaksområde som bor i kommuner med mer enn 15 000 innbyggere, i hvilken grad behandlingen er tatt i bruk, dvs. høy (15%)/lav (30%) og diagnose. Se tabell 22 i vedlegg for detaljert oversikt.

Modellen gjør følgende forutsetninger:

- For psykose, rusutløst psykose, bipolar lidelse, rusrelaterte lidelser og LAR er effekten beregnet til en 25% reduksjon i liggedøgn.
- For alvorlig depresjon, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser er effekten beregnet til en 35% reduksjon i liggedøgn.
- Dersom opptaksområdet har 50% av befolkningen bosatt i kommuner som er større enn 15 000 innbyggere og i liten grad har tatt i bruk oppsøkende poliklinisk behandling (under median) blir potensialet $50\% \times 30\% = 15\%$. Deretter ganges 15% av liggedøgnene for psykoser med 25% reduksjon som et uttrykk for potensial i reduksjon i liggedøgn med forsterket oppsøkende poliklinisk behandling.
- Modellen legger inn en vekst på 1 poliklinisk konsultasjon for hvert liggedøgn som blir redusert.

²⁷ https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team/Evaluering%20av%20FACT-team%20i%20Norge.pdf/_/attachment/inline/8f652113-5590-4353-ac97-5b4f642cf633:1440ec6d41871d69b50eec913dd8ef66d619d05b/Evaluering%20av%20FACT-team%20i%20Norge.pdf

Det siste punktet skyldes at forsterket oppsøkende poliklinisk behandling krever økt innsats. Pasientgruppen har ofte behov for oppfølging over lengre tid.²⁸

Digital behandling

Bedre bruk av teknologi forventes å virke inn på flere forhold i helsetjenestetilbudet. Teknologiske løsninger kan forenkle og effektivisere kommunikasjonen med og mellom helsetjenestene. Eksempler er Helsenorge-løsningen, tilgang til egen journal, elektronisk meldingsutveksling og elektronisk kommunikasjon mellom enheter. Teknologiske løsninger øker tilgjengeligheten til helsetjenesten, både ved at flere kan gis et adekvat tilbud tidligere, og ved å redusere geografiske hindre. Erfaringer fra Helse Bergen viser at internettassistert behandling som eMeistring kan øke antallet pasienter per behandler. Beslutningsforum ga i 2019 godkjenning til at terapeutveiledet internettbehandling kan tas i bruk når det er hensiktsmessig, og ordningen ble innlemmet i ISF samme år.

Tabell 4 viser hvordan effekter av internettassisterte behandlingstilbud og brukerstyrt poliklinikk med digital monitorering implementeres i modellen. Det polikliniske volumet beregnes først som en del av det samlede behovet, før det avgrenses til digital poliklinikk.

Tabell 4 Estimert andel konsultasjoner som kan utføres digitalt per diagnosegruppe

Diagnosegruppe	Effekt digital poliklinikk
ADHD	20 %
Alkoholrelaterte lidelser	20 %
Alvorlig depresjon	10 %
Andre diagnoser	10 %
Andre psykiske lidelser	25 %
Angst	25 %
Bipolar lidelse	15 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	15 %
LAR	1 %
Mangler diagnose	10 %
Mild/Moderat depresjon	25 %
Organiske lidelser	1 %
Personlighetsforstyrrelser	10 %
Psykisk utviklingshemming	15 %
Psykose	15 %
Rusrelaterte lidelser	20 %
Rusutløst psykose	10 %
Spiseforstyrrelser	20 %
Symptomdiagnose	25 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	20 %
Øvrig depresjon	20 %

²⁸ https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team/Evaluering%20av%20FACT-team%20i%20Norge.pdf/_/attachment/inline/8f652113-5590-4353-ac97-5b4f642cf633:1440ec6d41871d69b50eec913dd8ef66d619d05b/Evaluering%20av%20FACT-team%20i%20Norge.pdf

Brukerstyrt poliklinikk med skjemabasert oppfølging og bruk av medisinsk-teknisk utstyr

Systematiske effektmålinger og tilstandsmonitorering av pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser har flere positive effekter.^{29,30} For flere alvorlige psykiske lidelser har tidlig intervensjon stor betydning, og kan gi en ny dimensjon for pårørende i oppfølgingen.^{31,32}

Digitale helsetjenester gjør det mulig for pasientene å veksle mellom fysiske og digitale møter etter behov, og ulike internettassistert behandlingsformer gjør at dialogen mellom pasient og behandler kan skje raskere. Avstandsoppfølging og brukerstyrte poliklinikker vil bidra til at pasienter med langvarige tilstander og lidelser i større grad vil kunne få oppfølging over tid, men hvor oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser. Tradisjonelt har oppfølging av kronisk syke pasienter vært sykehusstyrt gjennom faste fysiske møtepunkter på sykehuset, uten at det nødvendigvis er samsvar mellom pasientens reelle behov og tidspunkt for når konsultasjonen settes opp. For noen pasienter er det mer hensiktsmessig å tilby tilpassede pasientforløp der pasienten får oppfølging ved behov, i stedet for fastsatte intervaller (PRO-oppfølging (Patient Reported Outcome)). Raskt tilgjengelig brukerstyrt poliklinikk kan bidra til at forverringer blir fanget opp raskere.³³

Effekten av digitale helsetjenester er lagt inn i modellen på følgende måte:

- 20% av pasientene i døgnbehandling med bipolar lidelse, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, personlighetsforstyrrelse, psykose, rusrelaterte lidelser, rusutløst psykose, spiseforstyrrelser, belastningslidelser og alkoholrelaterte lidelser får tilbud om brukerstyrt poliklinikk med digital oppfølging.
- Det forutsettes at det reduserer liggetiden med 5% for disse pasientgruppene.
- Det legges til 0,5 polikliniske konsultasjoner for hvert liggedøgn som reduseres.

Endring i omsorgsnivå – fra døgn til poliklinikk

Helsetjenestene trenger tilstrekkelig døgnkapasitet for å sikre at pasienter med behov for døgnbehandling har tilstrekkelig hjelpetilbud. Godt utviklede dag- og polikliniske tilbud kan redusere behovet for døgninnleggelse, og for enkelte pasientgrupper kan intensiv og oppsøkende poliklinisk behandling erstatte deler av døgnbehandlingen.

Modellen forutsetter følgende:

- Tradisjonell behandling og oppfølging erstattes delvis med tidsintensive behandlingsopplegg, forsterket oppsøkende poliklinisk innsats, internettassisterte behandlingstilbud og brukerstyrte poliklinikker med digital monitorering.

²⁹ Scott & Lewis (2015). Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment, Cogn Behav Pract.

³⁰ Lewis et al. (2019). Implementing Measurement-Based Care in Behavioral Health A Review, 76, JAMA Psychiatry.

³¹ Friis et al. (2016). Early Predictors of Ten-Year Course in First-Episode Psychosis, 67, Psychiatric Services.

³² Romm et al (2020). Remote Care for Caregivers of People With Psychosis: Mixed Methods Pilot Study. JMIR Ment Health, 7.

³³ Møller et al. (2018). 24-hour access outpatient clinic for patients with exacerbation of chronic disease: a before-after cohort study of differences in acute healthcare utilisation, 18, BMC Health Services Research

- Basert på variasjon i innleggelsesmønster, nasjonale og internasjonale veiledere for behandling, antas at en større andel kan følges opp poliklinisk.
- 10% av de nasjonale døgnoppholdene omgjøres til poliklinikk for angst, mild/moderat depresjon, øvrig depresjon, tilpasningsforstyrrelser, personlighetsforstyrrelse, LAR, alkoholrelaterte lidelser og øvrige psykiske lidelser.
- Det legges til 0,5 polikliniske konsultasjoner for hvert liggedøgn som reduseres.

5. Resultater

Tabellene i kapitlet viser framskrivningsmodellens hovedresultater. Ytterligere tabeller og oversikter er oppstilt i vedlegg 1.

Tabell 5 viser utvikling i befolkning, estimert prevalens for psykiske lidelser og rusavhengighet i perioden fra 2019 til 2040. Det forutsettes en 30 % overlapp mellom pasientpopulasjonen i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten dvs. at de mottar tilbud i begge områder.

Tabell 5 Framskrivning av befolkning i Norge, estimert antall individer med diagnostiserbar psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelse i spesialist- og primærhelsetjeneste

	2019	2040
Befolkning Norge	5 328 212	5 841 616
Estimert antall med diagnostiserbare psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser	820 391	899 440
Antall med kontakt med fastlege	630 000	690 704
Estimert antall individer med lavterskeltilbud i kommunene	220 000	241 198
Antall individer med tilbud i spesialisthelsetjenesten	274 403	300 843
Samtaleterapi hos fastlege	70 000	76 745
Estimert antall individer i behandling forutsatt 30% overlapp	395 082	433 151
Estimert andel av prevalens i behandling	48 %	48 %

5.1. Vedtaksbaserte tjenester fra kommunal helse- og omsorgstjeneste

Tabell 6 viser en ren demografisk framskrivning av antall individer med vedtaksbaserte tjenester, antall timer for aktivisering og hjemmetjenester, oppholdsdøgn i institusjon, kommunal bolig og justert aktivitet (omberegnet uttrykk for sammenlignbare størrelser). Det er korrigert for variasjon. Eventuell vekst i behov for boliger og andre omstillingstiltak er ikke innarbeidet og bør inngå i det videre arbeidet med utviklingsplaner og nasjonal helse- og sykehusplan.

Tabell 6 Framskrivning av vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste 2019 - 2040

	2019			Korreksjon for variasjon			2040 etter befolkningsendringer		
	Individer	Timer- /oppholdsdøgn	Justert aktivitet	Individer	Timer- /oppholdsdøgn	Justert aktivitet	Individer	Timer- /oppholdsdøgn	Justert aktivitet
Aktivisering	16 168	4 085 839	106 116	16 393	4 117 489	106 938	18 416	4 769 938	123 884
Hjemmetjenester	66 948	24 024 481	1 255 829	66 771	23 971 043	1 253 036	74 496	25 475 235	1 331 665
Institusjon	13 957	2 956 615	868 402	14 356	3 026 763	889 685	22 090	4 754 243	1 397 471
Bolig	8 329	2 684 268	52 321	8 445	2 723 660	53 102	10 036	3 188 941	62 173

Tabell 7 viser framskrivningen for justert aktivitet av vedtaksbaserte tjenester per 100 000 innbygger (total befolkning).

Tabell 7 Framskrivning av justert aktivitet av vedtaksbaserte tjenester per 100 000 innbygger (total befolkning).

	2019	2040	Endring
Aktivering	1 992	2 121	6 %
Hjemmetjenester	23 569	22 796	-3 %
Institusjon	16 298	23 923	47 %
Bolig	982	1 064	8 %

5.2. Spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og TSB

Tabell 8 viser utvikling i liggedøgn fra 2019 til 2040 med de ulike faktorene i modellen. Kolonnen «Faglig utvikling» viser volum i 2040. Det er en samlet vekst på 4% i antall liggedøgn i perioden.

Tabell 8 Framskrivning av liggedøgn 2019 til 2040 etter tjenesteområde

	Liggedøgn 2019	Behov	Variasjon	Demografisk utvikling 2040	Faglig utvikling	Endring	
TSB	601 258	602 212	597 405	614 590	567 051	-34 207	-5,7 %
VOP	1 065 478	1 138 547	1 144 045	1 237 837	1 165 647	100 169	9,4 %
BUP	80 218	84 228	92 152	86 960	83 706	3 488	4,3 %
	1 746 954				1 816 404	69 450	4,0 %

Tabell 9 viser utviklingen i liggedøgn per 100 000 innbygger. Psykisk helsevern for voksne over 18 år – VOP, mens BUP favner de mellom 0-17 år. Tabellen viser en reduksjon per innbygger innen TSB, stabilt nivå for VOP, og en økning for BUP. Variasjonen er redusert i alle tjenesteområdene.

Tabell 9 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger, endring i % og variasjonskoeffisient

	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2040	Endring	CV 2019	CV 2040
TSB	14 296	11 888	-17 %	27 %	18 %
VOP	25 334	24 438	-4 %	19 %	17 %
BUP	7 146	7 810	9 %	43 %	29 %

Tabell 10 viser standardiserte verdier (femårig alder) per 100 000 innbygger vektet for befolknings sammensetningen i Norge 2019. Resultatene viser en større vekst for BUP, stabilitet i VOP og en svak reduksjon i TSB. Dette fordi en beregning av rå-rate ikke gir tilstrekkelig informasjon til å vurdere utviklingen, ettersom forbruksprofilen er aldersavhengig og det er forventet en endring i befolknings sammensetningen i Norge frem til 2040.

Tabell 10 Standardiserte rater per 100 000 liggedøgn

Standardisert rate liggedøgn	2019		Endring
	2019	2040	
TSB	11 284	10 557	-6 %
VOP	19 997	20 430	2 %
BUP	6 139	7 018	14 %
Total	32 787	32 702	0 %

Oversikt over utvikling i poliklinikk og dagopphold vises i tabell 11.

Tabell 11 Framskrivning av poliklinikk og dagopphold 2019 – 2040

	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlings- forløp	Endring	Herav digital poliklinikk
TSB	609 461	790 200	826 117	856 915	141 %	108 959
VOP	1 836 794	2 084 516	2 167 270	2 220 785	121 %	424 494
BUP	836 500	984 070	922 380	924 007	110 %	206 340
Avtalespesialister	607 269	688 503	721 813	721 813	119 %	147 658
Totalt	3 890 024	4 547 288	4 637 580	4 723 520	121 %	887 450

Tabell 12 viser utviklingen i poliklinikk og dagbehandling per 100 000 innbygger (samme aldersinndeling som over). Variasjonen er i liten grad påvirket, ettersom det ikke er korrigert for variasjon i volum av poliklinikk.

Tabell 12 Polikliniske og dagopphold per 100 000 innbygger, endring i % og variasjonskoeffisient

	Aktivitet 2019	Aktivitet 2040	Endring	CV 2019	CV 2040
TSB	14 491	17 983	24 %	61 %	55 %
VOP	43 674	46 548	7 %	22 %	24 %
BUP	74 521	85 988	15 %	15 %	14 %
Avtalespesialister	14 439	15 092	5 %	60 %	61 %

Tabell 13 viser standardiserte rater per 100 000 innbygger for poliklinikk.

Tabell 13 Standardisert rate per 100 000 innbygger poliklinikk

Standardisert rate poliklinikk	Standardisert rate		Endring
	2019	2040	
TSB	11 438	15 727	37 %
VOP	34 473	40 579	18 %
BUP	65 862	78 829	20 %
Avtalespesiali	11 397	13 113	15 %
Total	73 008	88 202	21 %

5.3. Døgnbehandling

Tabell 14 viser komponentene i modellen for ulike diagnosegrupper i døgnbehandling. Utvikling per opptaksområde er fremstilt i vedlegg 1.

Tabell 14 Framskrivning av liggedøgn 2019 - 2040 etter diagnosegruppe

	Liggedøgn 2019	Behov	Variasjon	Demografisk utvikling 2040	Faglig utvikling
ADHD	16 563	16 563	17 027	16 477	16 477
Alkoholrelaterte lidelser	206 135	206 135	205 136	218 547	194 612
Alvorlig depresjon	72 338	72 338	72 790	90 290	85 352
Andre diagnoser	21 187	21 187	21 275	28 997	28 997
Andre psykiske lidelser	9 644	9 644	10 034	9 778	8 837
Angst	46 010	46 010	46 502	51 354	46 272
Bipolar lidelse	100 059	115 068	115 814	129 698	123 241
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	18 983	18 983	19 397	19 172	18 980
LAR	75 646	75 646	75 712	79 695	68 664
Mangler diagnose	166 454	166 454	167 864	175 373	175 373
Mild/Moderat depresjon	76 337	76 337	77 323	88 511	79 785
Organiske lidelser	22 937	22 937	23 287	33 345	33 345
Personlighetsforstyrrelser	50 005	50 005	50 538	49 914	41 933
Psykisk utviklingshemming	8 381	8 381	8 641	8 493	8 493
Psykose	356 957	410 501	411 328	428 676	406 495
Rusrelaterte lidelser	291 342	291 342	289 126	290 056	275 109
Rusutløst psykose	12 626	14 520	14 469	14 276	13 587
Spiseforstyrrelser	50 580	58 167	60 701	57 000	54 189
Symptomdiagnose	26 709	26 709	27 367	27 563	27 563
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	107 397	107 397	108 212	109 899	98 014
Øvrig depresjon	10 664	10 664	11 057	12 273	11 088

For psykose, rusutløst psykose og spiseforstyrrelser er det primært aldersgruppen 15-40 år som har et betydelig døgnforbruk. Utviklingen for gruppen mellom 15-40 år har en klar vekst i antall liggedøgn per innbygger som er fremstilt i tabell 15.

Tabell 15 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger i aldersgruppe 15-40 år etter selekterte diagnosegrupper

	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2040	Endring
Psykose	20 394	24 364	19 %
Rusutløst psykose	721	814	13 %
Spiseforstyrrelser	2 890	3 248	12 %

Tabell 16 viser utviklingen per diagnosegruppe per 100 000 innbygger (total befolkning). Oversikten gir et noe skjevt bilde på grunn av den sterke veksten i antall eldre.

Tabell 16 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger (total befolkning) og endring etter diagnosegrupper

	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2040	Endring
ADHD	311	282	-9 %
Alkoholrelaterte lidelser	3 869	3 331	-14 %
Alvorlig depresjon	1 358	1 461	8 %
Andre diagnoser	398	496	25 %
Andre psykiske lidelser	181	151	-16 %
Angst	864	792	-8 %
Bipolar lidelse	1 878	2 110	12 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	356	325	-9 %
LAR	1 420	1 175	-17 %
Mangler diagnose	3 124	3 002	-4 %
Mild/Moderat depresjon	1 433	1 366	-5 %
Organiske lidelser	430	571	33 %
Personlighetsforstyrrelser	938	718	-24 %
Psykisk utviklingshemming	157	145	-8 %
Psykose	6 699	6 959	4 %
Rusrelaterte lidelser	5 468	4 709	-14 %
Rusutløst psykose	237	233	-2 %
Spiseforstyrrelser	949	928	-2 %
Symptomdiagnose	501	472	-6 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	2 016	1 678	-17 %
Øvrig depresjon	200	190	-5 %

Tabell 17 viser utviklingen i antall liggedøgn per 100 000 innbygger (total befolkning) per tjeneste- og opptaksområde.

Tabell 17 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger (total befolkning) etter opptaksområde og tjenestoområde

	TSB 2019	TSB 2040	Endring	VOP 2019	VOP 2040	Endring	BUP 2019	BUP 2040	Endring
Akershus universitetssykehus HF	14 590	11 888	-19 %	18 962	19 895	5 %	8 634	8 509	-1 %
Helse Stavanger HF	13 202	10 798	-18 %	32 854	29 655	-10 %	4 367	6 121	40 %
Sykehuset Innlandet HF	16 700	14 755	-12 %	30 448	30 376	0 %	9 218	8 923	-3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	25 978	16 672	-36 %	30 171	30 644	2 %	7 785	8 936	15 %
Nordlandssykehuset HF	16 864	14 386	-15 %	23 992	23 472	-2 %	10 551	10 536	0 %
Oslo universitetssykehus HF	15 584	13 461	-14 %	29 395	28 587	-3 %	8 962	9 520	6 %
Sykehuset Østfold HF	14 537	12 089	-17 %	27 382	25 197	-8 %	12 902	12 847	0 %
Sørlandet Sykehus HF	14 951	12 593	-16 %	26 941	25 559	-5 %	2 291	6 560	186 %
St. Olavs hospital HF	9 808	9 571	-2 %	22 178	22 306	1 %	3 071	7 022	129 %
Sykehuset Telemark HF	19 362	14 911	-23 %	32 070	31 098	-3 %	8 747	7 833	-10 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	15 685	12 907	-18 %	31 805	29 265	-8 %	7 555	7 669	2 %
Diakonhjemmet Sykehus	12 922	10 936	-15 %	21 035	21 694	3 %	7 965	8 107	2 %
Sykehuset i Vestfold HF	14 865	11 846	-20 %	20 948	19 005	-9 %	6 291	6 126	-3 %
Vestre Viken HF	9 840	9 047	-8 %	20 944	19 390	-7 %	6 797	6 623	-3 %
Helgelandssykehuset HF	16 483	14 185	-14 %	21 585	20 762	-4 %	15 626	12 597	-19 %
Helse Bergen HF	12 460	10 484	-16 %	26 535	26 487	0 %	6 351	6 358	0 %
Finnmarksykehuset HF	21 688	14 729	-32 %	33 560	29 753	-11 %	13 803	13 592	-2 %
Helse Fonna HF	17 451	15 034	-14 %	22 749	21 848	-4 %	5 355	6 144	15 %
Helse Førde HF	7 678	9 539	24 %	23 991	24 415	2 %	6 345	5 793	-9 %
Helse Nord Trøndelag HF	10 531	8 851	-16 %	16 891	20 380	21 %	4 551	5 911	30 %
Helse Møre og Romsdal HF	12 967	10 516	-19 %	22 070	20 964	-5 %	5 746	6 566	14 %

5.4. Poliklinikk

Tabell 18 viser effekten på poliklinikk og dagbehandling for ulike diagnosegrupper i poliklinikk og dagbehandling. Tabeller i vedlegg 1 viser utviklingen per opptaksområde.

Tabell 18 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling 2019 - 2040 etter diagnosegruppe

	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlings- forløp	Endring	Herav digital poliklinikk
ADHD	227 837	258 739	246 927	246 927	8 %	49 385
Alkoholrelaterte lidelser	120 676	259 166	278 844	290 811	141 %	56 752
Alvorlig depresjon	54 118	61 571	67 640	72 577	34 %	7 258
Andre diagnoser	31 166	36 952	45 388	45 388	46 %	4 539
Andre psykiske lidelser	114 640	131 412	124 995	125 466	9 %	31 366
Angst	376 207	422 318	425 949	428 490	14 %	107 123
Bipolar lidelse	136 859	153 789	163 776	169 610	24 %	25 189
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	76 188	86 868	83 277	83 373	9 %	12 587
LAR	262 945	290 836	303 554	310 604	18 %	3 106
Mangler diagnose	60 739	67 908	69 096	69 096	14 %	6 910
Mild/Moderat depresjon	378 608	424 682	441 686	446 050	18 %	111 512
Organiske lidelser	14 987	18 506	28 640	28 640	91 %	286
Personlighetsforstyrrelser	211 553	234 346	232 833	238 133	13 %	23 495
Psykisk utviklingshemming	14 376	16 118	15 939	15 939	11 %	2 391
Psykose	302 011	337 372	363 112	383 241	27 %	56 520
Rusrelaterte lidelser	145 723	161 175	163 407	176 965	21 %	34 071
Rusutløst psykose	4 677	5 168	5 113	5 733	23 %	580
Spiseforstyrrelser	96 655	129 208	123 177	125 715	30 %	24 909
Symptomdiagnose	675 746	769 270	760 249	760 249	13 %	190 062
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	509 775	598 270	606 198	612 140	20 %	121 735
Øvrig depresjon	74 538	83 617	87 781	88 374	19 %	17 675

Tabell 19 viser utviklingen i poliklinikk for diagnosegruppene i standardiserte rater per 100 000 innbygger

Tabell 19 Standardiserte rater poliklinikk per 100 000 innbygger og endring etter diagnosegrupper.

Standardiserte rater poliklinikk			
Diagnosegruppe	2019	2040	Endring
ADHD	4 276	4 887	14 %
Alkoholrelaterte lidelser	2 265	5 219	130 %
Alvorlig depresjon	1 016	1 248	23 %
Andre diagnoser	585	699	19 %
Andre psykiske lidelser	2 152	2 497	16 %
Angst	7 061	8 074	14 %
Bipolar lidelse	2 569	3 029	18 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	1 430	1 664	16 %
LAR	4 935	5 655	15 %
Mangler diagnose	1 140	1 287	13 %
Mild/Moderat depresjon	7 106	8 153	15 %
Organiske lidelser	281	356	27 %
Personlighetsforstyrrelser	3 970	4 535	14 %
Psykisk utviklingshemming	270	308	14 %
Psykose	5 668	6 959	23 %
Rusrelaterte lidelser	2 735	3 367	23 %
Rusutløst psykose	88	111	26 %
Spiseforstyrrelser	1 814	2 491	37 %
Symptomdiagnose	12 682	14 618	15 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	9 567	11 447	20 %
Øvrig depresjon	1 399	1 597	14 %
Totalsum	73 008	88 202	21 %

Tabell 20 viser utviklingen i poliklinikk per 100 000 innbygger (total befolkning) per tjeneste- og opptaksområde.

Tabell 20 Antall poliklinikk og dagopphold per 100 000 innbygger (total befolkning) per tjeneste- og opptaksområde

	TSB 2019	TSB 2040	Endring	VOP 2019	VOP 2040	Endring	BUP 2019	BUP 2040	Endring	Avt.spes 2019	Avt.spes 2040	Endring
Akershus universitetssykehus HF	9 790	13 305	36 %	40 698	43 022	6 %	68 665	78 071	14 %	14 862	15 156	2 %
Helse Stavanger HF	20 235	21 346	5 %	43 169	45 374	5 %	70 602	81 684	16 %	12 263	12 257	0 %
Sykehuset Innlandet HF	9 893	12 821	30 %	42 546	45 717	7 %	83 454	96 212	15 %	11 563	12 435	8 %
Lovisenberg Diagonale Sykehus HF	20 985	30 438	45 %	78 199	88 011	13 %	63 577	83 427	31 %	40 440	42 864	6 %
Nordlandssykehuset HF	4 937	6 768	37 %	35 714	37 557	5 %	86 424	99 030	15 %	10 991	12 399	13 %
Oslo universitetssykehus HF	13 139	18 897	44 %	45 650	52 683	15 %	78 681	95 288	21 %	28 292	28 685	1 %
Sykehuset Østfold HF	16 535	20 193	22 %	34 222	35 585	4 %	69 949	80 017	14 %	13 037	13 277	2 %
Sørlandet Sykehus HF	14 063	17 853	27 %	52 663	54 682	4 %	69 884	81 030	16 %	9 993	9 971	0 %
St. Olavs hospital HF	11 661	16 754	44 %	53 103	56 744	7 %	63 235	75 389	19 %	8 486	9 326	10 %
Sykehuset Telemark HF	13 719	16 112	17 %	41 600	44 623	7 %	88 752	100 864	14 %	17 669	17 980	2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	8 165	10 588	30 %	38 273	41 284	8 %	81 647	93 808	15 %	9 487	9 983	5 %
Diakonhjemmet Sykehus	12 923	18 446	43 %	47 170	53 312	13 %	69 958	84 030	20 %	27 537	29 477	7 %
Sykehuset i Vestfold HF	29 155	32 779	12 %	48 056	49 948	4 %	99 398	114 270	15 %	13 381	13 558	1 %
Vestre Viken HF	11 392	13 735	21 %	38 317	39 940	4 %	76 937	87 593	14 %	15 756	16 709	6 %
Helgelandsykehuset HF	5 299	6 343	20 %	48 391	50 721	5 %	97 974	113 347	16 %	4 167	4 442	7 %
Helse Bergen HF	32 470	36 026	11 %	45 506	47 590	5 %	79 660	91 128	14 %	17 552	18 028	3 %
Finnmarksykehuset HF	2 787	4 075	46 %	36 337	38 436	6 %	81 358	94 551	16 %	5 540	5 563	0 %
Helse Fonna HF	20 175	23 078	14 %	34 016	35 074	3 %	64 481	74 243	15 %	10 194	10 435	2 %
Helse Førde HF	2 220	3 046	37 %	33 383	35 985	8 %	74 570	85 150	14 %	9 164	9 912	8 %
Helse Nord Trøndelag HF	7 054	9 849	40 %	39 879	43 876	10 %	60 064	67 687	13 %	8 034	7 643	-5 %
Helse Møre og Romsdal HF	5 491	7 914	44 %	41 113	42 790	4 %	61 003	68 129	12 %	6 942	7 021	1 %

Vedlegg 1 - Resultattabeller

Tabell 21 Oversikt aktivitetsparametere per 100 000 innbygger (snitt/standardavvik) og variasjonskoeffisient (CV)

Aktivitetsparametere	Gjennomsnittlig rate (std)	CV
Individer i PHV/TSB	5394 (681)	13 %
Individer i BUP	5411 (1024)	19 %
Polikliniske opphold BUP	76271 (14320)	19 %
Individer innlagt BUP	212 (97)	46 %
Liggedøgnsforbruk BUP	7789 (3602)	46 %
Individer i VOP	3843 (477)	12 %
Polikliniske opphold VOP	43714 (9566)	22 %
Individer innlagt VOP	675 (125)	18 %
Liggedøgnsforbruk VOP	25548 (4873)	19 %
Individer innlagt med alvorlig psykisk lidelse	203 (34)	19 %
Liggedøgnsforbruk alvorlig psykisk lidelse	10500 (2624)	25 %
Polikliniske opphold alvorlig psykisk lidelse	9160 (5083)	55 %
Registrert oppsøkende poliklinisk kontakt alvorlig psykisk lidelse	1557 (1429)	92 %
Individer innlagt angst (F4)	49 (16)	32 %
Liggedøgnsforbruk angst	1145 (479)	42 %
Individer i TSB	797 (249)	31 %
Polikliniske opphold TSB (eksl. LAR-diagnoser)	7689 (3308)	43 %
Individer innlagt TSB	222 (58)	26 %
Liggedøgn TSB	15021 (4059)	27 %
Individer innlagt ø-hjelp TSB	41 (26)	63 %
Aktiveringstjenester i kommunen	382 (109)	29 %
Hjemmetjenester i kommunen	1544 (366)	24 %
Institusjonstilbud i kommunen	359 (98)	27 %
Botilbud i kommunen	204 (69)	34 %
Individer i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	38721 (3325)	9 %
Individer innlagt somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	10817 (918)	8 %
Liggedøgn somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	91966 (11246)	12 %
Individer innlagt ø-hjelp med hjerne-karsykdommer i somatiske sykehusfunksjoner	225 (43)	19 %

Tabell 22 Opptaksområde med høy/lav grad av oppsøkende behandling i TSB og VOP i dag (høy grad gir lavt potensial for forsterket poliklinisk innsats) og andel av opptaksområde som bor i kommuner med mer enn 15 000 innbygger (prosenten brukes direkte i modellering av potensial for forsterket poliklinisk innsats).

Opptaksområde	Mediansplit antall individer med oppsøkende polikliniske behandling 2019	Andel individer i opptaksområdet bosatt i kommuner > 15 000
Helse Stavanger	Høy	83 %
Sykehuset Innlandet	Høy	49 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	Høy	100 %
Sykehuset Østfold	Høy	89 %
Sørlandet sykehus	Høy	66 %
St. Olavs Hospital	Høy	77 %
Sykehuset Telemark	Høy	53 %
Helse Bergen	Høy	92 %
Helse Fonna	Høy	54 %
Helse Førde	Høy	36 %
Akershus universitetssykehus	Lav	90 %
Nordlandssykehuset	Lav	38 %
Oslo universitetssykehus	Lav	99 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Lav	64 %
Diakonhjemmet Sykehus	Lav	100 %
Sykehuset i Vestfold	Lav	100 %
Vestre Viken	Lav	88 %
Helgelandssykehuset	Lav	34 %
Finnmarkssykehuset	Lav	28 %
Helse Nord Trøndelag	Lav	56 %
Helse Møre og Romsdal	Lav	45 %

Tabell 23 Samlet effekt av justering for variasjon over opptaksområder

Opptaksområde	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2019 etter korreksjon for variasjon	Endring	
St. Olavs Hospital	82 692	88 029	5 337	6 %
Helse Nord Trøndelag	33 014	38 868	5 854	18 %
Helse Møre og Romsdal	76 475	76 815	340	0 %
Helse Midt-Norge	192 181	203 712	11 531	6 %
Nordlandssykehuset	48 371	48 371	-	0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	76 375	75 535	-840	-1 %
Helgelandssykehuset	26 453	26 138	-315	-1 %
Finnmarkssykehuset	35 662	31 588	-4 074	-11 %
Helse Nord	186 861	181 632	-5 229	-3 %
Akershus universitetssykehus	157 109	167 167	10 057	6 %
Sykehuset Innlandet	135 145	135 145	-	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	70 080	61 291	-8 789	-13 %
Oslo universitetssykehus	93 968	93 968	-	0 %
Sykehuset Østfold	113 687	113 687	-	0 %
Sørlandet sykehus	101 446	104 189	2 743	3 %
Sykehuset Telemark	74 497	70 547	-3 950	-5 %
Diakonhjemmet Sykehus	38 124	39 972	1 848	5 %
Sykehuset i Vestfold	72 977	73 006	29	0 %
Vestre Viken	123 957	128 494	4 537	4 %
Helse Sør-Øst	980 990	987 465	6 476	1 %
Helse Stavanger	132 901	130 184	-2 717	-2 %
Helse Bergen	144 713	144 713	-	0 %
Helse Fonna	58 579	58 551	-28	0 %
Helse Førde	28 838	31 654	2 816	10 %
Helse Vest	365 031	365 103	72	0 %
Total	1 725 063	1 737 912	12 849	1 %

Tabell 24 Antall liggedøgn TSB per 100 000 innbygger 18 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering

Opptaksområde	Liggedøgn 2019	Rate per 100 000	Kommentar	Endring
Akershus universitetssykehus	64 595	14 368	Ingen endring	0 %
Helse Stavanger	37 223	13 313	Ingen endring	0 %
Sykehuset Innlandet	45 816	16 737	Ingen endring	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	34 483	23 968	Over 80 persentil	-28 %
Nordlandssykehuset	18 751	16 864	Ingen endring	0 %
Oslo universitetssykehus	33 584	14 360	Ingen endring	0 %
Sykehuset Østfold	36 945	14 801	Ingen endring	0 %
Sørlandet sykehus	35 869	15 092	Ingen endring	0 %
St. Olavs Hospital	24 740	9 808	Under 20 persentil	13 %
Sykehuset Telemark	26 915	19 362	Over 80 persentil	-11 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	24 269	15 685	Ingen endring	0 %
Diakonhjemmet Sykehus	14 986	11 888	Ingen endring	0 %
Sykehuset i Vestfold	29 114	14 979	Ingen endring	0 %
Vestre Viken	37 409	9 877	Under 20 persentil	12 %
Helgelandssykehuset	10 452	16 661	Ingen endring	0 %
Helse Bergen	44 260	12 460	Ingen endring	0 %
Finnmarkssykehuset	13 182	21 688	Over 80 persentil	-20 %
Helse Fonna	24 632	17 638	Over 80 persentil	-2 %
Helse Førde	6 704	7 799	Under 20 persentil	42 %
Helse Nord Trøndelag	12 130	10 531	Under 20 persentil	5 %
Helse Møre og Romsdal	27 105	12 967	Ingen endring	0 %

Tabell 25 Antall liggedøgn VOP per 100 000 innbygger 18 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering

Opptaksområde	Liggedøgn 2019	Rate per 100 000	Kommentar	Endring
Akershus universitetssykehus	83 954	18 674	Under 20 persentil	12 %
Helse Stavanger	91 859	32 854	Over 80 persentil	-5 %
Sykehuset Innlandet	83 349	30 448	Ingen endring	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	39 934	27 757	Ingen endring	0 %
Nordlandssykehuset	26 677	23 992	Ingen endring	0 %
Oslo universitetssykehus	63 248	27 043	Ingen endring	0 %
Sykehuset Østfold	68 348	27 382	Ingen endring	0 %
Sørlandet sykehus	64 029	26 941	Ingen endring	0 %
St. Olavs Hospital	55 946	22 178	Ingen endring	0 %
Sykehuset Telemark	44 581	32 070	Over 80 persentil	-3 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	49 213	31 805	Over 80 persentil	-2 %
Diakonhjemmet Sykehus	24 395	19 352	Under 20 persentil	8 %
Sykehuset i Vestfold	40 716	20 948	Ingen endring	0 %
Vestre Viken	79 322	20 944	Under 20 persentil	0 %
Helgelandssykehuset	13 541	21 585	Ingen endring	0 %
Helse Bergen	94 255	26 535	Ingen endring	0 %
Finnmarkssykehuset	20 398	33 560	Over 80 persentil	-7 %
Helse Fonna	31 770	22 749	Ingen endring	0 %
Helse Førde	20 623	23 991	Ingen endring	0 %
Helse Nord Trøndelag	19 456	16 891	Under 20 persentil	24 %
Helse Møre og Romsdal	46 131	22 070	Ingen endring	0 %

Tabell 26 Antall liggedøgn BUP per 100 000 innbygger 0-17 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering

Opptaksområde	Liggedøgn 2019	Rate per 100 000	Kommentar	Endring
Akershus universitetssykehus	10 985	8 503	Ingen endring	0 %
Helse Stavanger	3 819	4 367	Under 40 persentil	45 %
Sykehuset Innlandet	5 980	9 218	Ingen endring	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	1 757	7 163	Ingen endring	0 %
Nordlandssykehuset	2 943	10 551	Ingen endring	0 %
Oslo universitetssykehus	5 307	8 245	Ingen endring	0 %
Sykehuset Østfold	8 394	12 902	Ingen endring	0 %
Sørlandet sykehus	1 548	2 291	Under 40 persentil	177 %
St. Olavs Hospital	2 006	3 071	Under 40 persentil	107 %
Sykehuset Telemark	3 001	8 747	Ingen endring	0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	2 893	7 555	Ingen endring	0 %
Diakonhjemmet Sykehus	2 058	7 328	Ingen endring	0 %
Sykehuset i Vestfold	3 147	6 291	Under 40 persentil	1 %
Vestre Viken	7 226	6 797	Ingen endring	0 %
Helgelandssykehuset	2 460	15 626	Ingen endring	0 %
Helse Bergen	6 198	6 351	Ingen endring	0 %
Finnmarkssykehuset	2 082	13 803	Ingen endring	0 %
Helse Fonna	2 177	5 355	Under 40 persentil	19 %
Helse Førde	1 511	6 345	Under 40 persentil	0 %
Helse Nord Trøndelag	1 428	4 564	Under 40 persentil	39 %
Helse Møre og Romsdal	3 239	5 746	Under 40 persentil	11 %

Tabell 27 Endring i % per opptaksområde for korreksjon av variasjon i vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Rater er beregnet per 100 000 innbygger (total befolkning)

	Aktivisering	Hjemme- tjenester	Institusjon	Bolig
Akershus universitetssykehus	7 %	3 %	46 %	25 %
Diakonhjemmet Sykehus	39 %	50 %	0 %	43 %
Helgelandssykehuset	0 %	0 %	0 %	-2 %
Helse Bergen	0 %	0 %	0 %	19 %
Finnmarkssykehuset	-19 %	0 %	-5 %	0 %
Helse Fonna	0 %	0 %	0 %	0 %
Helse Førde	-23 %	0 %	0 %	-2 %
Helse Nord Trøndelag	0 %	-1 %	-18 %	-16 %
Helse Møre og Romsdal	-1 %	0 %	0 %	0 %
Helse Stavanger	0 %	0 %	0 %	0 %
Sykehuset Innlandet	-4 %	-8 %	0 %	0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	126 %	4 %	27 %	4 %
Nordlandssykehuset	0 %	-5 %	-9 %	0 %
Oslo universitetssykehus	18 %	3 %	35 %	0 %
Sykehuset Østfold	0 %	0 %	0 %	-7 %
Sørlandet sykehus	0 %	-5 %	0 %	0 %
St. Olavs Hospital	0 %	0 %	0 %	0 %
Sykehuset Telemark	0 %	0 %	-3 %	0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	0 %	0 %	0 %	0 %
Sykehuset i Vestfold	0 %	0 %	0 %	0 %
Vestre Viken	0 %	0 %	1 %	0 %

Tabell 28 Framskrivning av liggedøgn i TSB etter opptaksområde

	Liggedøgn 2019	Behov	Variasjon	Demografisk utvikling 2040	Faglig utvikling
Akershus universitetssykehus HF	64 595	64 681	64 681	70 693	64 135
Helse Stavanger HF	36 913	36 996	36 996	38 304	35 645
Sykehuset Innlandet HF	45 716	45 831	45 831	45 890	43 110
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	34 384	34 410	24 877	27 189	24 602
Nordlandssykehuset HF	18 751	18 905	18 905	17 889	16 640
Oslo universitetssykehus HF	33 533	33 598	33 598	38 680	34 719
Sykehuset Østfold HF	36 286	36 292	36 292	37 877	35 266
Sørlandet Sykehus HF	35 534	35 612	35 612	36 534	34 060
St. Olavs hospital HF	24 740	24 754	27 950	29 399	27 382
Sykehuset Telemark HF	26 915	26 915	24 088	23 436	22 000
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	24 269	24 285	24 285	22 868	21 044
Diakonhjemmet Sykehus	14 986	14 987	14 987	16 649	15 034
Sykehuset i Vestfold HF	28 893	28 924	28 924	28 961	26 264
Vestre Viken HF	37 266	37 325	41 847	44 029	40 096
Helgelandssykehuset HF	10 340	10 459	10 459	9 410	8 836
Helse Bergen HF	44 260	44 283	44 283	46 313	42 879
Finmarksykehuset HF	13 182	13 183	10 533	10 149	9 408
Helse Fonna HF	24 371	24 400	23 971	23 345	22 480
Helse Førde HF	6 600	6 613	9 390	8 741	8 259
Helse Nord Trøndelag HF	12 130	12 143	12 769	11 932	10 993
Helse Møre og Romsdal HF	27 105	27 129	27 129	26 303	24 198

Tabell 29 Framskrivning av liggedøgn i VOP etter opptaksområde

	Liggedøgn 2019	Behov	Variasjon	Demografisk utvikling 2040	Faglig utvikling
Akershus universitetssykehus HF	83 954	89 618	100 520	115 912	107 335
Helse Stavanger HF	91 859	99 230	94 422	103 521	97 896
Sykehuset Innlandet HF	83 349	88 297	88 297	93 148	88 750
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	39 934	43 284	43 284	47 843	45 221
Nordlandssykehuset HF	26 677	27 873	27 873	28 671	27 149
Oslo universitetssykehus HF	63 248	68 621	68 621	80 476	73 734
Sykehuset Østfold HF	68 348	72 365	72 365	78 043	73 501
Sørlandet Sykehus HF	64 029	68 031	68 031	72 426	69 129
St. Olavs hospital HF	55 946	59 941	59 941	66 758	63 816
Sykehuset Telemark HF	44 581	47 349	46 156	48 049	45 882
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	49 213	52 069	51 180	50 790	47 715
Diakonhjemmet Sykehus	24 395	26 464	28 642	32 403	29 824
Sykehuset i Vestfold HF	40 716	43 812	43 812	45 952	42 137
Vestre Viken HF	79 322	84 509	84 515	92 355	85 934
Helgelandssykehuset HF	13 541	14 465	14 465	13 560	12 933
Helse Bergen HF	94 255	101 377	101 377	114 071	108 329
Finmarksykehuset HF	20 398	21 377	19 913	20 047	19 004
Helse Fonna HF	31 770	33 822	33 822	34 146	32 669
Helse Førde HF	20 623	22 300	22 300	22 047	21 139
Helse Nord Trøndelag HF	19 456	20 710	25 681	26 671	25 312
Helse Møre og Romsdal HF	46 131	48 827	48 827	50 947	48 239

Tabell 30 Framskrivning av liggedøgn i BUP etter opptaksområde

	Liggedøgn 2019	Behov	Variasjon	Demografisk utvikling 2040	Faglig utvikling
Akershus universitetssykehus HF	10 985	11 313	11 313	11 790	11 160
Helse Stavanger HF	3 819	3 979	5 785	5 271	5 071
Sykehuset Innlandet HF	5 980	6 360	6 360	5 564	5 392
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	1 757	1 832	1 832	2 135	2 031
Nordlandssykehuset HF	2 943	3 070	3 070	2 721	2 591
Oslo universitetssykehus HF	5 307	5 490	5 490	6 202	5 888
Sykehuset Østfold HF	8 394	8 881	8 881	8 482	8 173
Sørlandet Sykehus HF	1 548	1 632	4 525	4 202	4 167
St. Olavs hospital HF	2 006	2 126	4 396	4 525	4 464
Sykehuset Telemark HF	3 001	3 139	3 139	2 568	2 434
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2 893	3 142	3 142	2 760	2 674
Diakonhjemmet Sykehus	2 058	2 117	2 117	2 260	2 165
Sykehuset i Vestfold HF	3 147	3 486	3 519	3 000	2 921
Vestre Viken HF	7 226	7 780	7 780	7 049	6 855
Helgelandssykehuset HF	2 460	2 517	2 195	1 779	1 650
Helse Bergen HF	6 198	6 547	6 547	6 202	5 967
Finmarksykehuset HF	2 082	2 100	2 072	1 943	1 835
Helse Fonna HF	2 177	2 194	2 601	2 184	2 098
Helse Førde HF	1 511	1 613	1 615	1 214	1 148
Helse Nord Trøndelag HF	1 424	1 458	2 028	1 713	1 659
Helse Møre og Romsdal HF	3 239	3 389	3 745	3 397	3 364

Tabell 31 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i TSB etter opptaksområde

	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlings- forløp	Kvalitet	Herav digital poliklinikk
Akershus universitetssykehus HF	43 343	55 071	60 686	65 258	71 783	11 033
Helse Stavanger HF	56 576	61 310	62 375	64 058	70 464	6 189
Sykehuset Innlandet HF	27 082	32 318	32 425	34 055	37 460	5 513
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	27 776	34 958	39 260	40 833	44 916	6 368
Nordlandssykehuset HF	5 490	6 452	6 371	7 117	7 829	972
Oslo universitetssykehus HF	28 272	36 617	41 666	44 310	48 741	7 162
Sykehuset Østfold HF	41 273	49 421	51 815	53 549	58 904	7 853
Sørlandet Sykehus HF	33 423	41 333	42 442	43 896	48 286	7 915
St. Olavs hospital HF	29 416	38 547	42 328	43 574	47 931	7 988
Sykehuset Telemark HF	19 071	21 366	20 782	21 611	23 772	3 322
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	12 634	14 706	14 486	15 694	17 263	2 419
Diakonhjemmet Sykehus	14 987	19 773	21 955	23 053	25 358	4 036
Sykehuset i Vestfold HF	56 669	63 105	64 096	66 071	72 678	6 661
Vestre Viken HF	43 145	49 887	52 583	55 339	60 873	10 591
Helgelandssykehuset HF	3 324	3 683	3 253	3 592	3 951	399
Helse Bergen HF	115 336	125 035	131 774	133 950	147 345	10 120
Finnmarksykehuset HF	1 694	2 062	1 950	2 366	2 603	455
Helse Fonna HF	28 175	32 365	30 845	31 372	34 509	4 152
Helse Førde HF	1 908	2 289	2 126	2 398	2 637	390
Helse Nord Trøndelag HF	8 125	10 843	10 519	11 121	12 233	2 128
Helse Møre og Romsdal HF	11 478	14 930	15 235	16 554	18 210	3 015

Tabell 32 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i VOP etter opptaksområde

	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlings- forløp	Kvalitet	Herav digital poliklinikk
Akershus universitetssykehus HF	180 188	185 023	204 174	211 009	232 109	43 725
Helse Stavanger HF	120 700	123 956	132 087	136 168	149 785	28 352
Sykehuset Innlandet HF	116 468	119 782	118 686	121 430	133 573	25 215
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	103 503	106 193	116 056	118 067	129 874	23 251
Nordlandssykehuset HF	39 711	40 890	38 550	39 492	43 441	8 562
Oslo universitetssykehus HF	98 224	101 515	117 945	123 531	135 884	25 501
Sykehuset Østfold HF	85 421	87 303	91 288	94 367	103 804	20 842
Sørlandet Sykehus HF	125 161	128 331	132 247	134 453	147 898	28 426
St. Olavs hospital HF	133 956	137 386	145 443	147 580	162 338	31 612
Sykehuset Telemark HF	57 829	59 985	58 472	59 852	65 837	12 668
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	59 221	60 804	58 942	61 192	67 311	13 402
Diakonhjemmet Sykehus	54 704	56 973	64 382	66 628	73 291	13 188
Sykehuset i Vestfold HF	93 405	96 535	97 565	100 677	110 744	21 129
Vestre Viken HF	145 119	149 270	155 729	160 916	177 007	34 490
Helgelandssykehuset HF	30 357	31 271	28 302	28 723	31 596	6 420
Helse Bergen HF	161 639	165 809	172 689	176 946	194 641	36 738
Finnmarksykehuset HF	22 086	22 599	21 692	22 319	24 550	4 939
Helse Fonna HF	47 505	48 958	46 711	47 679	52 447	9 812
Helse Førde HF	28 696	29 867	27 770	28 325	31 157	6 271
Helse Nord Trøndelag HF	45 934	47 764	48 505	49 540	54 494	9 956
Helse Møre og Romsdal HF	85 936	88 584	87 651	89 511	98 462	19 072

Tabell 33 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i BUP etter opptaksområde

	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlings- forløp	Kvalitet	Herav digital poliklinikk
Akershus universitetssykehus HF	87 363	93 207	92 774	93 089	102 398	23 342
Helse Stavanger HF	61 739	65 866	61 421	61 521	67 674	14 110
Sykehuset Innlandet HF	54 139	57 732	52 774	52 860	58 146	13 203
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	14 348	15 277	17 187	17 239	18 963	4 280
Nordlandssykehuset HF	24 107	25 653	22 071	22 136	24 350	5 481
Oslo universitetssykehus HF	46 592	49 552	53 420	53 577	58 935	13 252
Sykehuset Østfold HF	45 509	48 469	46 122	46 277	50 905	11 381
Sørlandet Sykehus HF	47 227	50 484	46 770	46 788	51 466	11 728
St. Olavs hospital HF	41 312	44 051	43 536	43 567	47 924	10 673
Sykehuset Telemark HF	30 448	32 298	28 426	28 493	31 343	7 046
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	31 265	33 376	29 694	29 737	32 711	7 334
Diakonhjemmet Sykehus	18 075	19 264	20 355	20 402	22 442	4 974
Sykehuset i Vestfold HF	49 723	53 577	49 490	49 530	54 483	12 058
Vestre Viken HF	81 792	87 302	82 326	82 423	90 665	20 132
Helgelandssykehuset HF	15 424	16 435	13 435	13 500	14 850	3 316
Helse Bergen HF	77 740	82 623	77 635	77 752	85 528	19 110
Finnmarksykehuset HF	12 272	13 046	11 551	11 605	12 765	2 914
Helse Fonna HF	26 213	27 933	23 003	23 046	25 350	5 617
Helse Førde HF	17 758	19 012	15 300	15 333	16 866	3 801
Helse Nord Trøndelag HF	18 794	20 051	17 237	17 265	18 991	4 307
Helse Møre og Romsdal HF	34 385	36 674	31 718	31 734	34 908	7 747

Tabell 34 Framskrivning av poliklinikk avtalespesialister etter opptaksområde

	Aktivitet 2019	Behov	Demografisk utvikling 2040	Utvikling i behandlings- forløp	Kvalitet	Herav digital poliklinikk
Akershus universitetssykehus HF	65 801	67 622	74 336	74 336	81 769	16 926
Helse Stavanger HF	34 286	35 124	36 782	36 782	40 461	8 352
Sykehuset Innlandet HF	31 652	32 685	33 030	33 030	36 333	7 406
Lovisenberg Diakonale Sykehus HF	53 526	54 665	57 502	57 502	63 253	12 938
Nordlandssykehuset HF	12 221	12 671	13 038	13 038	14 342	2 721
Oslo universitetssykehus HF	60 876	62 376	67 261	67 261	73 987	15 057
Sykehuset Østfold HF	32 542	33 363	35 210	35 210	38 731	7 812
Sørlandet Sykehus HF	23 749	24 259	24 517	24 517	26 969	5 555
St. Olavs hospital HF	21 407	21 977	24 255	24 255	26 681	5 597
Sykehuset Telemark HF	24 562	25 213	24 117	24 117	26 528	5 641
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	14 679	15 160	14 798	14 798	16 277	3 327
Diakonhjemmet Sykehus	31 936	33 058	36 839	36 839	40 523	8 196
Sykehuset i Vestfold HF	26 008	26 735	27 328	27 328	30 060	6 127
Vestre Viken HF	59 675	61 848	67 318	67 318	74 050	15 048
Helgelandssykehuset HF	2 614	2 686	2 515	2 515	2 767	575
Helse Bergen HF	62 344	64 023	67 029	67 029	73 732	15 033
Finnmarksykehuset HF	3 367	3 444	3 230	3 230	3 553	748
Helse Fonna HF	14 237	14 638	14 185	14 185	15 603	3 034
Helse Førde HF	7 877	8 072	7 802	7 802	8 582	1 809
Helse Nord Trøndelag HF	9 254	9 517	8 630	8 630	9 493	2 037
Helse Møre og Romsdal HF	14 511	14 921	14 686	14 686	16 155	3 317

Vedlegg 2 - Fag- og analysenotat

Desember 2020

Merknad:

Dette notatet er basert på arbeid interregional faggruppe og ble ferdigstilt i desember 2020. Det betyr at enkelte begrep, analyser og resultat kan avvike noe fra det som presenteres i modellen.

1. Innledning

Psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser er hyppig forekommende i befolkningen og har store konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. På grunn av stort helsetap og høy forekomst, er angst og depresjon på henholdsvis 8. og 9. plass over lidelser som gir størst sykdomsbyrde. Psykiske lidelser er av denne grunn en av verdens helseorganisasjons (WHO) prioriterte områder av ikke-smittsomme sykdommer sammen med kreft, hjerte-/karsykdom, diabetes og kols.³⁴ Akutt schizofreni, alvorlig depresjon og alvorlig opioid-avhengighet er på topp 4 av sykdommene med høyest helsetap grunnet sykdomsbyrde.³⁵ Alkohol er det rusmiddelet som har størst negativ effekt på folkehelsen og er direkte årsak til flere sykdommer og skader, og medvirkende årsak til mer enn 60 sykdomsdiagnoser.³⁶ FHI anslår at alkoholrelaterte lidelser har en forekomst på om lag 8% for menn og 3% for kvinner.³⁷ En studie fra Folkehelseinstituttet (2017) viste at bare 3% av de med alkoholproblem fanges opp i primærhelsetjenesten, og 7% i spesialisthelsetjenesten.³⁸ Det er estimert at 8% av innleggelsene ved somatiske sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol³⁹, og at alkohol har betydning for opptil en tredjedel av alle innleggelser i somatiske avdelinger.⁴⁰

Alminnelige og utbredte psykiske lidelser er den vanligste årsaken til uførhet i Norge, og står for 36,2% av all arbeidsuførhet.⁴¹ For unge voksne mellom 18-29 år er psykiske lidelser hovedårsak til uførhet, og står for 63% av totalt antall uføre i aldersgruppen.⁴² Alvorlige psykiske lidelser rammer en liten andel av befolkningen, men utvikles ofte tidlig og med langvarig funksjonsnedsettelse. Pasienter med psykiske lidelser har økt risiko for somatisk sykdom, og personer med alvorlig psykisk lidelse har betydelig kortere forventet levetid.⁴³

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Det innebærer blant annet at områder som

³⁴ <https://www.who.int/nmh/about/en/>

³⁵ Global Health Metrics (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet.

³⁶ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

³⁷ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

³⁸ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

³⁹ BMJ Best Practice: Alcohol withdrawal, søkt 09.03.21.

⁴⁰ Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Daltveit, J. T., & Tønnesen, H. (2011). Hazardous drinkers in Norwegian hospitals – a crosssectional study of prevalence and drinking patterns among somatic patients, 21, Norsk Epidemiologi.

⁴¹ https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd_kap

⁴² <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygdde-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse>

⁴³ Charlson et al. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016, 44, Schizophrenia Bulletin

utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur, organisering og innretting av helsetjenesten skal se hen til en framskriving av befolkningens behov for helsetjenester. For å understøtte likeverdige helsetjenester for alle landets innbyggere, skal framskrivingen være basert på en felles nasjonal modell. Det skal samtidig videre være mulighet for lokale tilpasninger, der det enkelte regionale helseforetak mener det er nødvendig og relevant.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) gir overordnede føringer for hvordan bedre psykiske helse- og rustjenester skal utvikles.⁴⁴ Befolkningens samlede behov skal møtes gjennom et bærekraftig helsetilbud på rett omsorgsnivå. Vår mest kritiske ressurs de kommende årene er tilgang til helsepersonell. Bedre psykiske helsetjenester skal oppnås gjennom dels et fag- og kvalitetsutviklingsarbeid, dels gjennom bedre arbeidsdeling, samarbeid og teknologi. Barn- og unge, samt pasienter med alvorlige og sammensatte behov, skal vies særlig oppmerksomhet og er løftet frem i helsefelleskapene. Sentralt i nasjonal helse- og sykehusplan står pasientens helsetjeneste. Pasientens helsetjeneste skal blant annet realiseres gjennom aktiv deltakelse fra pasientene selv og medvirkning i valg som angår egen helse. Pakkeforløpene er en del av satsningen på økt kvalitet og prioritering i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og behandlingen skal tilpasses det som er viktigst for den enkelte. Nasjonal helse- og sykehusplan vil møte de utfordringene vi står overfor med videreutvikling av tjenestene, bedre bruk av teknologi, bedre samhandling og bedre bruk av kompetansen til de ansatte.

I arbeidet med ny modell for framskriving av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det gjort analyser av dagens bruk av helsetjenester på tvers av psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), rusbehandling og psykisk helsehjelp i kommunene, og relevante kommunale tjenester. Dette notatet baserer seg på arbeid i en faggruppe og beskriver faktorer som bør vurderes ved framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Faggruppen var sammensatt av fagpersoner fra alle helseregioner, brukerrepresentant, tillitsvalgt, Sykehusbygg HF og med Helsedirektoratet som observatør. Oversikt over faggruppens medlemmer ligger i notatets siste kapittel.

⁴⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

1.1. Mandat

Prosjektet skal levere analyser av dagens bruk av helsetjenester på tvers av psykisk helsevern, TSB, rusbehandling og psykisk helsehjelp i kommunene, og relevante kommunale tjenester. Arbeidet skal gjøre en framskrivning av befolkningens behov for helsetjenester for psykiske lidelser og rusmiddelproblemer fram mot 2040, og vurdere om det er grupper som ikke får dekket sine behov i dag. Prosjektets *resultatmål* er å levere forslag til en modell for å framskrive befolkningens behov for helsetjenester innen psykisk helsevern og TSB.

1.2. Datagrunnlag

Analysene i notatet baserer seg på følgende datakilder:

- Befolkningsframskrivinger fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) (aug. 2020)⁴⁵
- Forekomstdata fra Global Burden of Disease (sykdomsbyrde) (2019)
- Helsedirektoratets notat om ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen (juli 2020)
- Aktivitetstall på tjenester levert av spesialisthelsetjenesten, NPR-data (2016-2019)
- Aktivitetstall på vedtaksbaserte tjenester levert av kommunene, KPR-data (2018-2019) for pasienter som samtidig var registrert i PHV og TSB i 2018/2019.

Kommunene har en rekke tilbud og tiltak til personer med psykiske plager og/eller rusproblemer som ikke fanges opp i datasettet. Det omfatter tilbud fra ikke-vedtaksbaserte kommunale tjenester, og tilbud fra eksempelvis kommunepsykologer, barnevernstjenesten⁴⁶ og helsesykepleiere.

Arbeidets kunnskapsgrunnlag omfatter tilgjengelig statistikk og analyse fra blant annet Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, samt en rekke andre kilder som oppgis fortløpende i fotnoter.

⁴⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-for-kommunene-2020-2050>

⁴⁶ Vedtaksbaserte, men prosjektet har ikke data om disse.

2. Psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Norge

Forekomsten av alvorlig psykiske lidelser, alminnelig og utbredte psykiske lidelser og psykiske lidelser hos barn og unge, synes å være relativt stabil over tid^{47, 48, 49} og rammer om lag 16% av Norges befolkning per år. Estimat fra Global Burden of Disease (GBD) var at om lag 820 000 individer hadde diagnostiserbare psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser i 2019.⁵⁰ Forekomsten av psykiske plager synes i større grad å være i endring.⁵¹

Helsetjenester tilbys på mange nivåer av ulike aktører. Fastleger og legevakt har en sentral rolle, og i 2019 var 630 000 individer i kontakt med fastlege for psykiske lidelser og/eller rus- og avhengighetslidelser. Psykisk helsevern voksen, barn- og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har årlig om lag 5,2% av befolkningen i behandling og oppfølging (274 000 individer i 2019).

Spesialisthelsetjenesten er i kontakt med en tredjedel av populasjonen med estimert forekomst av en diagnostiserbar psykisk lidelse i Norge. Fastleger oppgir at de ikke er tilfreds med tilgjengelighet til og samhandling med denne delen av spesialisthelsetjenesten, og utviklingen har vært negativ de siste årene.⁵² Det pekes både på en for høy avslagsrate, og et behov for mer differensierte tilbud (e.g. ikke alle trenger samtaletilbud).

2.1. Global Burden of Disease

Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet (FHI) samarbeider med Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), og har bistått prosjektet med å tilrettelegge data for estimert prevalens av diagnostiserbar psykisk lidelse i Norge. GBD er et omfattende internasjonalt forskningsprosjekt hvor hovedmålet er å estimere effekten av ulike sykdomskategorier for dødelighet og helsetap internasjonalt, og særlig i deler av verden hvor tilgang på gode helsedata er redusert. Forekomst av ulike sykdomsgrupper er en av mange faktorer som inngår i

⁴⁷ Baxter et al. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*, 31.

⁴⁸ Sawyer et al. (2018). Has the Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Australia Changed Between 1998 and 2013 to 2014? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*, 57

⁴⁹ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 191.

⁵⁰ <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

⁵¹ Reneflot et al. (2018). Psykisk helse i Norge. FHI

⁵² PasOp0p 2019:3, *Fastlegers vurdering av distriktskykiatriske sentre (FHI)*,

deres beregninger, og som benyttes i denne rapporten. Ettersom GBD-prosjektet har et vidtfnende internasjonalt perspektiv, er det sannsynlig med noe diskrepans til nasjonale epidemiologiske undersøkelser. Ett eksempel på dette er Stene med kolleger som drøfter forekomst av diabetes i Norge versus estimat på diabetes fra GBD.⁵³ FHI anslår at den årlige prevalensen av psykiske lidelser i Norge er rundt 16-22% av den voksne befolkningen, noe som sammenfaller med internasjonale prevalensundersøkelser.⁵⁴ GBD-prosjektet estimerer forekomsten av psykiske lidelser i alderen 20 år og eldre Norge til å være 16,5% i 2019. Altså i nedre sjikt av FHI sitt anslag på forekomst. Fra 2019 estimerer GBD-prosjektet forekomsten av ulike sykdomsgrupper ned på fylkesnivå i Norge. Det er samtidig vanskelig å validere et estimat på fylkesnivå, ettersom det ikke finnes regionale forekomststudier av psykiske lidelser i Norge. Estimert prevalens som vist i tabell nedenfor, viser forholdsvis lav variasjon mellom fylker, med unntak av Oslo, som ligger i overkant av 8% over gjennomsnittet i Norge.

Tabell 35 Estimert prevalens av antall personer med psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelser (GBD) per 100 000 innbygger 2019 fordelt etter fylker

	Alle psykiske lidelser	Avvik til Norge
Agder	15 146	-2,0 %
Hedmark/Oppland	15 929	3,1 %
Møre- og Romsdal	15 431	-0,1 %
Nordland	15 250	-1,3 %
Oslo	16 743	8,3 %
Rogaland	15 280	-1,1 %
Trøndelag	15 120	-2,2 %
Troms/Finnmark	15 293	-1,0 %
Vestfold/Telemark	15 496	0,3 %
Vestlandet	15 489	0,2 %
Viken	14 908	-3,5 %
Norge	15 453	0,0 %

Forekomsten av psykiske lidelser varierer over alder og kjønn, med høyest forekomst for kvinner mellom 15-24 år. I gruppen er 20,3% estimert til å ha en psykisk lidelse og/eller rus- og avhengighetslidelse.

2.2. Behandlingsgapet

Gapet mellom forekomst av diagnostiserbar psykisk lidelse og behandling i spesialisthelsetjenesten vil i det følgende omtales som behandlingsgapet. Det er estimert at om lag 820 000 individer har en diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller rus- og avhengighetslidelse i Norge 2019.

⁵³ <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>

⁵⁴ <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>

- Om lag 75% (630 000) av estimert antall individer har hatt minst en kontakt hos fastlege i 2019.⁵⁵
- Om lag 41% (335 000) av pasientene hadde minst en kontakt i den samlede spesialisthelsetjenesten
- 33% (274 000) av pasientene hadde minst en kontakt i tjenesteområdene PHV og TSB (inkl. avtalespesialister).

Tjenesteområdene PHV og TSB har et stabilt volum av pasienter i oppfølging og utgjør 5,2% av befolkningen i perioden 2016-2019. Sammenstilt med estimert prevalens i Norge fra GBD og prevalens i spesialisthelsetjenesten, er det noen utfordringer som til dels er tilstands- og aldersavhengig. Om lag 44% av barn og unge og 35% av voksne med diagnostiserbar psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelse har registrert kontakt i spesialisthelsetjenesten 2019, mens 14% av personer over 65 år er i kontakt med denne delen av spesialisthelsetjenesten.

Tabell 36 viser estimert prevalens av psykiske lidelser i Norge 2019 etter tilstandsgrupper (se kap. 7 for fordeling av diagnosegrupper til tilstandskategorier), samt antallet individer i spesialisthelsetjenesten med de diagnostiserte tilstandene. Angst og depresjon er de psykiske lidelsene med høyest forekomst, mens schizofreni og psykisk utviklingshemming er tilstandskategoriene med lavest forekomst. Alle psykiske lidelser (her definert som behandlet i PHV/TSB, inkludert avtalespesialister) viser en samlet andel på 33% av samlet estimert prevalens, og har lav variasjon over opptaksområder. Dette innebærer at det er relativt likt antall individer i de ulike opptaksområdene i Norge, som har en eller annen form for kontakt med denne delen av spesialisthelsetjenesten.

⁵⁵ SAMDATA

Tabell 36 Estimert antall individer og rate per 100 000 innbygger med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser etter tilstandskategori (GBD), antall individer i PHV og TSB (inkl. avtalespesialister) andel i spesialisthelsetjenesten og snitt rate per 100 000 innbygger over opptaksområder

Diagnosegruppe	Estimert prevalens GBD		Antall individer i spesialisthelsetjenesten PHV/TSB			
	Individer	Rate per 100 000	Individer	Andel i PHV/TSB	Snitt rate (std)	CV
Angstlidelser	379 879	7 130	78 803	21 %	1534 (289)	19 %
Atferdsforstyrrelse	23 409	439	1 285	5 %	27 (12)	44 %
Autismespekter forstyrrelse	24 389	458	6 756	28 %	127 (42)	33 %
Bipolar lidelse	50 238	943	11 105	22 %	219 (47)	22 %
Depressive lidelser	194 687	3 654	47 881	25 %	922 (280)	30 %
Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	65 939	1 238	24 939	38 %	476 (127)	27 %
Idiopatisk psykisk utviklingshemming	11 485	216	1 684	15 %	36 (32)	88 %
Psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol	92 743	1 741	11 707	13 %	230 (76)	33 %
Psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler	49 304	925	19 331	39 %	370 (129)	35 %
Schizofreni	17 938	337	8 892	50 %	173 (46)	26 %
Spiseforstyrrelser	22 474	422	4 822	21 %	93 (25)	27 %
Alle psykiske lidelser	820 391	15 397	274 396	33 %	5388 (682)	13 %

Tilstandsgruppene som er særlig lavt representert er atferdsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol. Den lave andelen med atferdsforstyrrelser forklares sannsynligvis av den større andelen av pasienter med ADHD. Oppfølgingen av pasienter med psykisk utviklingshemming i Norge er fordelt over ulike tjenestoområder. For pasientene under 18 år blir hoveddelen fulgt opp i habilitering, mens 25% har en oppfølging i BUP. Dette indikerer ulik oppfølging og behandling av denne pasientgruppen. Andelen pasienter med spiseforstyrrelser er relativt lav med tanke på alvorlighetsgraden tilstandene representerer og omfanget av behandling, når pasientene kommer i behandling.

Den lave dekningsgraden vises i flere norske og utenlandske studier og indikerer at mange med psykiske lidelser ikke kontakter helsetjenesten. Folkehelseinstituttets tvillingstudie viste at fastlegen ga depresjonsdiagnose til bare 33% av de som selv oppga depresjon, 20% av de med angst og 3% av de med skadelig alkoholbruk.⁵⁶ Spesialisthelsetjenesten diagnostiserte 14% av de som oppga depresjon med diagnosen, mot 20% av de med oppgitt angst og 7% av de med skadelig alkoholbruk.

Angst og depresjon rammer henholdsvis 7,1% og 3,6% av befolkningen. Internasjonale studier indikerer et behandlingssgap på om lag 70% for angst og 80% for depresjon.^{57, 58} Vi estimerer at Norge har et mindre behandlingssgap enn andre høyinntektsland,

⁵⁶ Torvik et al., (2017). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries, 137, Acta Psychiatrica Scand.

⁵⁷ Alonso et al. (2018). Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries, 35, Depress Anxiety

⁵⁸ Chisholm et al. (2016) Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, 3, Lancet

ettersom 25% av pasienter med depresjon og 21% av pasienter med angst er i oppfølging i spesialisthelsetjenesten, uten å medberegne tilbud i regi av primærhelsetjenesten.

Data på kommunale helse- og omsorgstjenester er her avgrenset til søknadsbaserte tjenester koblet med data fra spesialisthelsetjenesten for pasienter som har en eller annen form for kontakt i PHV og TSB 2018 eller 2019. Dette innebærer at vi har lite systematisk informasjon om hvilke tilbud som gis i kommunene, hverken for pasienter tilknyttet spesialisthelsetjenesten eller de som kun har oppfølging i kommunene. I en evaluering av tilbudet til pasienter med lettere psykiske lidelser i Norge, vurderer tre fjerdedeler av kommunene at tilbudet til pasienter med lette og moderate tilstander er godt, mens i overkant av halvparten av kommunene vurderer tilbudet til pasienter med alvorlig psykiske lidelser som godt.⁵⁹ Det fremheves økende etterspørsel og manglende kapasitet til pasienter med lettere psykiske lidelser. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser fremheves en stadig mer alvorlig sykdom i pasientpopulasjon, manglende tilbud innen arbeid, aktivisering og botilbud. Det beskrives at 90% av ressursene for slike kommunale tilbud går til pasienter med alvorlige lidelser.

Det finnes ikke oversikt over hvor mange personer som mottar et lavterskeltilbud i kommuner i Norge per år. FHI's evalueringsrapport av de 12 første pilotene for *rask psykisk helsehjelp* gikk over en to-årsperiode i kommuner som dekket 5% av Norges befolkning og behandlet 2 000 personer. Det gir om lag 20 000 personer per år i Norge. Dersom vi oppskalerer tilbudet som er gitt i Fredrikstad kommune i 2020 gjennom rask psykisk helsehjelp til nasjonale størrelser, gir dette ett anslag på 40 000 individer nasjonalt. Samtidig er dette tilbudet kun tilgjengelig i 20% av landets kommuner, men da sannsynligvis i de mer befolkningstette kommunene.

Kommunepsykologer representerer en annen del av kommunenes lavterskeltilbud. Vi har heller ikke her informasjon om volum av pasienter. Dersom vi legger til grunn lavterskeltilbudet i Fredrikstad kommune, indikerer det et volum på rundt 200 000 pasienter i lavterskeltilbud nasjonalt.

Det er et klart definert mål i verdens helseorganisasjon å redusere behandlingsgapet. En studie som modellerte effekten av å redusere behandlingsgapet i høyinntektland med 25%, til en dekningsgrad på 40%, indikerte en økonomisk nytte/kost-ratio på 3.²⁵ Behandling kan være mange ulike typer oppfølging og Sintef problematiserer i sin rapport hensiktsmessigheten av en bred utbygging av et ressurskrevende spisset behandlingssopplegg for lettere psykiske lidelser. Det kan være samlet sett være bedre å satse på tjenester som adresserer flere problemstillinger samtidig (inkl. sosioøkonomiske).²⁶ Dette vil kunne være lavterskel helsesentre med muligheter for interaksjon over nivåer.

⁵⁹ Osborg Ose, Kaspersen & Børve (2018). En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer, Sintef

Det er en helsepolitisk føring, og anbefalt av Helsedirektoratet, at pasienter med milde og moderate tilstander følges opp av primærhelsetjenesten. Det er vanskelig å estimere hvor stort volum av pasienter dette utgjør, særlig ettersom funksjonsnivået og alvorlighetsgrad av tilstand i større grad kan si noe om indikasjon for spesialisthelsetjenesten, enn diagnose alene. Basert på tall fra NPR og KPR, utgjør pasienter med milde tilstander, uspesifiserte lidelser og symptomlidelser uten omfattende tjenester fra kommunen, rundt 8% av pasientvolumet i PHV og TSB (se del om funksjonsnivå (CGAS) i seksjon om barn- og unge for alternativ tilnærming med likt resultat). Dette utgjør i overkant av 20 000 individer. Volumet av avslag i PHV og TSB er om lag på dette nivået.

2.3. Faktorer assosiert med behov for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser

Befolkningens behov for helsetjenester påvirkes av flere faktorer. Det omfatter blant annet eksisterende tilbud, tilgjengelighet til tjenesten og befolkningens preferanser til behandling. Forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser er større enn antall pasienter som får behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette kan medføre at man får store endringer i etterspørsel uten at forekomsten av psykisk lidelse endrer seg. Langt fra alle med psykiske lidelser og/eller rus- og avhengighetslidelser vurderer selv at de har behov for behandling (estimert til 40%)⁶⁰, og ikke alle vil ha nytte av behandling.

Risikofaktorer for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser er multifaktorielle. Det er dels en genetisk komponent, dels en kombinasjon av individets opplevelser. I tillegg til psykologiske, sosiale og samfunnsmessige faktorer.^{61, 62} Det er ingen enkel «årsak – effekt» modell for utvikling av psykiske lidelser. Hendelser som bidrar til å gi et individ betydelig lidelse, trenger ikke å gi et annet individ lidelse. Det er ingen nasjonale studier på forekomst av psykiske lidelser i Norge som kan vise eventuelle regionale forskjeller. Befolkningsundersøkelser fra Oslo og Sogn og Fjordane tilbake på 1990-tallet indikerte høyere forekomst i Oslo.⁶³ Fra 2019 estimerer GBD-prosjektet forekomsten av ulike sykdomsgrupper ned på fylkesnivå i Norge. Ettersom det ikke er tilgjengelige nasjonale forekomststudier, er det vanskelig å validere estimatet på fylkesnivå. Estimert prevalens fra GBD viser forholdsvis lav variasjon over fylker i Norge, med unntak av Oslo, som ligger i overkant av 8% over gjennomsnittet i Norge.

⁶⁰ Alonso et al. (2018). Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries, 35, *Depress Anxiety*

⁶¹ Stilo & Murray (2019). Non-Genetic Factors in Schizophrenia, 21, *Curr Psychi Rep*.

⁶² Hammon (2018). Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review, 7, *Annu Rev Clin Psychol*

⁶³ Reneflot et al. (2018). Psykisk helse i Norge. FHI

Internasjonale studier viser en sammenheng mellom sosioøkonomisk deprivasjon og forekomst av multimorbiditet og psykiske lidelser.^{64,65} En befolkningsstudie fra Skottland viste at forekomsten av multimorbiditet øker ved lav sosioøkonomisk status og lav utdanning. Kombinasjonen av fysisk og psykisk sykdom forekom dobbelt så hyppig i de mest fattige områdene.⁶⁶ Tilsvarende funn er vist i studier fra flere andre land som Danmark og Canada.⁶⁷

Et uttrykk for sosioøkonomisk deprivasjon er andel av innbyggere med lav inntekt. Tabell 37 viser oversikt over personer i husstander med årlig inntekt som er 50% under medianinntekt. Det er relativt lav variasjon fra nasjonalt gjennomsnitt på 5,7%, mens Oslo har 60% høyere andel av husholdninger med lavinntekt enn gjennomsnittet i Norge.

Tabell 37 Antall husstander med definert lavinntekt etter OECD-skala over fylker i Norge 2018 (kilde SSB)

Fylke 2018	OECD-skala 50 prosent
14 Sogn og Fjordane	4,4
18 Nordland	4,4
02 Akershus	4,8
15 Møre og Romsdal	4,7
19 Troms - Romsa	4,6
50 Trøndelag - Trööndelage	4,8
05 Oppland	5,0
11 Rogaland	5,1
12 Hordaland	5,2
07 Vestfold	5,4
20 Finnmark - Finnmarku	5,4
04 Hedmark	5,5
06 Buskerud	5,7
09 Aust-Agder	6,0
08 Telemark	6,3
01 Østfold	6,5
10 Vest-Agder	6,3
03 Oslo	9,1

⁶⁴ Barnett et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, 7, Lancet

⁶⁵ Reiss (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review, 90, Social Science & Medicine

⁶⁶ <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01543-8>

⁶⁷ <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4314-8>

2.4. Variasjon

Likeverdige helsetjenester er et grunnleggende og lovregulert prinsipp, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Befolkningen skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi, språk, bakgrunn og bosted. Aktivitetstallene viser likevel stor variasjon både mellom opptaksområder i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester.

Områder med stor behandlingsskapasitet vil legge beslag på mye av de tilgjengelige ressursene. Det kan redusere muligheten for at andre, særlig rekrutteringssvake områder kan etablere og vedlikeholde tilstrekkelige helsetjenester. En av de større risikoene for framtidige helsetjenester i Norge er tilgang på kvalifisert personell. Den seneste befolkningsframskrivingen fra SSB, viser en sentralisering av befolkningen og flere eldre.⁶⁸ Dette påvirker særlig somatiske helsetjenester og kommunal helse- og omsorgstjeneste, og i mindre grad PHV og TSB ettersom pasienter som behandles i disse tjenesteområde er yngre. Men, det er allerede i dag vanskelig å rekruttere personell til PHV og TSB utenfor sentrale strøk, og trolig at trenden vil fortsette også i fremtiden grunnet økt behov i andre helsetjenesteområder.

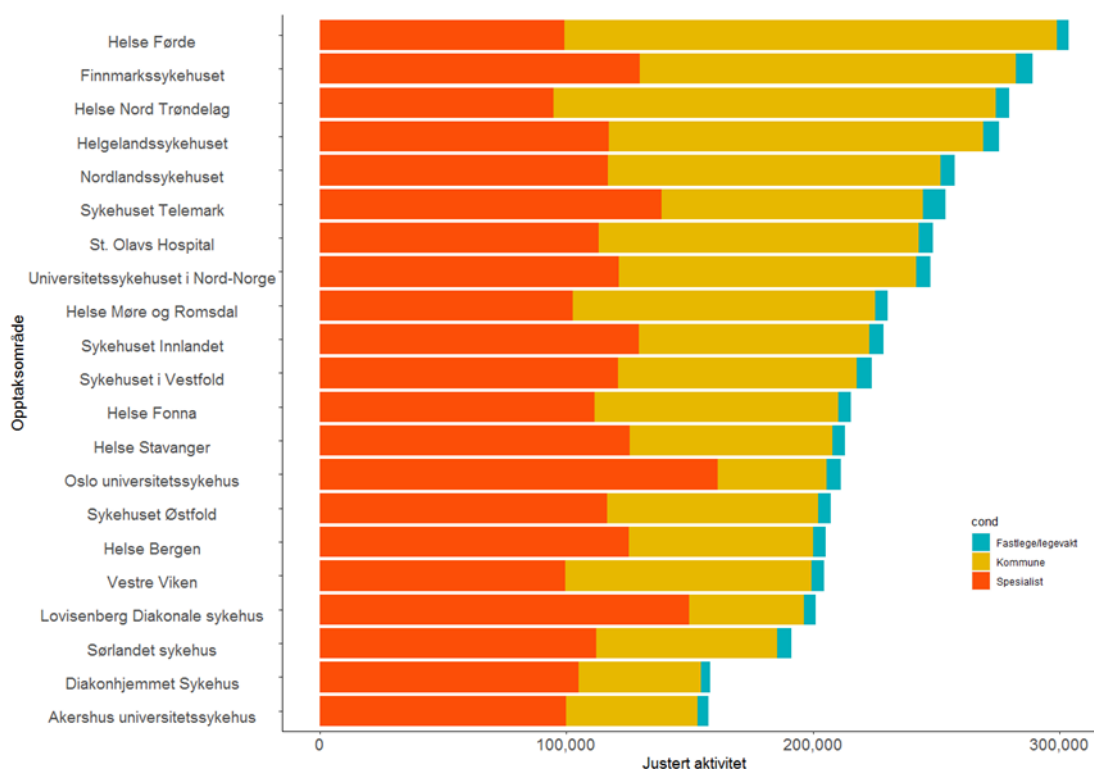
Helsetjenester til personer med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser varierer avhengig av bosted i Norge. Deler av variasjonen skyldes trolig ulik satsning, ulik økonomi, ulik historisk kapasitet, og i hvilken grad befolkningen søker helsehjelp. Figur 1 sammenstiller helsetjenester gitt til personer i kontakt med PHV/TSB i spesialisthelsetjenesten, bruk av fastlege og legevakt og deres bruk av søknadsbasert helsetjenester i kommunen per 100 000 innbygger i 2018/2019 over opptaksområder omregnet til sammenliknbare størrelser. Alle tjenester gitt av spesialist- og primærhelsetjeneste er omregnet til sammenliknbare størrelser. Utgangspunktet er gjennomsnittlige enhetskostnader, beregnet ut fra 1 = kostnad per liggedøgn i VOP. For spesialisthelsetjenesten brukes grunnlag fra SAMDATA. Der SAMDATA ikke oppgir kostnad per enhet (e.g. kostnad per poliklinisk konsultasjon i somatiske sykehusfunksjoner) benyttes gjennomsnittlig DRG-poeng. For fastleger og legevakt brukes totale kostnad dividert med antall kontakter. For kommunale helse- og omsorgstjenester er inndeling og prinsipp hentet fra

Enhetskostnader i norske kommuner. For kommunale boliger brukes gjennomsnitt per døgn basert på samlede kostnader dividert på antall boliger * 365. Praktisk bistand, hjemmetjenester, støttekontakt og dagaktivitet er beregnet med antall timer per pasient i perioden 2018/2019. For institusjon (enhetskostnad for dagopphold og nattopphold er dividert med 3) er det beregnet antall døgn på institusjon i perioden. Det er ikke gjort fratrukk fra «oppholdsdøgn» i kommunal bolig når pasienten er innlagt på sykehus. Prinsippet er at dette skal kunne gi en kvantitativ tilnærming til å sammenligne helsetjenestetilbudet (justert aktivitet).

⁶⁸ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-norge>

Figur 3 viser at befolkningen bosatt i opptaksområdet til Helse Førde har det høyeste forbruket av helsetjenester per innbygger, og at det særlig skyldes kommunal innsats. I perioden 2016-2019 har innbyggerne i Helse Førde lik reduksjon i liggedøgn i spesialisthelsetjenesten per innbygger som resten av Norge (i snitt 2,4% per år). I andre enden av skalaen er innbyggerne bosatt i områdene til Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet sykehus. Disse har om lag samme ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten som Helse Førde, men søknadsbaserte tjenester utgjør under halvparten av nivået i Helse Førde HF. Det reiser flere problemstillinger. Vil pasienter bosatt i områder med lavere innsats fra den ene av partene ha fullgod nytte av innsatsen i den andre? Burde nivået vært høyere i den ene delen av tjenestene for å kompensere for et lavt nivå i den andre? Vi forutsetter at kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvar for ulike oppgaver i oppfølging av pasienter og deres pårørende. Av denne grunn er det nødvendig å se på variasjon i både kommunale- og sykehustjenester. Pasienter har rett på likeverdige og kvalitativt gode tjenester fra både sykehus og kommuner, og stor innsats fra en kommune kan ikke kompensere for manglende tilbud fra sykehuset eller motsatt.

Figur 3 Justert aktivitet fordelt over opptaksområder



Ikke alle områder innen PHV og TSB viser stor variasjon. Tabell 38 viser en rekke selekterte aktivitetsparametere i PHV/TSB, søknadsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester for pasienter i spesialisthelsetjenesten, og noen generelle områder innen somatiske sykehusfunksjoner. Tallene viser gjennomsnittlig rate per 100 000 innbygger over opptaksområder (BUP = 0-17 år og VOP og TSB = 18 år og eldre), standardavvik og variasjonskoeffisient⁶⁹.

Tabell 38 Oversikt aktivitetsparametere per 100 000 innbygger (snitt/standardavvik) og variasjonskoeffisient (CV)

Aktivitetsparametere	Gjennomsnittlig rate (std)	CV
Individer i PHV/TSB	5394 (681)	13 %
Individer i BUP	5411 (1024)	19 %
Polikliniske opphold BUP	76271 (14320)	19 %
Individer innlagt BUP	212 (97)	46 %
Liggedøgnsforbruk BUP	7789 (3602)	46 %
Individer i VOP	3843 (477)	12 %
Polikliniske opphold VOP	43714 (9566)	22 %
Individer innlagt VOP	675 (125)	18 %
Liggedøgnsforbruk VOP	25548 (4873)	19 %
Individer innlagt med alvorlig psykisk lidelse	203 (34)	19 %
Liggedøgnsforbruk alvorlig psykisk lidelse	10500 (2624)	25 %
Polikliniske opphold alvorlig psykisk lidelse	9160 (5083)	55 %
Registrert oppsøkende poliklinisk kontakt alvorlig psykisk lidelse	1557 (1429)	92 %
Individer innlagt angst (F4)	49 (16)	32 %
Liggedøgnsforbruk angst	1145 (479)	42 %
Individer i TSB	797 (249)	31 %
Polikliniske opphold TSB (eksl. LAR-diagnoser)	7689 (3308)	43 %
Individer innlagt TSB	222 (58)	26 %
Liggedøgn TSB	15021 (4059)	27 %
Individer innlagt ø-hjelp TSB	41 (26)	63 %
Aktiveringstjenester i kommunen	382 (109)	29 %
Hjemmetjenester i kommunen	1544 (366)	24 %
Institusjonstilbud i kommunen	359 (98)	27 %
Botilbud i kommunen	204 (69)	34 %
Individer i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	38721 (3325)	9 %
Individer innlagt somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	10817 (918)	8 %
Liggedøgn somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	91966 (11246)	12 %
Individer innlagt øhjelptilbud med hjernekar sykdommer i somatiske sykehusfunksjoner	225 (43)	19 %

Tabell 38 illustrerer flere forhold rundt variasjon. For det første er variasjonen lavere, jo mer «globale» målene er. Det er for eksempel lite variasjon mellom opptaksområder knyttet til i hvilken grad innbyggerne har en eller annen kontakt med PHV og TSB i spesialisthelsetjenesten. Den er samtidig noe høyere enn for somatiske

⁶⁹ CV – desto lavere verdier indikerer lavere variasjon.

sykehusfunksjoner. Et annet område med lav variasjon er antall polikliniske opphold per innbygger i BUP. Dette indikerer at den yngre delen av befolkningen har lik tilgang til et volum av behandling. Samtidig er det større variasjon i BUP for døgninnleggelse, og differansen mellom ytterpunktene er at fem ganger så mange barn- og unge blir innlagt i området med flest døgninnleggelser sammenliknet med området med færrest innleggelser.

Variasjonen i innleggelse for pasienter med alvorlig psykisk lidelse (primærpsykoser, mani og bipolar lidelse) er lav. Samtidig er det betydelig forskjeller i volumet av polikliniske oppfølging, og særlig for registrert oppsøkende polikliniske kontakt. I løpet av ett år er det kun tre opptaksområder som har et snittopphold per individ over 25 konsultasjoner, mens det over to år er det 13 opptaksområder med snittopphold over 25 konsultasjoner.⁷⁰ Etersom poliklinisk oppfølging er viktig for å legge til rette for økt stabilitet, synes det å være et potensial for å bedre oppfølgingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Forbruk av liggedøgn til pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer og differansen mellom ytterpunktene er 2,4 ganger. Døgnbehandling av angsttilstander varierer i større grad, med ytterpunkter på 7 ganger flere liggedøgn for opptaksområdet med flest liggedøgn per innbygger sammenliknet med opptaksområdet med lavest liggedøgnsforbruk.

Innen TSB er det større variasjon i andel individer i kontakt med tjenesten, poliklinisk volum og innleggelsesmønster. En større andel av pasientene blir innlagt i TSB (25%), sammenliknet med VOP (17%). Variasjonen i antall som blir innlagt til øyeblikkelig hjelp er stor, og differansen mellom ytterpunktene per innbygger er 26 ganger. Dette kan indikere forskjeller i grunnleggende tilbud. Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom innleggelser til øyeblikkelig hjelp per innbygger i TSB, og innleggelser til øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern for TSB populasjonen mellom opptaksområder ($r=-0,29$). Det er en indikasjon på at VOP til en viss grad kompenserer for redusert tilbud i TSB. Samme analyse innen akuttinnleggelser i somatikk viser en nær signifikant positiv korrelasjon ($r=0,41$, $p = 0,06$) og indikerer at pasientpopulasjonen i TSB i områder som har en høy rate innlagte til øyeblikkelig hjelp i TSB, også har en høy innleggelsesrate i somatikk.

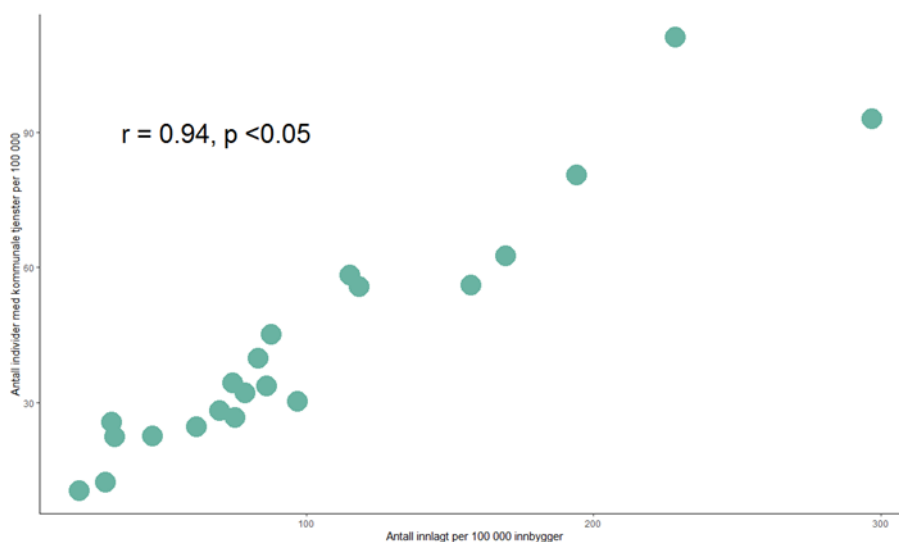
Andelen liggedøgn til øyeblikkelig hjelp i TSB utgjør kun 4,5% av totale liggedøgn i TSB, mens det i VOP utgjør 52%. Bruk av private aktører til døgnbehandling i TSB utgjør i overkant av 60% på nasjonalt nivå. Over en toårs periode har pasienter innlagt hos private institusjoner 118 liggedøgn per individ, mot 47 liggedøgn i offentlig helseforetak. Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom befolkningens bruk av private tilbydere og bruk av elektiv døgnbehandling for pasientgruppen i

⁷⁰ Lincoln et al. (2016). What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions. *European psychiatry*, 38.

helseforetakene mellom opptaksområder som kan gå i retning av et kompenserende tilbud ($r = -0,22, p > 0,05$). Samlet sett er det for TSB indikasjon på at det i større grad bør utvide polikliniske tilbud, samt omfordele eksisterende kapasitet i døgntilstand.

Søknadsbaserte kommunale tjenester viser moderat variasjon over opptaksområder, og ytterpunktene for aktiviseringstilbud og bolig er over 4 ganger så høyt for opptaksområder med flest registrerte individer per innbygger. Hjemmetjenester og institusjonstjenester viser mindre variasjon, og ytterpunkter ligger på over to ganger. Det er ingen åpenbare sammenhenger mellom tjenester i kommuner og spesialisthelsetjeneste. I noen tilfeller, som for barn- og unge med medfødte og varige tilstander, synes det gjennomgående å være en positiv sammenheng. Opptaksområder hvor det bli innlagt mange individer per innbygger med medfødte og varige tilstander i BUP, har ofte høyere kapasitet i BUP og har samtidig et høyt nivå av kommunale tjenester per innbygger på pasientgruppe. Figur 4 viser forholdet mellom døgninnleggelser og kommunale tjenester for pasienter medfødte og varige tilstander. Det er her ikke korrigert for alvorlighet i tilstand.

Figur 4 Antall personer innlagt til døgntilstand i BUP og antall personer med kommunale tjenester med medfødte og varige tilstander i 2018/2019



Det er lav variasjon i antall kontakter hos fastlege per 100 000 innbygger over opptaksområdene (gjennomsnitt = 866, standardavvik = 122, CV = 14%). Tverrfaglige møter hos fastlege er en viktig samhandlingsarena, og har større variasjon per 100 000 innbygger over opptaksområder (gjennomsnitt = 185, standardavvik = 47, CV = 25%). Det er særlig områdene til Oslo sykehusområde og Akershus universitetssykehus HF som har en lavere rate med tverrfaglige møter med fastlege (om lag 46% under landsgjennomsnitt). I underkant av 24% av pasientene i PHV/TSB hadde i 2018 eller 2019 en eller annen form for søknadsbasert tjeneste fra kommunal helse- og omsorgstjenesten, og tjenestene er primært tilbudt pasienter med mest alvorlige tilstander (se kapittel om kommunale helse- og omsorgstjenester). I gruppen som har fått

døgnbehandling i 2018/2019 hadde 7% en registrert virksam individuell plan i våre data. Ettersom det ikke synes å være mangel på innsats fra ulike nivåer, vil dette kunne være et aksjonspunkt for å forbedre samhandlingen.

Organisering, innretting og innhold i både spesialist- og primærhelsetjenesten til pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer i Norge. Pasientens bosted virker inn på hva slags helsetjenestetilbud som gis, dvs. i hvilken grad pasientene mottar oppsøkende tjenester, aktiviseringstilbud, hvor lange sykehusoppholdene er og i hvilken grad det er sannsynlig å bli reinnlagt på sykehus før det er gått 30 dager. Pasienter bosatt i opptaksområder med lav gjennomsnittlig oppholdstid har større sannsynlighet for å nye innleggelser og det er mindre variasjon i liggedøgn per individ over en ett-års periode. Variasjonen i bruk reduserer når man ser over flere år. Dette viser at pasientgrupper med kroniske lidelser og fluktuerende funksjonsnivå over tid, bør analyseres over flere år. Det gjelder også poliklinisk oppfølging, ettersom mange av pasienten i PHV og TSB er i behandling over kalenderår. Avtalespesialister behandler en tredjedel av pasienter med angst og depresjon. Over en fireårsperiode mottar pasientene hos avtalespesialister i snitt 40% flere polikliniske opphold per individ sammenliknet med offentlig behandling. Dette kan indikere en systematisk variasjon og et uttrykk for ikke-likeverdige helsetjenester.

3. Demografi og bosetningsmønster fram mot 2040

I «det handler om Norge» (NOU-2020-15) beskrives situasjonen slik: *Distriktskommuner har i dag en eldre befolkning enn resten av landet. Fram til 2040 vil antallet personer over 80 år i distriktene nesten doble seg. Distriktskommuner får dermed en eldrebølge på toppen av en allerede relativt gammel befolkning.*⁷¹

Det innenlandske flyttemønsteret i Norge er sentraliserende.⁷² Selv om SSBs seneste befolkningsframskriving anslår en generell befolkningsvekst for landet som helhet, er veksten utenfor de aller største byene lavere enn gjennomsnitt, og folketallet vil synke i de fleste av landets 356 kommuner.⁷³ Geografien og bosetningsmønsteret i Norge gjør det krevende for både kommuner og spesialisthelsetjenesten å yte likeverdige helsetjenester. Innbyggertallet varierer fra et par hundre til Oslo med over 650 000 innbyggere, og arealmessig fra Utsira med 6,3 km² til Kautokeino med 9707 km². Utviklingen av befolkningssammensetningen har konsekvenser for hvilke muligheter som finnes for oppgavedeling, rekruttering og bærekraft. Den høye alderen i

⁷¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>

⁷² <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-norge>

⁷³ <https://www.ks.no/fagomrader/demokrati-og-styring/kommunereform/noen-fakta-om-nye-kommuner-fra-2020/>

distriktskommunene vil gi kommunene relativt større forpliktelser til pleie og omsorg, og et større behov for helsepersonell. I *Det handler om Norge* beskrives spesialisering og «silo-tenkning» i helsetjenesten som negativt for distriktene, og gjør det nødvendig med regionale nettverk for implementering av innovasjon.⁷⁴ Det styrker behovet for gjensidig veiledning og samarbeid.

Tabell 39 viser endringen i antall innbygger i Norge over opptaksområder frem til 2040 basert på SSB framskriving av 2020 hovedalternativ. Områdene rundt Oslo vokser mest.

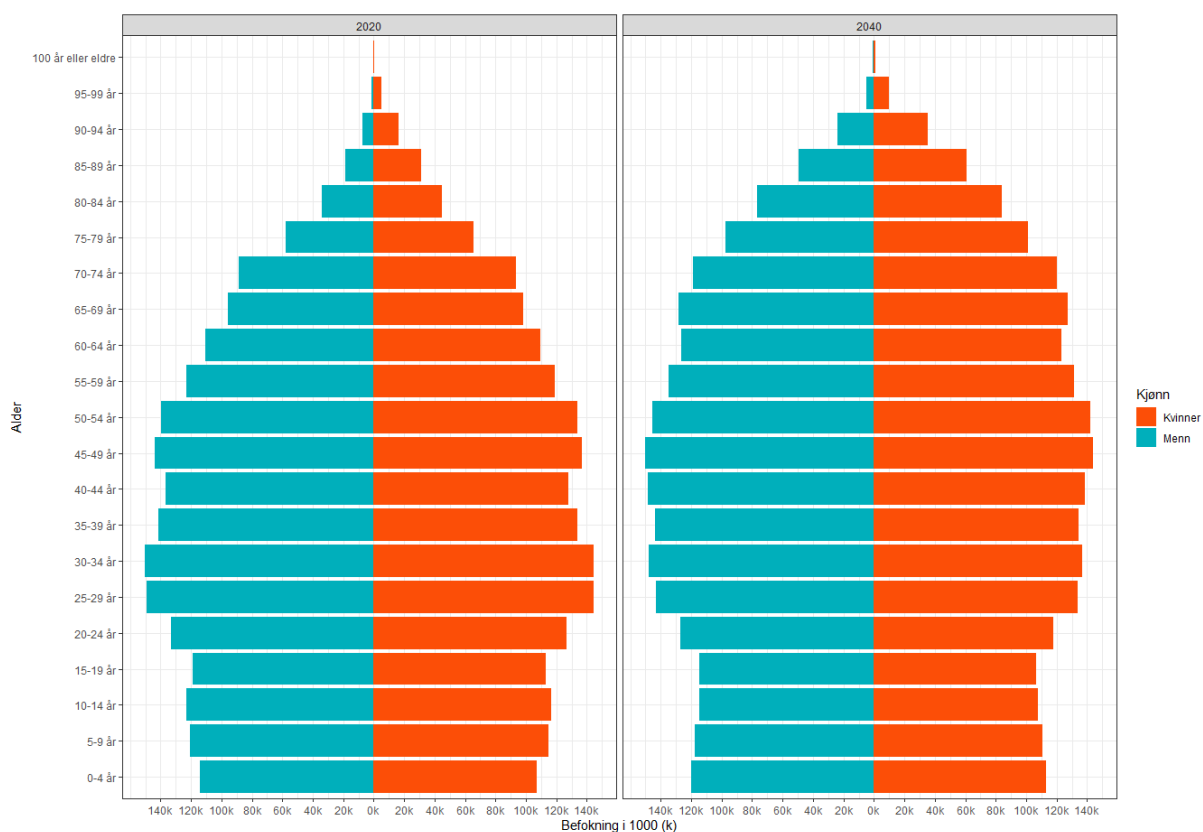
Tabell 39 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2050 etter opptaksområder i Norge

Opptaksområde	2020	2040	Endring %
Akershus universitetssykehus HF	579 099	670 672	16 %
Diakonhjemmet Sykehus	142 123	164 183	16 %
Finnmarksykehuset HF	75 472	77 375	3 %
Helgelandssykehuset HF	77 863	75 394	-3 %
Helse Bergen HF	456 500	502 849	10 %
Helse Fonna HF	180 398	183 676	2 %
Helse Førde HF	108 404	106 391	-2 %
Helse Møre og Romsdal HF	271 201	281 342	4 %
Helse Nord Trøndelag HF	149 508	152 256	2 %
Helse Stavanger HF	371 121	412 959	11 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	156 788	170 295	9 %
Nordlandssykehuset HF	138 145	140 255	2 %
Oslo universitetssykehus HF	282 930	319 777	13 %
St. Olavs hospital HF	313 231	349 659	12 %
Sykehuset i Vestfold HF	246 041	269 397	9 %
Sykehuset Innlandet HF	338 965	352 609	4 %
Sykehuset Telemark HF	173 355	178 614	3 %
Sykehuset Østfold HF	317 489	355 323	12 %
Sørlandet Sykehus HF	307 231	333 985	9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	193 066	197 915	3 %
Vestre Viken HF	488 650	546 690	12 %
Norge	5 367 580	5 841 616	9 %

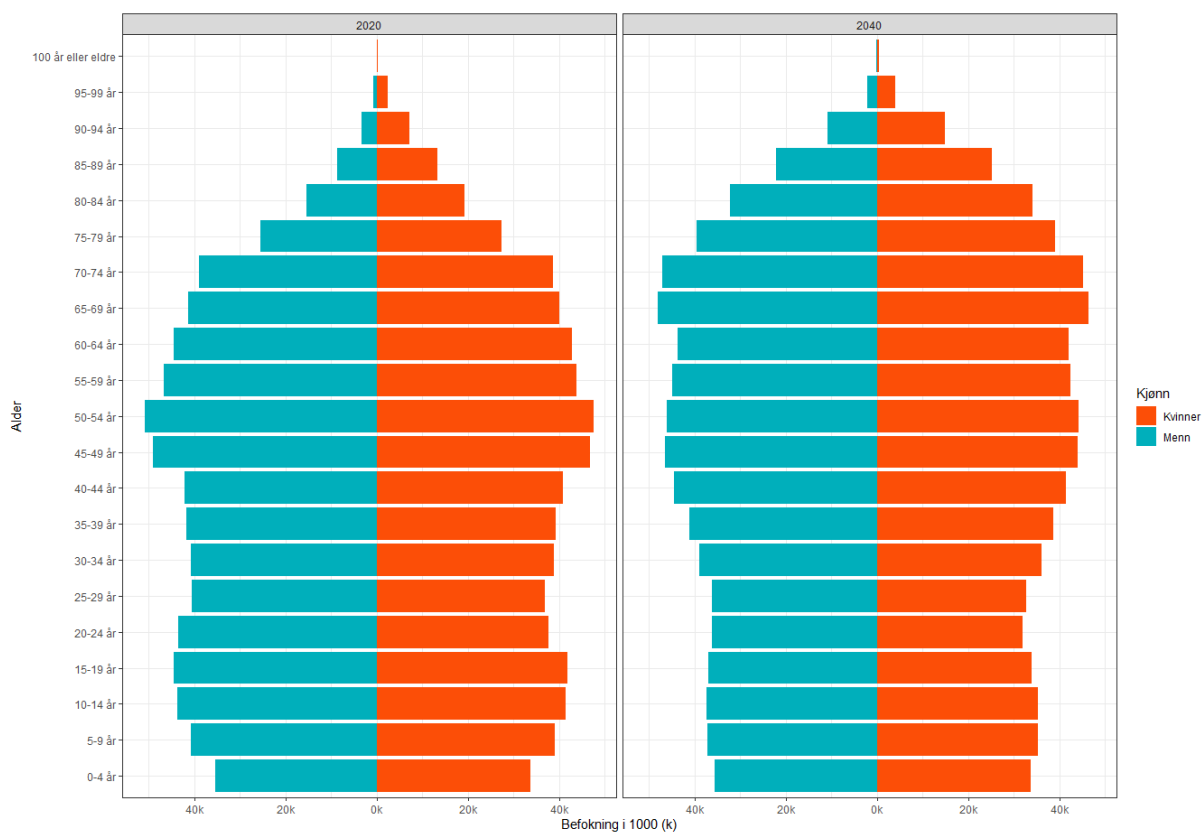
Figur 5 og 6 viser befolkningspyramider i 2020 og 2040 for kommuner med reisetid på hhv. under og over 30 minutter til DPS. Figurene illustrerer utfordringen for Norge, særlig for kommuner som er av mindre størrelse, hvor antallet barn og unge reduseres i antall og som andel, andel yrkesaktive blir lavere, mens antallet og andel eldre vokser.

⁷⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>

Figur 5 Framskriving av befolkning 2020-2040 for pasienter bosatt i kommuner med under en halvtime reisetid til DPS

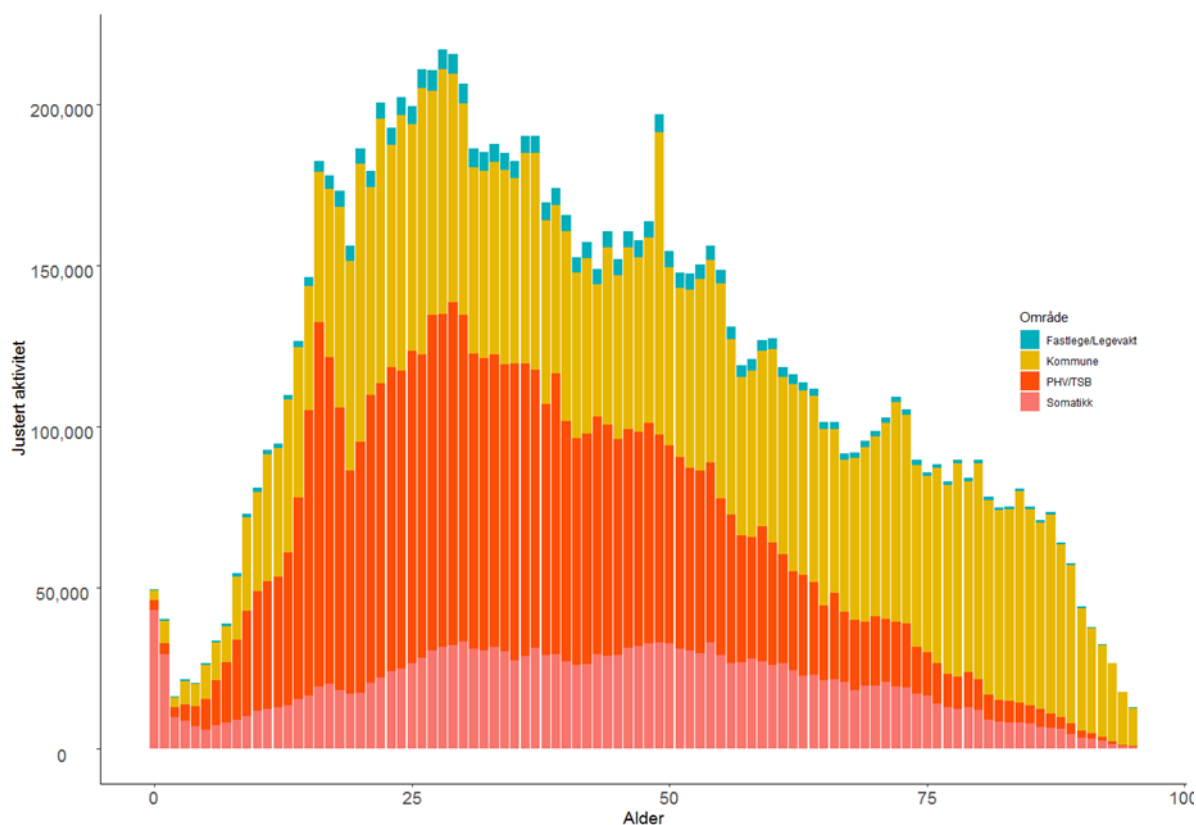


Figur 6 Framskrevet befolkning 2020 - 2040 for kommuner med mer enn 30 minutter til DPS



Helsetjenestetilbud som avhenger av befolkningsstørrelse og alder, påvirkes av befolkningsframskrivingen. Tjenesteområdene innen PHV og TSB blir i mindre grad affisert av den forventede befolkningsendringen i Norge, mens tjenester levert av kommunal helse- og omsorgstjeneste påvirkes i større grad. Figur 7 viser et justert uttrykk for aktivitet i spesialisthelsetjenesten, søknadsbaserte tjenester fra kommunale helse- og omsorgstjenester og fastleger etter aldersgrupper.

Figur 7 Justert aktivitet over ulike helsetjenester og alder



Mens bruken av spesialisthelsetjenester er avtagende med alder, er den kommunale innsatsen stabil. Helsetjenester for psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser er aldersavhengig, og således er fremtidig befolknings sammensetning viktig for behovet for helsetjenester.

4. Karakteristika og utviklingstrekk ved de ulike helsetjenestene

4.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester

Samhandlingsreformens hovedbudskap er at forebygging og tidlig hjelp gir bedre tjenester gjennom «*bedre behandling, på rett sted, til rett tid*». ⁷⁵ I tråd med intensjonen er det bygget opp et utvidet helsetilbud til befolkningen.

Fastlegene står for en vesentlig ressursinnsats og hele 70% av befolkningen oppsøker fastlege årlig. ⁷⁶ I 2019 var om lag 630 000 individer i kontakt med fastlege med diagnose for psykiske lidelser og/eller rus- og avhengighetslidelser. Psykiske plager og lidelser står for nesten 11% av fastlegenes årlige konsultasjoner, dvs. nesten 1,6 millioner konsultasjoner i 2019. Antall kontakter utgjorde for samme pasientgruppe rundt 3,6 millioner. I 2019 hadde 89% av pasientene i PHV og TSB minst en konsultasjon hos fastlege. Det er estimert at 820 000 individer hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse i Norge 2019. Altså hadde om lag 75% av estimert antall individer med diagnostiserbar psykisk lidelse, rus- og avhengighetslidelse minst en kontakt med helsetjenesten i 2019.

Fastlegene har således en sentral rolle i oppfølgingen og behandling av pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Tabell 40 viser oversikt over pasienter som mottok behandling i psykisk helsevern og TSB i 2018/2019 og deres kontakt med fastlege/legevakt. I snitt har pasientene en kontakt per måned (inkl. administrative kontakter) og en konsultasjon hver 10. uke. Det er lav variasjon i antall kontakter hos fastlege per 100 000 innbygger over opptaksområdene. ⁷⁷ Tverrfaglige møter hos fastlege er en viktig samhandlingsarena, og har større variasjon per 100 000 innbygger over opptaksområder. ⁷⁸ Det er særlig områdene til Oslo sykehusområde og Akershus universitetssykehus HF som har en lavere rate med tverrfaglige møter med fastlege (om lag 46% under landsgjennomsnitt).

⁷⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/smk/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2009/samhandlingsreformen--rett-behandling--p/id567911/>

⁷⁶ <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>

⁷⁷ Gjennomsnitt = 866, standardavvik = 122, CV = 14%.

⁷⁸ Gjennomsnitt = 185, standardavvik = 47, CV = 25%.

Tabell 40 Pasienter i psykisk helsevern og TSB med oppfølging hos fastlege/legevakt i 2018/2019

	Individer legevakt/fastlege	Andel fra spesialisthelsetjenesten i kontakt med fastlege/legevakt	Snitt alder	Antall kontakter	Kontakter per individ
Legevakt	202 032	53 %	35,5	800 754	4,0
0-17 år	34 862	47 %	11,5	88 188	2,5
18-64 år	149 001	54 %	36,2	617 596	4,1
65 år og eldre	18 168	66 %	75,6	94 967	5,2
Alvolig psykisk lidelse	13 319	60 %	43,0	73 058	5,5
Depresjon	21 391	47 %	38,5	60 759	2,8
Angst	16 176	47 %	33,4	50 211	3,1
Belastning/Traume	21 285	52 %	35,5	72 138	3,4
Rus (inkl. komorbiditet)	34 513	70 %	40,6	249 706	7,2
Personlighetsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	16 822	58 %	35,5	110 091	6,5
Utviklingsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	12 146	50 %	21,8	57 804	4,8
Villet egenskade	3 391	87 %	33,4	38 527	11,4
Fastlege	371 741	98 %	34,8	8 778 372	23,6
Konsultasjoner	361 787	95 %	34,8	3 791 152	10,5
Psykoterapi	186 250	49 %	37,6	795 123	4,3
Tverrfaglige møter	144 508	38 %	39,8	947 138	6,6
Konsultasjoner:					
Alvolig psykisk lidelse	20 378	92 %	43,1	222 762	10,9
Depresjon	43 961	97 %	39,3	512 123	11,6
Angst	33 700	97 %	33,7	359 397	10,7
Belastning/Traume	39 878	97 %	37,2	466 042	11,7
Rus (inkl. komorbiditet)	46 373	94 %	41,2	547 695	11,8
Personlighetsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	27 836	96 %	35,8	347 131	12,5
Utviklingsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	22 442	93 %	20,4	162 689	7,2
Villet egenskade	3 767	97 %	33,3	53 085	14,1

Kommunene har hatt flere større satsninger på psykisk helsehjelp, særlig de senere årene. Rask psykisk helsehjelp (RPH) finnes i dag i 66 kommuner, og tilbudet består av veiledet selvhjelp og kognitiv terapi ved ulike angstproblemer, lett/moderat depresjon og ev. søvnproblemer i tillegg. Tilbudet skal være lett tilgjengelig, krever ikke henvisning, og kan suppleres med viderehenvisning ved behov for et annet tilbud, eks. i spesialisthelsetjenesten. Folkehelseinstituttets evaluering viser at tilbudet har god effekt på angst og depresjon.⁷⁹ Brukerne rapporterte stor tilfredshet med RPH-tilbudet. Lav terskel for å ta kontakt, kombinert med det relativt raskt behandlingstilbud ble vurdert som særlig positivt. Selv om RPH har gode resultater, er tilbudet fraværende i de fleste kommuner i dag. En nylig publisert studie viser at RPH er et tilbud som egner seg godt for å etablere i interkommunalt samarbeid.⁸⁰

Fra 1.1.20 ble det innført et lovkrav om psykologkompetanse i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Lovforarbeidenes uttalte mål er at psykologkompetansen bør benyttes i system- og samfunnsrettet arbeid,

⁷⁹ <https://www.fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/>

⁸⁰ https://www.idunn.no/tph/2020/02-03/aa_gjoere_noe_sammen_vi_ikke_kunne_gjort_alene_raskpsykis

folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder også til veiledning og fagstøtte til øvrig personell i kommunene. Rapporteringen viser at om lag 40% av stillingen nyttes til samfunns- og systemarbeid, mens 20% er rettet mot helsefremmende og forebyggende arbeid. I 2019 mottok 384 kommuner/bydeler tilskudd til 617 psykologer, hvorav 132 av stillingene var ubesatt. 74 prosent av psykologene er ansatt i kommuner med 10 000 innbyggere eller flere, 16 prosent i kommuner med 5 000-9 999 innbyggere, og bare 10% i kommuner med 0-5 000 innbyggere. Lovkravet angir ikke hvilke oppgaver psykologene skal ha, og psykologenes kliniske virke er hovedsakelig innrettet som gratis lavterskeltilbud, uten henvisning. De fleste psykologene jobber i tverrfaglige team, der flere fagpersoner deltar samtidig.

For personer med større hjelpebehov tilbyr kommunene vedtaksbaserte helsetjenester som aktivisering (dagaktivitet, støttekontakt), hjelp i hjemmet (praktisk bistand, personlig assistent og helsetjenester i hjemmet), institusjonsbehandling og en rekke sosialtjenester som økonomisk støtte og hjelp med bolig. Om lag 23% av pasientene i psykisk helsevern og TSB 2018/2019 hadde minst ett vedtaksbasert tilbud fra kommunene (se tabell 8 for en fordeling av tjenester). Den klart mest frekvente tjenesten var hjemmetjenester, mens registrert bolig utgjorde 12%. Hjemmetjenester til pasienter med psykiske lidelser vil ha som hovedhensikt å kompensere for affisert organisering- og gjennomføringsfunksjoner (e.g. struktur, bistand til husarbeid, matlaging, butikk, økonomi etc.). Det er i overkant av 100 000 omsorgsboliger i Norge per år, noe som innebærer at om lag 10% av disse disponeres av pasienter med oppfølging innen psykisk helsevern og TSB.

Tabell 41 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med vedtaksbaserte kommunale helse og omsorgstjenester i 2018/2019

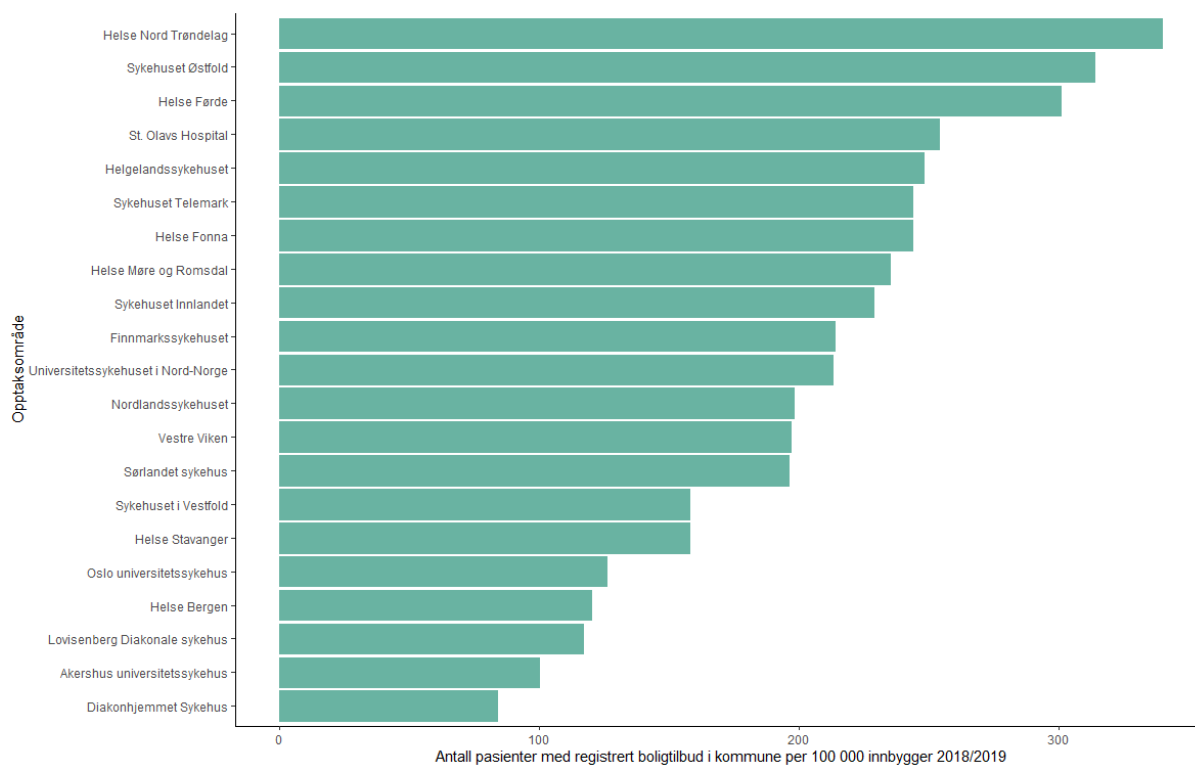
	Antall individer	Andel av populasjon i PHV/TSB
Aktivisering	19 595	5 %
Hjemmetjenester	79 823	21 %
Institusjon	17 872	5 %
Bolig	10 224	3 %
Annet	7 857	2 %
Total	88 297	23 %

De kommunale helse- og omsorgstjenestene viser moderat variasjon per 100 000 innbygger over opptaksområder:

- Aktivisering: gjennomsnitt = 382, standardavvik = 109, CV = 29%
- Hjemmetjenester: gjennomsnitt = 1544, standardavvik = 366, CV = 24%
- Institusjon: gjennomsnitt = 359, standardavvik = 98, CV = 27%
- Bolig: gjennomsnitt = 204, standardavvik = 69, CV = 34%

Boligtilbud vises nærmere i figur 8. De store byene i Norge, med unntak av Trondheim har alle lavest antall pasienter med registrert bolig per 100 000 innbygger. Tilgang på optimale botilbud i kommunen er svært viktig for rehabilitering av pasienter med funksjonsnedsettelse som følge av den psykisk lidelse.

Figur 8 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med registrert boligtilbud per 100 000 innbygger i 2018/2019



Vedtaksbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester er hovedsakelig rettet mot pasienter i spesialisthelsetjenesten med mer alvorlige problemstillinger og eldre. Tabell 42 viser fordelingen av ulike tjenestetyper for ulike grupperinger i spesialisthelsetjenesten. For BUP har 12% av befolkningen vedtaksbaserte tjenester, mens andelen er 40 % for barn- og unge med varige og medfødte tilstander (e.g. psykisk utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse) og døgninnleggelse. Over halvparten av pasientene med behov for øyeblikkelig hjelpsinleggelse har vedtaksbaserte kommunale tjenester, mens andelen er 44% for pasienter med rusrelaterte lidelser (inkl. rus som komorbiditet). Av eldre i behandling i spesialisthelsetjenesten har 64% av pasientene vedtaksbaserte tjenester, mens andelen for pasienter med demens er 90%. For pasientene med demens er 74% av pasientene registrert med institusjonsopphold i perioden 2018/2019. Dette illustrerer hvordan en økning i antall eldre vil kunne bli en utfordring for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Tabell 42 Antall individer med kontakt i PHV/TSB 2018/2019 med vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter selekterte grupper

	BUP-populasjon		Varige og medfødte tilstander og døginnleggelse		Ø-hjelps populasjon voksne		Alvorlig psykisk lidelse		Rusrelatert lidelse (inkl. komorbiditet)		Eldre (65 år og eldre)		Demens	
	Individer	Andel av BUP-populasjon	Individer	Andel av døgnpopulasjon	Individer	Andel av ø-hjelps populasjon	Individer	Andel av populasjon med alvorlig psykisk lidelse	Individer	Andel av populasjon med rusrelaterte lidelser	Individer	Andel av eldre i PHV/TSB	Individer	Andel av populasjon i PHV
Aktivering	4 338	5 %	246	23 %	3 801	11 %	2 679	12 %	2 703	5 %	4 475	16 %	2 062	32 %
Hjemmetjenester	6 930	9 %	325	30 %	17 764	50 %	10 712	48 %	20 466	42 %	15 153	55 %	4 547	70 %
Institusjon	831	1 %	81	8 %	4 056	12 %	1 811	8 %	3 175	6 %	11 168	40 %	4 776	74 %
Bolig	141	0 %	11	1 %	3 094	9 %	2 613	12 %	2 865	6 %	2 755	10 %	920	14 %
Annet	35	0 %			1 281	4 %	584	3 %	1 054	2 %	5 852	21 %	1 910	29 %
Total	9 356	12 %	439	41 %	18 904	54 %	11 443	52 %	21 483	44 %	17 780	64 %	5 829	90 %

Over halvparten av pasienter med alvorlig psykisk lidelse har i perioden 2018/2019 søknadsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester:

- Knappe 50% har hjemmetjenester (e.g. praktisk bistand, helsetjenester hjem, re-/habilitering utenfor institusjon)
- 12% har aktivisering (e.g. støttekontakt, dagaktivitet)
- 8% har institusjonsopphold (e.g. kort og lang tid, KAD, nattopphold og dagopphold)
- 12% har et boligtilbud.

For pasienter med alvorlig psykisk lidelse, hjemmetjenester og/eller bolig er det relativt lav variasjon per innbygger over opptaksområder i Norge (hhv: gjennomsnitt = 208, standardavvik = 43, CV = 20%, gjennomsnitt = 50, standardavvik = 10, CV = 21%), mens det for aktivisering og institusjon er større variasjon per innbygger over opptaksområder (hhv: gjennomsnitt = 52, standardavvik = 17, CV = 33%; gjennomsnitt = 37, standardavvik = 13, CV = 34%). Det er samtidig et spørsmål om boligtilbudet er for lavt og årsrapport fra brukerplan viser at ca. 20% av personer med psykiske problemer og/eller rus har ikke-optimale boforhold.⁸¹ Gode boforhold reduserer risiko for tilbakefall for pasienter med alvorlig psykisk lidelser.

Antallet brukere av pleie- og omsorgstjenester over 80 år er forventet å bli tredoblet de neste 40 årene, fra 220 000 brukere i 2018 til nærmere 700 000 i 2060 (Leknes et al., 2018). Mange av disse brukerne vil være personer med demens. De fleste pasienter med demens og som har mottatt oppfølging i psykisk helsevern og TSB 2018/2019, hadde institusjonsopphold i kommunen. Med den forestående endring i befolkningssammensetning i Norge, vil det utfordre den kommunale hjelpetjenesten.

⁸¹ https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/5650_BrukerPlan_A%cc%8arsrapport_digital_2020_06_02_ef.ny.pdf

4.2. Barn og unge

Barn og unge har behov for tilbud tilrettelagt for aldersgruppens preferanser og utfordringer. Barn og unge lever livet i sosiale strukturer som familie, venner og lokalsamfunn. Det er derfor innen denne rammen at potensialet for forebygging og forbedring er størst. For å redusere frafall og skjevutvikling, må tilbudet til barn og unge (PHBU) i større grad samordne innsatsen med instanser og etater som rår over barnets øvrige livsbetingelser. Det er et mål at barn og unge får helsehjelp når de trenger det og der de trenger det.

Selv om helsehjelp fra psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) innvilges hovedsakelig basert på psykisk lidelse (diagnose), skal også atferd som selvskading og skolevegning vurderes. For å i større grad forhindre utenforskap bør samarbeidet mellom PHBU og kommunene videreutvikles for å aktivt følge opp sårbare grupper som:

- Barn i barnevernet (kommunalt og Bufetat)
- Barn som vokser opp med stor sosial risiko
- Barn av foreldre med alvorlig sykdom
- Barn av foreldre som utøver eller truer med vold
- Barn av foreldre som misbruker rusmidler
- Barn som faller ut av skole/ står utenfor det sosiale fellesskapet
- Barn som tidlig viser tegn på sosial mistilpasning og tegn på antisosial atferd (ekstremisme, rus, kriminalitet, etc.)

Hvert år får om lag 5% av barn og unge et tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Over fireårsperioden fra 2016 til 2019 var det 134 546 unike pasienter i BUP, slik at flere går til oppfølging i BUP over år. Frem til 14 års-alder er det flest gutter i behandling hos BUP, mens det fra 15 år er flest jenter. Sammenlignet med estimert forekomst fra GBD, får 45% av barn og unge med diagnostiserbare psykiske lidelser et tilbud i BUP for alderen 0-9 år, 38% for alderen 10-14 år og 33% for alderen 15-19 år.

Tabell 43 Antall pasienter i BUP per år og rate per 100 000 innbygger mellom 0-17 år

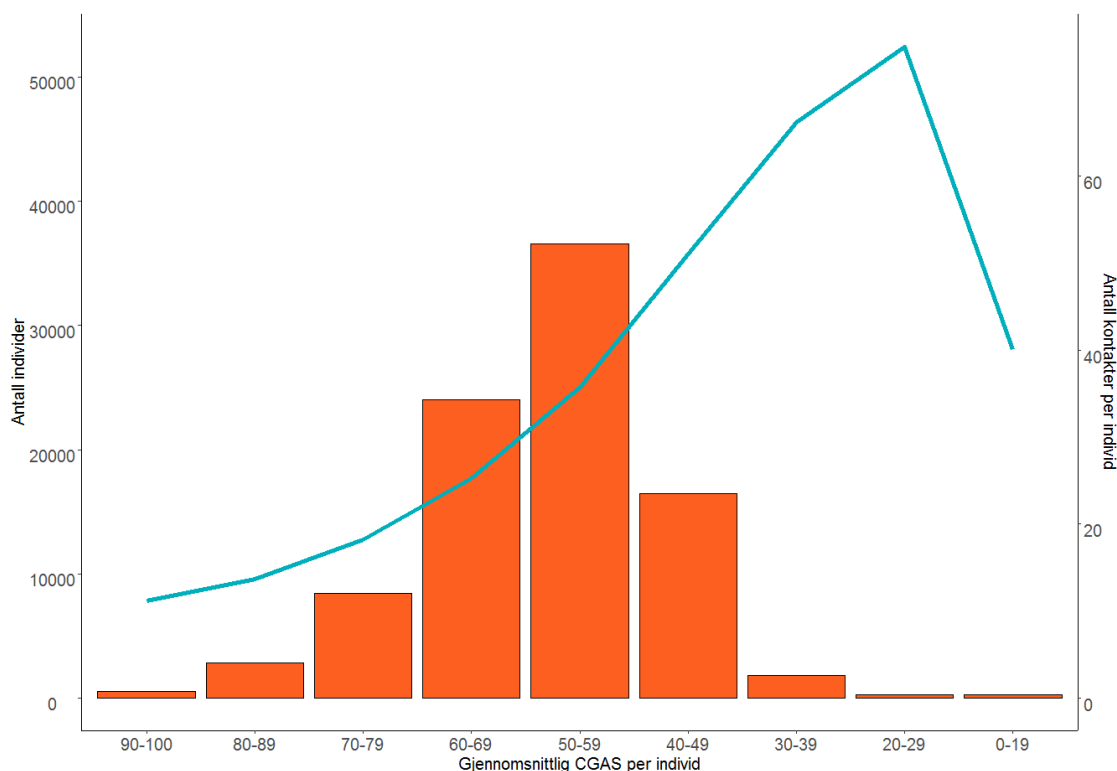
	Antall individer	Rate per 100 000
2016	55 527	4 925
2017	57 252	5 062
2018	56 658	5 018
2019	56 357	5 021

Kommunale tjenester som helsestasjon, skolehelsetjenesten, fastlege, kommunepsykolog og psykisk helsetjeneste, tilbud fra barnevernet, PPT, kommunalt innsatsteam, logopedtjeneste og skole har stor betydning for fungering i hverdagen. De kommunale tilbudene antas derfor å dekke deler av behovet. Kommunene har økt antall

årsverk i helsestasjonene og skolehelsetjenesten de senere årene.⁸² Helsesykepleierne selv oppgir at de sykeste barna primært ivaretas av spesialisthelsetjenesten, mens andre peker på at det er lite tid til å arbeide forebyggende grunnet nettopp arbeid med de alvorligst syke barna.⁸³ Det er samtidig potensiale for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre instanser, som for eksempel barnevernet.⁸⁴

Psykisk helsevern for barn og unge har høyere dekningsgrad i spesialisthelsetjenesten enn tilsvarende tjeneste for voksne. I BUP sitt multiaksiale diagnostiske system skåres funksjonsnivå på en skala fra 1-100 (hvor 100 er best mulig fungering). Figur 9 viser barn og unge i BUP for årene 2016-2019 med CGAS-skåre (75% har skåre) og det er beregnet gjennomsnittsskåre gjennom forløpet og antall kontakter per pasient for ulike funksjonsnivå.

Figur 9 Antall pasienter og kontakter per pasient fordelt etter CGAS funksjonsgruppe (Antall pasienter: venstre akse og søyler; Kontakter per pasient: høyre akse og linje)



Figuren viser at forholdet mellom funksjonsnivå og volum av behandling (antall kontakter) stiger lineært med redusert funksjonsnivå, fram til det når de med

⁸² https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202020.pdf/_attachment/inline/c40e5784-a262-48ef-ba65-afe1bb3a35bf:5a3a258326564ea73310d8c4a23acb18ab4c5db7/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202020.pdf

⁸³ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig_rapport_2019_01307.pdf

⁸⁴ <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>

gjennomsnittlig CGAS under 30. Samtidig viser figuren at om lag 13 000 pasienter i fireårsperioden har en gjennomsnittlig CGAS over 70, og at denne gruppen fikk 11 til 18 kontakter per person. Det illustrerer at dagens BUP har en andel på over 10% som har lavere indikasjon for spesialisthelsetjeneste, og at denne andelen får relativt omfattende oppfølging ved inntak. Vi har ikke grunnlag for å vurdere hva som er bakgrunnen, dvs. om dette skyldes tidlig innsats, eller om oppfølgingen burde ha vært gitt i kommunen. En omstilling av psykisk helsevern for barn og unge vil trolig kunne skje innen rammen av denne gruppen. Her kan lavterskeltilbud, i et tettere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten bidra til bedre tilgjengelighet, legge til rette for tidlig dialog og rask avklaring. Det kan forenkle prioriteringer, samt øke sannsynlighet for tidlig oppdagelse av alvorlig sykdom. Et eksempel er «Inntak ute i bydel» som Lovisenberg Diakonale sykehus har opprettet i utvalgte bydeler i Oslo. Tilbud som rask psykisk helsehjelp og eMeistring bør utvikles for å tilpasses ungdom.

4.2.1. Hvem behandles i psykisk helsevern for barn og unge?

Diagnostisk fordeling av hovedtilstand på akse 1 for poliklinisk behandling vises i tabell 10 for 2019. Kategorien for uspesifisert diagnose inkluderer R- og Z-diagnoser. Ettersom hvert opphold telles (ikke bare sluttdiagnose), blir denne kategorien forholdsvis større. Kategorien blir mindre hvis kun sluttdiagnose inkluderes. Samtidig er dette et uttrykk for at mange barn og unge ikke får spesifiserte F-diagnoser i BUP på akse 1. For en del barn og unge er det ukorrekt å stille spesifiserte F-diagnoser, og prodromale symptomer kan manifestere seg som diffuse symptomer eller pasienten kan ha lavt funksjonsnivå og være avhengig av oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Av de spesifiserte F-diagnosene er det ADHD og tilpasningsforstyrrelser som er av særlig volum. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser er av et lavere volum, men mottar flest konsultasjoner per individ.

Tabell 44 Antall pasienter og opphold i poliklinisk og dagbehandling BUP 2019 etter diagnose (Akse 1)

Diagnose	Individer	Antall pol./dag-opphold	Andel av individer	Andel av pol./dag-opphold
ADHD	11 707	124 480	21 %	15 %
Alvorlig psykisk lidelse	458	10 492	1 %	1 %
Andre diagnostiserte tilstand	3 882	21 552	7 %	3 %
Andre forstyrrelser	5 928	68 351	11 %	8 %
Angst	2 143	26 283	4 %	3 %
Depresjon	3 168	45 210	6 %	5 %
Fobi	1 878	26 299	3 %	3 %
Kompleks belastning	270	3 094	0 %	0 %
Mangler	1 722	7 911	3 %	1 %
OCD	954	14 206	2 %	2 %
Organisk	18	124	0 %	0 %
PF	495	6 001	1 %	1 %
Rus	75	547	0 %	0 %
Spiseforstyrrelse	1 322	32 301	2 %	4 %
Tilpasningsforstyrrelse	5 440	74 571	10 %	9 %
Uspesifisert	32 416	330 008	58 %	39 %
Utviklingsforstyrrelse	3 794	48 463	7 %	6 %
Total	56 197	839 893	100 %	100 %

Det er et noe tydeligere diagnostisk bilde på pasienter med behov for døgnbehandling. I 2019 utgjorde pasienter med spiseforstyrrelser 21% av samlet antall liggedøgn.

Tabell 45 Diagnostisk fordeling døgnbehandling BUP 2019

	Antall individer	Antall liggedøgn	Andel av individer	Andel av liggedøgn
ADHD	168	4 390	8 %	5 %
Alvorlig psykisk lidelse	183	9 448	9 %	12 %
Andre diagnostiserte tilstander	45	1 328	2 %	2 %
Andre forstyrrelser	153	4 913	7 %	6 %
Angst	80	2 560	4 %	3 %
Depresjon	296	8 887	14 %	11 %
Fobi	64	3 915	3 %	5 %
Kompleks belastning	14	598	1 %	1 %
Mangler	212	7 043	10 %	9 %
OCD	32	1 309	2 %	2 %
Organisk		30	0 %	0 %
PF	40	1 186	2 %	1 %
Rus	39	293	2 %	0 %
Spiseforstyrrelse	219	17 194	11 %	21 %
Tilpasningsforstyrrelse	270	6 759	13 %	8 %
Uspesifisert	364	2 915	18 %	4 %
Utviklingsforstyrrelse	148	7 454	7 %	9 %
Total	2 068	80 222	100 %	100 %

Pasienter med spiseforstyrrelser utgjør 11% av populasjonen som får døgnbehandling, og bare 2% av pasientene i poliklinikk. I 2016 utgjorde antall liggedøgn for pasienter med spiseforstyrrelser i underkant av 12 000, mens det i 2019 var 17 000. Tabell 46 viser utviklingen for pasienter med spiseforstyrrelser i BUP i perioden 2016-2019. Den årlige veksten korrigert for befolkning er formidabel. Sammenholdt med estimert prevalens av spiseforstyrrelser, er det en relativt lav dekningsgrad i spesialisthelsetjenesten, og økningen vil sannsynligvis indikere at flere søker behandling. Veksten i liggedøgn er større enn antallet individer, og indikerer således at hver pasient som blir innlagt får mer omfattende behandling.

Tabell 46 Utvikling antall pasienter, totale opphold (døgn, dag og polikliniske opphold) og liggedøgn for pasienter med spiseforstyrrelser i perioden 2016-2019.

År	Antall			Rate per 100 000 mellom 0 - 17 år	
	Individer	Totale opphold	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn
2016	1 043	23 297	11 783	93	1 045
2017	1 177	34 234	12 899	104	1 140
2018	1 307	30 141	16 443	116	1 456
2019	1 363	32 622	17 194	121	1 532
Snitt årlig endring				10 %	16 %

Pasientgruppen har ofte et betydelig helsehjelpsbehov på tvers av somatikk, psykisk helsevern for voksne, barn og unge og kommunale tjenester. Det er vanskelig å si hvordan utviklingen går videre, men dersom utviklingen vedvarer vil det ha konsekvenser for ressursfordelingen innad i helsetjenesten. Det bør undersøkes nærmere om tiltak rettet mot forebygging av spiseforstyrrelser kan ha positiv effekt.⁸⁵

Pasienter med medfødte og varige tilstander (e.g. psykisk utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme, asperger), spesifikke utviklingsforstyrrelser og ADHD) er en sentral del av pasientpopulasjonen i BUP. Særlig psykisk utviklingshemming og spesifikke utviklingsforstyrrelser klassifiseres på hhv. akse 2 og 3, og vil ofte registreres som samtidig diagnoser med en akse 1-diagnose. Dersom vi ser bort fra pasienter med ADHD, utgjorde pasienter med medfødte og varige tilstander 16% av pasientpopulasjon i BUP 2019. Tabell 47 viser utviklingen over de siste år. Tabellen viser at denne gruppen utgjør en stadig større andel, noe som skyldes en årlig vekst for pasienter med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse.

⁸⁵ Le et al., (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis, 53, Clin Psych Rev

Tabell 47 Antall individer i BUP og individer med medfødte og varige tilstander i perioden 2016-2019

aar	Antall individer					Rate per 100 000 0-17 år		
	Totalt antall individer	Individer med medfødte og varige tilstander	Psykisk utviklingshemming	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	Spesfikk utviklingsforstyrrelse	Psykisk utviklingshemming	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	Spesfikk utviklingsforstyrrelse
2016	55 527	7 821	629	2 905	4 465	56	258	396
2017	57 252	8 391	586	3 379	4 671	52	299	413
2018	56 658	8 286	521	3 538	4 486	46	313	397
2019	56 357	8 923	569	3 711	4 899	51	331	436
Snitt årlig endring						-3 %	9 %	3 %

Pasienter med varige og medfødte tilstander utgjør i 2019 om lag 17% av døgnpopulasjonen i BUP. Fra 2016 er det en større utvikling i antall individer som blir innlagt med disse problemstillingen, med en årlig vekst på om lag 10%.

4.2.2. Variasjon i bruk av døgnopphold

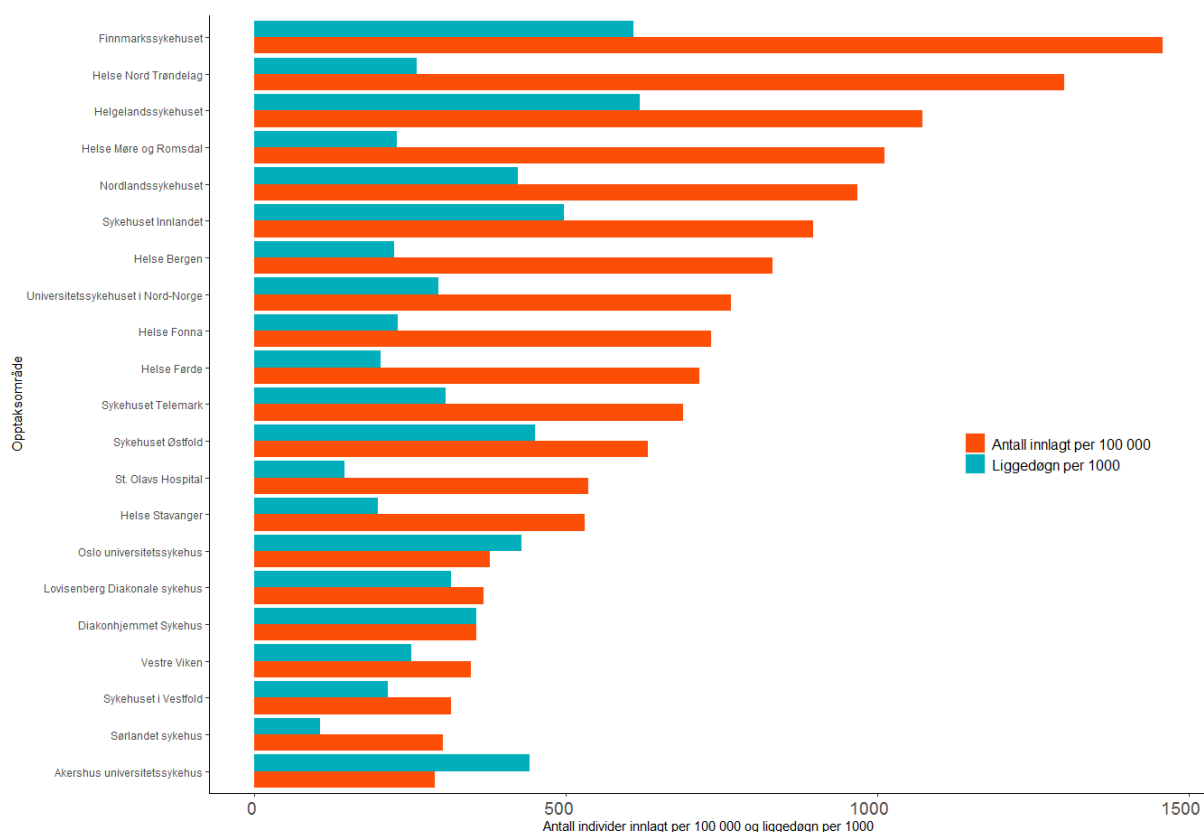
Psykisk helsevern for barn og unge gir primært poliklinisk behandling og 99,7% av har minst en poliklinisk kontakt i 2019. Kun 3,7% av pasientene i BUP blir innlagt til døgnbehandling i løpet av et år. Disse forholdstallene er helt stabile for årene 2016-2019. Antall pasienter i poliklinisk behandling og antall polikliniske opphold per innbygger varierer i mindre grad over opptaksområder med henholdsvis en variasjonskoeffisient på 15 og 13% i 2019.

Tabell 48 Gjennomsnittlige rate per 100 000 mellom 0-19 år over opptaksområder, standardavvik og variasjonskoeffisient

	Snitt rate (std)	CV
Antall individer i BUP	5411 (1024)	19 %
Antall individer innlagt døgn	212 (97)	46 %
Liggedøgn	7789 (3602)	46 %

Det er langt større variasjon i bruk av døgnopphold og liggedøgn per innbygger. Denne variasjonen er også forholdsvis stabil og indikerer således en ulik tilnærming til døgnbehandling. Figur 10 viser variasjonen i døgnbehandling over opptaksområder for perioden 2016-2019 og illustrer ulik tilnærming til behandling i BUP, og forskjeller i kapasitet. I fremstillingen er oppholdsdøgn for pasienter bosatt i Oslo inkludert hjemmesykehus, slik at fremstillingen i uttrykker varighet av høyintensiv behandling.

Figur 10 Antall pasienter innlagt til døgntilrettelagt BUP og liggedøgn i perioden 2016-2019 per 100 000 innbygger 0-17 år (gjennomsnitt av årene)



I hvilken grad pasienter blir innlagt med varige og medfødte tilstander og omfanget av døgntilrettelagte BUP og døgntilrettelagte liggedøgn varierer også over opptaksområder i Norge (hhv. 76% og 83%), og det er særlig områdene i Nordland, Finnmark og Helgeland, samt Oslo og Akershus som har et betydelig høyere forbruk av liggedøgn. Det er en klar positiv sammenheng ($r= 0.7$) mellom samlet døgntilrettelagt BUP og døgntilrettelagt liggedøgn for pasienter med medfødte og varige tilstander.

4.2.3. Sped- og småbarn

Sped- og småbarn fra 0-5 år er en pasientgruppe som i dag har stor variasjon i tilbud mellom helseregionene. Utgangspunktet er at sped- og småbarns problemer må forstås innenfor en omsorgs- og samspillramme som endres over tid. Tidlig hjelp til barnas familier er derfor svært viktig.⁸⁶ NPR-tall fra 2016-2017 viser at andel barn i psykisk helsevern for barn og unge i alderen 0-3 år per helseforetak har en variasjon fra -63 til 103% av landsgjennomsnitt. Det kan skyldes flere forhold, som ulik organisering av barnehabilitering, at det kommunale tilbudet er ulikt utbygget og at tjenesten selv har ulikt tjenestetilbud eller registreringspraksis. Variasjonen i bruk og innhold i tilbudet

⁸⁶ <https://www.r-bup.no/no/maalgrupper/sped-og-smaabarn>

rettet mot sped- og småbarn viser at det fortsatt er behov for videre kunnskapsutvikling innen fagområdet.

4.2.4. Inkludering og utenforskap

OECD har påpekt at Norge bør gjøre mer for å redusere andelen unge under 30 år som ikke har arbeid eller er under utdanning.⁸⁷ Andelen unge på uføretrygd i Norge er den høyeste i OECD. Unge uten fullført videregående opplæring har større sannsynlighet for å motta en form for stønad, og for å motta stønad i en lengre periode. De mest sårbare mottar sosialstønad, har psykiske helseproblemer, lite arbeidserfaring og behov for mer samordnet hjelp. Erfaringer fra IPS (Individual Placement and Support/Individuell jobbstøtte) viser at også personer med alvorlig psykisk lidelse kan mestre jobb og skolegang med riktig støtte. Enkelte helseforetak tilbyr jobbstøtte også til unge, eks. Diakonhjemmet.⁸⁸ Etter mal fra FACT for voksne, er det nylig etablert flere piloter på en tilpasset modell for unge mellom 12-24, FACT-ung.⁸⁹ Det kan bidra til at flere klarer å opprettholde funksjon over lengre perioder og vil bidra til å redusere risiko for utenforskap.

4.2.5. Barn i barnevernet

I 2019 fikk nesten 55 000 barn og unge under 23 år hjelp fra barnevernet.⁹⁰ Det er omtrent samme størrelse som psykisk helsevern for barn og unge. Her mangler gode nasjonale tall for å vite hvor stor andel av barn og unge i barnevernet som samtidig har et tilbud i BUP.

Bufdirs statistikk for 2019 viser at for 61% av barn og unge ble det gitt hjelpetiltak i hjemmet. Nesten 15 000 barn og unge hadde plassering utenfor hjemmet i 2019. De fleste i fosterhjem (73%), i egen bolig med oppfølging (19%) eller i barnevernsinstitusjon (8%).⁹¹ Kayed m. fl. sin rapport om psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner viste at 76% av institusjonsbeboerne fyller kriteriene for en eller flere psykisk lidelse(r), mens bare 38% hadde fått hjelp fra psykisk helsevern de siste tre månedene.⁹² Det er også indikasjon på at ungdom i barnevernsinstitusjonene har høyere forekomst av psykisk lidelse enn ungdom for øvrig, høy grad av komorbiditet og at nesten 28% hadde tidligere innleggelse i psykisk helsevern for barn og unge.⁹³ De mest utbredte lidelsene var depresjon (37%), angst (34%), ADHD (32%) og aspergers

⁸⁷ OECD *Investing in Youth: Norway* 5. April 2018

⁸⁸ <https://diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern-og-rus/barne-og-ungdomspsykiatrisk-poliklinikk#gruppeterapi>

⁸⁹ <https://www.napha.no/content/24269/Oppsokende-FACT-team-for-unge-i-gang>

⁹⁰ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/

⁹¹ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Oppsummert_status_i_tall_for_barnevernet/

⁹² <https://bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002834>

⁹³ https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e

syndrom (23%). 19% hadde alvorlig atferdsforstyrrelse (CD) og 21% reaktiv tilknytningsforstyrrelse.

Barn og unge i barnevernet har hatt økt fokus de senere år, og ulike tiltak er iverksatt. Det er innført lokale samarbeidsavtaler mellom BUP og barnevern, regionale avtaler mellom de regionale helseforetakene og Bufetat, fellesinstitusjoner for BUP/barnevern, barnevernsansvarlig i BUP og det er prøvd ut andre strukturer som felles akuttinntak og stillasbyggerne. Helsedirektoratet og Bufdir har også utarbeidet et pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus for barn og unge i barnevernet.⁹⁴ Likevel er det mye som gjenstår, jf. Barneombudets nyeste rapport *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*.⁹⁵

Barne- og familiedepartementet har nylig fremmet forslag om å endre barnevernloven. Høringsforslaget innstiller på at det skal utføres tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Formålet er økt kunnskap om barnets behov, som skal gi bedre grunnlag for forsvarlig omsorg og oppfølging. Kartleggingen forutsetter at særlig spesialisthelsetjenesten bidrar med nødvendig kompetanse og ressurser for å kartlegge psykisk og somatisk helse, inkl. tannhelse. Forslaget forplikter dermed både kommunene og spesialisthelsetjenesten til å avsette kompetanse og ressurser til både kartlegging og videre oppfølging og behandling.⁹⁶

4.2.6. Barn og unge med rusmiddelproblemer, ruslidelser og avhengighetsproblematikk

Statistikk fra Bufetat viser at barn og unges rusbruk sjelden er hovedårsak til tiltak i barnevernet. Det tyder på at det er andre risikofaktorer enn rusbruk hos barn og unge som utløser hjelpetiltak fra barnevernet, Bufetat eller PHBU, eks. foreldre som ruser seg, atferdsvansker osv. Barn og unge med samtidige psykiske lidelser og ruslidelse vil henvises til PHBU for behandling av den psykiske lidelsen. Det er først og fremst ungdom på 17 år som er å finne i TSB, og antallet er lavt.

Unge under 18 år henvises i liten grad til TSB og barn og unge med rusproblemer fanges derfor oftest opp av utekontakten, politi, barnevern og lavterskeltiltak i kommunen. Så lenge det er Bufetat som følger opp, er det også her behov for en avklaring av hvilken etat som skal tilby hjelp til barn og unge med rusproblemer. Polikliniske opphold hvor rusrelatert diagnose er stilt som hoveddiagnose eller bidiagnose er svært lavfrekvent i PHBU.

En annen gruppe med avhengighetsproblematikk er unge med spillavhengighet. Selv om det foreløpig er en forholdsvis liten gruppe, kan avhengighetsproblematikken ha store

⁹⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/barnevern-kartlegging-og-utredning-av-psykisk-helse-og-rus-hos-barn-og-unge>

⁹⁵ <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>

⁹⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-tverrfaglig-helsekartlegging-av-barn-i-barnevernet/id2819979/?expand=horingsbrev>

konsekvenser for fungering i familien, sosialt og i skole/utdanning. Kompetansen bygges i dag opp i TSB. Det er lite forskjell på å behandle en 15-åring og en 18-åring. Her er det en mulighet for at TSB kan utvide ansvarsområdet ned til 15 år.

4.3. Alminnelig og utbredte psykiske lidelser hos voksne

Angst- og depresjonslidelser er, sammen med ruslidelser, utbredt i befolkningen og har betydelige konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. Grunnet helsetapet og den høye forekomsten, er angst og depresjon på 8. og 9. plass over sykdommer som gir størst sykdomsbyrde. Alminnelige og utbredte psykiske lidelser som angst (fobi, angst og OCD) og depresjon er den største pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. Pasienter med angst og depresjon utgjorde 34% av pasientpopulasjonen i 2019 over 18 år (75 000 individer). I perioden 2016 til 2019 var 181 000 pasienter til behandling for angst og depresjon (inkl. avtalespesialister) i spesialisthelsetjenesten. Pasientene mottar ofte behandling over kalenderår og i perioden 2018-2019 hadde pasienter med angst og depresjon om lag 14,6 polikliniske opphold per pasient. Det samlede polikliniske volumet for denne pasientgruppen er i underkant av 800 000 per år.

OCD (tvangslidelse) er en relativt liten undergruppe av angstlidelser, som årlig utgjør i underkant av 4 000 individer. Pasientene følges ofte opp over flere år og i en fireårsperiode er populasjonen på 8 000 individer. Gjennom denne perioden har pasientene om lag 19 polikliniske opphold per individ. Utviklingen av 4-dagers behandlingen har vist svært gode resultater, men krever en betydelig høyere ressursinnsats over kortere tid (omregnet til det dobbelte av gjennomsnittlig antall polikliniske opphold per individ). Dersom behandling skal tilbys bredspektret blir det nødvendig å justere kapasiteten.

Pasienter med tilpasningsforstyrrelser og komplekse belastningslidelser (e.g. PTSD, dissosiasjonslidelser) er en større pasientgruppe i spesialisthelsetjenesten som i 2019 utgjorde ca. 40 000 individer. Tabell 49 viser utviklingen for pasienter over 18 år med alminnelige og utbredte tilstander i poliklinikk.

Tabell 49 Utvikling av alminnelige og utbredte tilstander i spesialisthelsetjenesten 2016-2019

	Antall individer						Rate per 100 000 over 19 år					
	Depresjon	Fobi	Angst	OCD	Tilpasningsforstyrrelse	Kompleks belastning	Depresjon	Fobi	Angst	OCD	Tilpasningsforstyrrelse	Kompleks belastning
2016	44 465	8 519	18 496	3 187	31 899	3 352	1 125	215	468	81	807	85
2017	45 171	9 114	19 806	3 503	33 744	4 364	1 131	228	496	88	845	109
2018	43 998	9 087	19 666	3 535	34 223	3 953	1 090	225	487	88	848	98
2019	44 057	9 336	19 878	3 776	35 742	3 650	1 082	229	488	93	878	90
Snitt årlig endring							-1 %	2 %	1 %	5 %	3 %	2 %

Avtalespesialister innen psykisk helsevern står for en viktig del av behandlingen som tilbys pasienter med angst og depresjon. Tabell 50 viser antall pasienter og volum av behandling ved henholdsvis offentlig behandling og hos avtalespesialist. Over en fireårsperiode mottar pasientene ved avtalespesialist 40% flere polikliniske opphold.

Tabell 50 Pasienter med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse i poliklinisk behandling i perioden 2016-2019 ved offentlig og avtalespesialist.

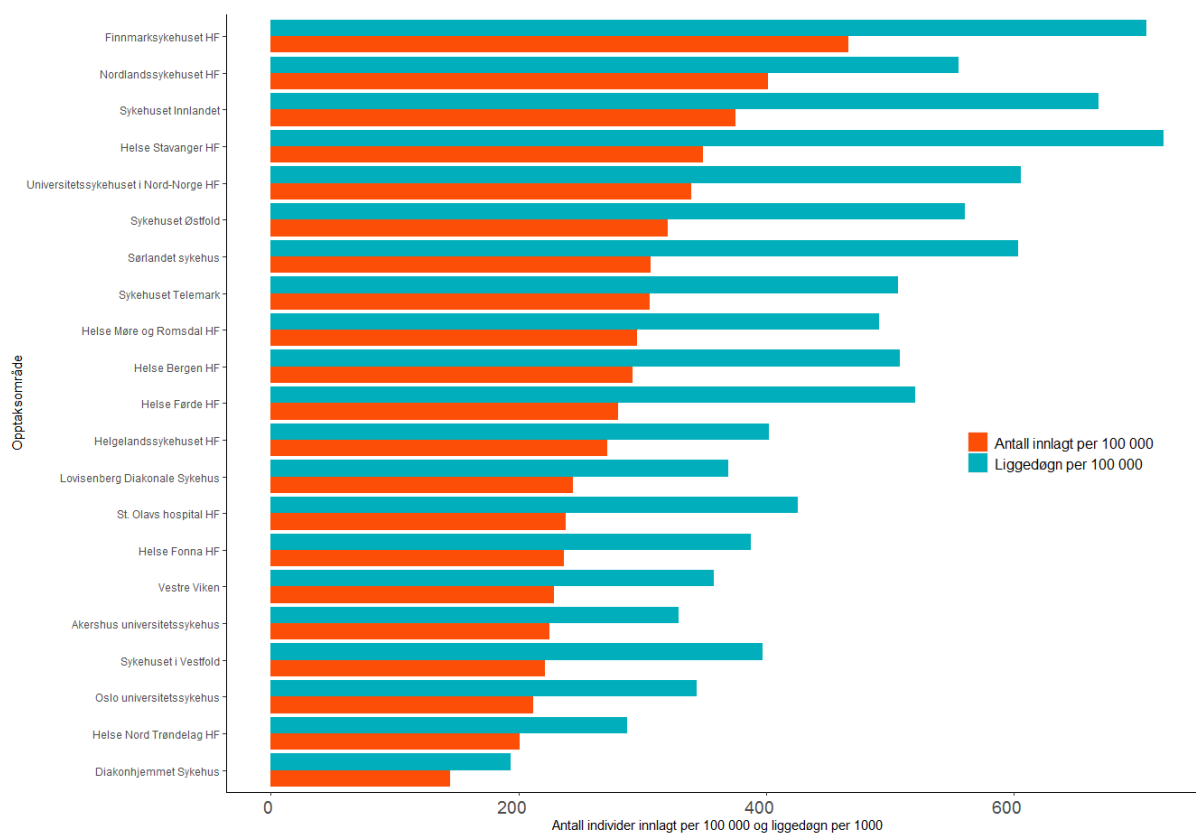
	Individer	Polikliniske opphold	Opphold per individ
Offentlig	174 578	2 953 882	16,9
Avtalespesialist	72 790	1 745 793	24,0
Total	233 631	4 699 675	20,1

I henhold til Helsedirektoratets prioriteringsveileder for psykisk helsevern, skal pasienter med milde og moderate tilstander følges opp av primærhelsetjenesten. Basert på tall fra NPR og KPR, utgjør pasienter med milde tilstander, uspesifiserte lidelser og symptomlidelser uten omfattende tjenester fra kommunen rundt 8% av pasientvolumet i psykisk helsevern og TSB. Det er i overkant av 20 000 individer, med estimert volum på nærmere 200 000 polikliniske opphold per år. Variasjonen i spesialisthelsetjenestens oppfølging av alminnelig og utbredte lidelser indikerer samtidig et potensial for optimalisering av forløp i spesialisthelsetjenesten. En tydeligere oppgavedeling og optimalisering av behandlingsforløp vil kunne bidra til å bredde tilbud som 4-dagersbehandling for OCD i spesialisthelsetjenesten.

4.3.1. Ulik behandlingspraksis ved utbredte og allmenne tilstander

En relativt liten andel av denne pasientgruppen blir innlagt til døgnbehandling (10%). For den utvidete gruppen av utbredte og alminnelig tilstander (inkl. OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse) er det moderat variasjon i liggedøgnsforbruk over opptaksområder i 2019 (CV = 29%) og området med høyest forbruk er tre ganger så høyt som område med lavest forbruk. Oversikt over bruk over opptaksområder er å finne i figur 11. Det er av interesse at pasienter bosatt i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus har et betydelig annet døgnforbruk ved disse tilstandene, enn pasienter bosatt i for eksempel Diakonhjemmet sitt opptaksområde. Disse forskjellene indikerer ulik tilnærming til behandling og ulik kapasitet, og representerer en utfordring for likeverdige helsetjenester.

Figur 11 Antall individer til døgnbehandling og liggedøgn per 100 000 innbygger over 19 år med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse.



4.4. Alvorlig psykisk lidelse

Alvorlig psykisk lidelse viser til diagnosegruppene psykoselidelser (F2) og bipolar lidelse (F30-31). Alvorlige psykiske lidelse utvikles ofte fra slutten av tenårene og begynnelsen av tjuårene. Forekomsten er stabil over tid. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse vil ofte ha behov for flere samtidige tjenester som involverer medikamentell behandling, poliklinisk oppfølging, oppsøkende tjenester og periodevis døgnbehandling. Alvorlig psykisk lidelse er samtidig en heterogen gruppe tilstander, der sykdommens innvirkning på pasientens liv og funksjon varierer både mellom pasienter og gjennom pasientens liv. Målet med behandlingen er reduksjon i symptomer og gjenoppretting av ervervet funksjonsnivå. Mange trenger støtte for å gjenopprette funksjonsnivået. Det omfatter praktisk støtte til å gjenoppta studier/arbeid, hverdagslig fungering eller botrening. Andre vil igjen ha behov for langvarige kompensierende tiltak for å forbedre bo- og funksjonsevne. Tilbudet vil for mange inkludere økonomisk bistand. Kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og NAV er sentrale aktører i et langvarig behandlingsforløp med psykososial rehabilitering, muligheter for bostøtte og økonomisk hjelp. Personer med alvorlig psykisk lidelse har en kortere forventet levetid enn gjennomsnittet i den norske befolkningen.

Om lag 24 000 pasienter med alvorlig psykisk lidelse som hoveddiagnose har en eller flere kontakter i spesialisthelsetjenesten årlig. I 2019 var det i overkant av 5000 nye pasienter med alvorlig psykisk lidelse.⁹⁷ Det er lav variasjon per 100 000 innbygger over 19 år over opptaksområder for antall pasienter med alvorlig psykisk lidelse som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten (CV = 19%). Cirka 35% av pasientene med alvorlig psykisk lidelse har minst en døgninnleggelse per år og korrigert for innbyggere er personer med alvorlig psykisk lidelse som mottar døgnbehandling svært stabil over tid. Den primære døgnbehandling gis i psykisk helsevern voksen (VOP). Pasienter med alvorlig psykisk lidelse utgjør 30% av pasienter som mottar døgnbehandling i VOP, og om lag 40% av liggedøgnene.

I gjennomsnitt har pasientgruppen 20,2 polikliniske kontakter per år, noe som er 57% mer enn gjennomsnittet i VOP. Det er samtidig betydelig variasjon i hvor stor grad pasienter med alvorlig psykisk lidelse får polikliniske oppfølging per 100 000 innbygger over opptaksområder i Norge (CV = 52%). Det er registrert oppsøkende polikliniske behandling med et snitt på 24% over opptaksområder (fra 9-38%), og volumet pasientene får av oppsøkende behandling har en variasjonskoeffisient på 87% over opptaksområder per 100 000 innbygger over 19 år. Ut fra den registrerte aktiviteten er det fremdeles et betydelig potensial i den polikliniske oppfølgingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Organisering, innretting og innhold i både spesialist- og primærhelsetjenesten til pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer i Norge. Pasientene bosted virker inn på hva slags helsetjenestetilbud som gis, dvs. i hvilken grad pasientene mottar oppsøkende tjenester, aktiviseringstilbud, hvor lange sykehusoppholdene er, og i hvilken grad det er sannsynlig å bli reinnlagt på sykehus før det er gått 30 dager. Pasienter bosatt i opptaksområder med lav gjennomsnittlig oppholdstid har større sannsynlighet for å nye innleggelser og det er mindre variasjon i liggedøgn per individ over en ett-års periode. Dersom man ser over flere år, reduseres variasjonen ytterligere (se tabell 17 for illustrasjon).

Dette viser at pasientgrupper med kroniske lidelser og fluktuerende funksjonsnivå over tid, bør analyseres over flere år. Dersom man for eksempel ser på opptaksområde 12 og 16 er det svært forskjellig tilnærming til snitt oppholdstid. Akkumulert over en 4 årsperiode er differansen mellom antall opphold per pasient nærmere dobbelt for opptaksområde 16 og antall liggedøgn er nesten utjevnet. Muligheten til å tilby lengre døgnopphold er kapasitetsdefinerende all den tid ikke alle pasienter over en 4 års periode blir innlagt med faste og regelmessige intervaller (i.e. likt antall pasienter per dag i 4 år).

⁹⁷ Nye pasienter er definert som at de ikke registrert kontakt i NPR, 2016-2018.

Tabell 51 Oppholdstid, opphold per pasient, liggedøgn per pasient for pasienter med alvorlig psykisk lidelse over opptaksområder, ett år, to år og fire år

Opptaksområde	Ett år			To år			Fire år		
	Oppholdstid	Opphold per pasient	Liggedøgn per individ	Oppholdstid	Opphold per pasient	Liggedøgn per individ	Oppholdstid	Opphold per pasient	Liggedøgn per individ
1	25,8	1,9	49,6	27,0	2,4	64,3	27,5	3,0	82,4
2	34,5	1,8	62,3	29,8	2,4	70,1	34,4	2,8	95,8
3	24,5	2,0	49,1	23,9	2,6	61,0	22,6	3,2	73,1
4	19,4	2,7	52,6	20,1	3,6	71,4	20,6	4,6	94,9
5	18,9	2,3	43,4	18,1	3,3	59,4	18,4	4,6	84,2
6	14,1	3,0	42,2	14,8	4,1	60,8	15,1	5,5	83,2
7	24,8	2,8	68,7	23,8	3,4	82,2	22,5	4,0	91,2
8	19,5	2,2	43,2	20,4	2,6	53,0	22,9	3,2	74,4
9	15,4	2,7	42,1	16,7	3,2	54,0	18,7	4,1	77,3
10	19,7	3,0	58,7	19,1	4,0	76,5	19,6	5,1	99,3
11	30,3	1,9	58,7	27,4	2,6	72,0	27,8	3,3	93,1
12	31,0	1,8	56,0	29,7	2,3	68,2	29,9	2,8	83,0
13	24,5	1,7	41,3	25,8	2,1	53,7	23,5	2,6	61,9
14	33,0	2,0	67,1	31,3	2,7	83,1	34,3	3,2	108,5
15	25,4	2,0	51,7	26,0	2,6	68,0	27,0	3,2	87,1
16	17,5	2,6	44,6	17,9	3,3	59,8	18,3	4,4	80,4
17	19,2	2,6	49,5	20,0	3,4	68,7	20,4	4,5	91,8
18	20,3	2,7	54,5	19,6	3,6	71,2	19,4	4,6	88,9
19	16,1	3,0	48,8	15,5	4,4	68,2	13,8	6,0	82,7
20	23,0	2,4	54,8	23,4	3,1	73,1	24,1	3,7	89,1
21	24,9	2,0	49,9	22,9	2,7	61,5	24,8	3,4	83,7
Gjennomsnitt	22,9	2,3	51,8	22,5	3,1	66,7	23,1	3,9	86,0
Standardavvik	5,6	0,4	7,8	4,8	0,6	8,3	5,4	0,9	9,8
CV	25 %	18 %	15 %	21 %	21 %	12 %	23 %	24 %	11 %

4.4.1. ROP-lidelser

ROP-lidelser (Rus og Psykose) er alvorlige psykiske lidelser med samtidig ruslidelse. Forskning fra andre land indikerer en høy samtidighet (40%) av schizofrenispektrum lidelser og rus- og avhengighetslidelser. På tross av stabil samlet prevalens, synes prevalens av samtidig illegalt rusmiddelbruk å øke.

Pasienter med ROP-lidelser utgjør om lag 4 200 personer, og i overkant 15% av populasjonen med alvorlig psykisk lidelse i Norge (både hoved- og bidiagnose). Det antas en underdiagnostisering av rusrelaterte lidelser ved alvorlig psykisk lidelse. Andelen av ROP-lidelser av totalen er i vekst og økte fra 15,2% i 2016 til 15,7% i 2019. Det kan indikere endringer i pasientproblematikk og/eller endringer i diagnostisk oppmerksomhet.

Tabell 52 Antall personer med alvorlig psykisk lidelse og ROP-lidelser (ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse i samme år) inntil 5 bidiagnoser og rater per 100 000 innbygger over 18 år.

	Alvorlig psykisk lidelse	ROP-lidelse	Total	Rate ROP-lidelse	Rate total
2016	22 570	4 050	26 620	99,1	651,4
2017	23 317	4 235	27 552	102,6	667,6
2018	22 853	4 218	27 071	101,2	649,7
2019	22 825	4 255	27 080	101,2	643,9

Andelen med døgninnleggelse er vesentlig høyere for pasienter med ROP-lidelser, og hele 75% av pasientpopulasjonen har døgnopphold i psykisk helsevern voksen per år. Kombinasjonen av ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse gir økt sannsynlighet for reinnleggelse og andelen med minst en reinnleggelse var 38%, mot 20% for pasienter med alvorlig psykisk lidelse uten rus som komorbiditet. Oppholdstiden er noe kortere, men ikke tilstrekkelig til å skulle forklare den store forskjellen i reinnleggesrate.

Tabell 53 Antall personer og aktivitetsparametere for pasienter innlagt til døgnbehandling i psykisk helsevern voksen med alvorlig psykisk lidelse som primærdiagnose og ROP-lidelse i 2018/2019

	Antall individer	Antall døgnopphold	Liggedøgn	Døgnopphold per individ	Liggedøgn per individ	Snitt oppholdstid
Alvorlig psykisk lidelse	9 757	37 755	783 059	3,9	80,3	20,7
ROP-lidelse	2 333	11 791	239 314	5,1	102,6	20,3

Alvorlig psykisk lidelse (F2, F30 og F31) som avgrensede for ROP-lidelser vil sannsynlig underestimere pasientpopulasjonen med alvorlig dobbeltdiagnoseproblematikk. Den største utfordringen er likevel at rusrelaterte diagnoser er underdiagnostisert.

4.4.2. Sikkerhetspsykiatri

Det er etablert egne sikkerhetspsykiatriske enheter i spesialisthelsetjenesten som har ansvar for pasienter med særskilt høy voldsrisiko og pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Sikkerhetspsykiatri skiller seg fra annen behandling ved at inntak av pasienter ikke alene hviler på faglige vurderinger og prioriteringer, men som følge av dom og kjennelse fra justissektoren. Mulige endringer innen justissektoren fører til ekstra usikkerhet i dimensjonering av tjenestetilbudet. Det sikkerhetspsykiatriske tilbudets volum og behov henger nøye sammen med antall:

- Som dømmes til overføring til tvungent psykisk helsevern (straffeloven § 62)
- Kjennelser om varetektssurrogat i psykisk helsevern (straffeprosessloven § 188)
- På judisiell døgnobservasjon i psykisk helsevern (straffeprosessloven § 167)

Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har økt de siste 10 årene. I 2010 var det 22 nye dommer, i 2019 var dette tallet økt til 40. Totalt er det 250 dømte i behandling i spesialisthelsetjenesten i 2019. Dømte la beslag på nesten halvparten av alle døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien i 2019, også grunnet langvarig behandling. Dersom trenden vedvarer de neste ti årene, vil antallet domfelte i psykisk helsevern utgjøre 500-600 personer. Det foreligger per i dag bare planer om å øke døgnkapasiteten med 5 plasser på nasjonalt nivå. En slik økning vil gi totalt 225 plasser. Det er flere usikkerhetsmomenter knyttet til fremtidig behov for døgnkapasitet i sikkerhetspsykiatrien. Eksempelvis mulige etableringer av andre tilbud med høy bemanning og egnede bygg, lovendringer og demografiske endringer. Det er i dag ikke etablert egne sikkerhetsplasser for pasienter under 18 år. SIFER-nettverket skal utrede omfanget av barn og ungdom med psykisk sykdom og høy voldsrisiko.

Seneste statusrapport fra SIFER-nettverket «*Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport*» fra september 2020, slår fast at den samtidige reduksjonen i døgnkapasitet i psykisk helsevern har sammenfalt med et økt behov for sikkerhetspsykiatrisk kapasitet. Endringer i straffeprosessloven § 188 og § 167 har gitt økt bruk av varetektssurrogat, judisielle observasjoner og dom på overføring til tvunget psykisk helsevern med døgnopphold, jf. straffeprosesslovens § 67.

I perioden 1990 til 2019 har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet totalt sett blitt redusert fra 7745 til 3649. Antall plasser i sikkerhetspsykiatrien har vært relativt stabilt på litt over 4 plasser per 100.000 innbyggere siden 2008. Det var i 2019 42 regionale og 178 lokale døgnplasser, til sammen 220 døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien. Det foreligger ingen nyere anbefalinger på nødvendig kapasitet i sikkerhetspsykiatrien. I 1980 kom Robak-utvalgets anbefaling og i 1999 kom Gunby-utvalgets anbefaling – begge anbefalte 5-6 sikkerhetspsykiatriske døgnplasser per 100 000. Nye lovendringer vil påvirke behovsvurderingene.

Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet, opptar sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som er eneste aktuelle tilbud til pasienter med høyt sykdomstrykk og voldsproblematikk. I konsekvens reduseres behandlingsskapasiteten for andre pasienter som klinisk sett har større behov for en døgnplass for behandling av sin psykiske lidelse. Fortsetter trenden i antall dømte til psykisk helsevern, må det etableres nye behandlingstilbud for å sikre pasienter med høy voldsrisiko adekvat oppfølging og behandling.

4.5. Øyeblikkelig hjelp

Akuttkjeden består av kommunale helsetjenester som legevakt, fastleger, AMK, ambulanse, og sykehusenheter. I sykehuset kan både polikliniske konsultasjoner og døgnbehandling inngå i akuttkjeden. Det polikliniske behandlingstilbudet omfatter ambulans akuttteam og polikliniske kontakter. Årlig gjennomføres om lag 55 000 konsultasjoner med øyeblikkelig hjelp innen psykisk helsevern og TSB.

Akutthenvendelser til sykehuset kommer fra fastlege, legevakt, kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og andre helsetjenester. Det er om lag 45 000 innleggelser til øyeblikkelig hjelp innen PHV og TSB per år, fordelt på i underkant av 22 000 pasienter, hvor antall opphold og personer er stigende per innbygger i perioden 2016-2019. Snitt oppholdstid er redusert fra 13,4 dager i 2016 til 13,0 dager i 2019, noe som utgjør en reduksjon på 3,1% i perioden. Tabell 54 viser en fordeling over aktivitet for innleggelser til øyeblikkelig hjelp over opptaksområder. Det er relativt stor variasjon i antall opphold (CV = 29%) og liggedøgn (CV = 30%), mens det er mindre variasjon i andelen personer som blir innlagt til øyeblikkelig hjelp i befolkningen (CV=17%).

Tabell 54 Antall og rater per 100 000 innbygger 2019 - opphold, personer og liggedøgn øyeblikkelig hjelp innleggelse

Opptaksområde	Antall opphold, individer og liggedøgn			Rater per 100 000		
	Opphold	Individer	Liggedøgn	Opphold	Individer	Liggedøgn
Akershus universitetssykehus	3 678	1 954	42 343	645	343	7 429
Helse Stavanger	5 439	1 927	74 951	1 482	525	20 420
Sykehuset Innlandet	2 860	1 507	43 361	845	445	12 805
Lovisenberg Diakonale sykehus	1 371	831	18 757	885	536	12 107
Nordlandssykehuset	1 099	657	13 101	790	472	9 419
Oslo universitetssykehus	1 230	836	16 288	448	305	5 936
Sykehuset Østfold	3 395	1 447	42 641	1 079	460	13 551
Sørlandet sykehus	3 494	1 437	46 292	1 145	471	15 166
St. Olavs Hospital	3 052	1 428	33 116	966	452	10 486
Sykehuset Telemark	1 759	779	20 564	1 015	449	11 865
Universitetssykehuset i Nord-Norge	2 052	911	26 828	1 063	472	13 899
Diakonhjemmet Sykehus	601	405	8 388	424	286	5 915
Sykehuset i Vestfold	1 814	795	22 225	742	325	9 094
Vestre Viken	2 946	1 499	51 753	607	309	10 670
Helgelandssykehuset	478	311	6 675	609	396	8 506
Helse Bergen	4 092	1 840	53 651	906	407	11 877
Finnmarkssykehuset	547	320	8 399	721	422	11 071
Helse Fonna	1 890	743	20 602	1 042	410	11 357
Helse Førde	850	389	11 646	783	358	10 722
Helse Nord Trøndelag	940	585	9 468	627	390	6 320
Helse Møre og Romsdal	2 285	1 229	25 647	862	464	9 679

Det er relativt liten variasjon over opptaksområder i antall pasienter som blir akuttinnlagt, men antall opphold per pasient og liggedøgnsforbruk varierer.

Variasjonen er mindre mellom opptaksområdene for innleggelser av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og utviklingsforstyrrelse, mens det er større variasjon for andre diagnosegrupper. Over halvparten (54%) av pasientpopulasjonen som trenger akuttinnleggelser har vedtaksbaserte kommunale tjenester, og for hovedandelen (60%) gjelder dette også ved innleggelse. Den store andelen av pasienter med etablerte kommunale tjenester indikerer at både bedre forebyggende oppfølging og gode behandlingsplaner på tvers av nivåer kan forebygge innleggelser i akuttkjeden.

Om lag 60% av innleggelsene til øyeblikkelig hjelp er henvist til frivillig psykisk helsevern i perioden 2016-2019 (mangler henvisningsinformasjon på om lag 10-14% av

oppholdene per år). Det var en økning i andel innlagt til frivillig psykisk helsevern fra 2016 til 2018, men som så er gått litt ned igjen. Det er i perioden en svak nedgang i antall formaliteter per pasient (-1% fra 1,16 formaliteter per pasient til 1,15 formaliteter per pasient (e.g. først henvist frivillig, så tvang)). Det er samtidig en svak vekst i antall opphold per pasient fra 2,07 i 2016 til 2,11 i 2019 (vekst på 2%). Antall innleggelser til øyeblikkelig hjelp per 100 000 innbygger øker fra en rate på 819 i 2016 til 865 i 2019 per 100 000 innbygger (vekst på 5,6

Om lag 55% av liggedøgnene til øyeblikkelig hjelp brukes av pasienter som er henvist til en eller annen form for tvang. Av opphold med registrert henvisningsformalitet var det i 2016 281 000 liggedøgn for pasienter henvist til en eller annen form for tvang, mens det i 2019 var 316 000 liggedøgn. Dette utgjør en vekst på 12% over en fireårs periode. Det totale liggedøgnforbruket i tjenesteområdene er i samme tidsperiode redusert med 5%. Veksten i antall liggedøgn for øyeblikkelig hjelp og reduksjonen i totale liggedøgn, viser at det er gjennomført en omstilling med en samlet reduksjon av liggedøgn, samtidig som det er gjort en forskyvning av kapasitet til øyeblikkelig hjelp.

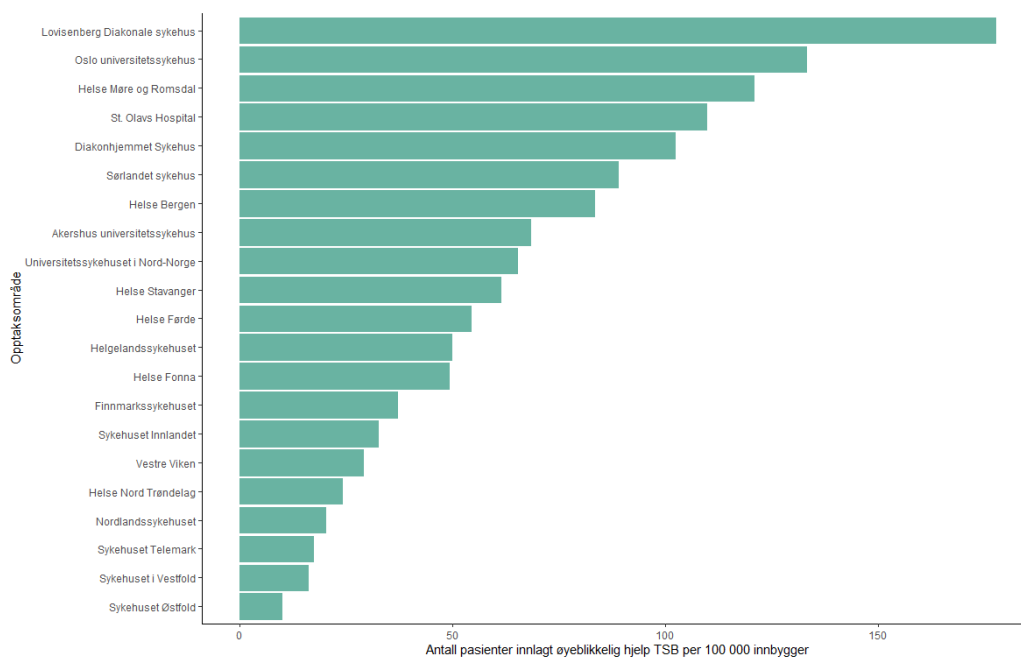
Tabell 55 Liggedøgn i psykisk helsevern og TSB

	Liggedøgn		Rate per 100 000	
	Totalt	Øhjelp	Totalt	Øhjelp
2016	1 844 169	573 146	35 370	10 992
2017	1 793 553	579 716	34 109	11 025
2018	1 769 017	613 360	33 405	11 582
2019	1 749 470	598 552	32 834	11 234
Snitt årlig endring			-2,4 %	0,7 %

Alvorlige psykiske lidelser, depressiv psykose og rusutløst psykose har økt med om lag 6-8% i perioden. Det er i den aktuelle perioden en omstilling i Norge med en reduksjon i totale liggedøgn, samtidig med en forskyvning til økt kapasitet for øyeblikkelig hjelp. Snitt oppholdstid er gått noe ned. Dette skjer parallelt med en økning i mer alvorlig tilstander som blir innlagt, økt antall pasienter henvist til tvang, samt reduksjon i andelen med mild depresjon, uspesifiserte lidelser og andre lidelser.

Pasienter med rus- og avhengighetslidelse bruker mer akutte tjenester og har flere innleggelser enn pasienter uten ruslidelse. Dette gjør at pasienter med ruslidelser har behov for adekvat spesialistkompetanse også i akutfasen. En viktig del av behandlingen er å kartlegge status og problemomfang, beslutning om videre oppfølging/behandling, abstinensbehandling i den akutte fasen og plan for videre abstinensbehandling. Om lag 32% av pasientene som var innlagt til døgnbehandling ved helseforetakene i 2018/2019 var til øyeblikkelig hjelp i TSB. Liggedøgnene utgjorde samtidig kun 10% av liggedøgnene til TSB ved helseforetakene. Dette innebærer at av det totale liggedøgnforbruket i TSB, utgjør liggedøgn til øyeblikkelig hjelp *kun* 4,5%. Til sammenligning utgjør øyeblikkelig liggedøgn i psykisk helsevern voksen i overkant av 50% og i BUP 25%. Videre er det betydelig variasjon i bruk av øyeblikkelig hjelp innen TSB i Norge (se figur 12, CV = 68%).

Figur 12 Antall personer innlagt til øyeblikkelig hjelp per 100 000 innbygger TSB 2019



Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom innleggelsesrate til øyeblikkelig hjelp per innbygger i TSB og innleggelsesrate til øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern for TSB populasjonen over opptaksområder ($r=-0,29$). Dette er en indikasjon på at VOP til en viss grad kompenserer for redusert tilbud i TSB. Samme analyse innen akuttinnleggelsesrate i somatikk viser en nær signifikant positiv korrelasjon ($r=0,41$, $p = 0,06$) og indikerer at pasientpopulasjonen i TSB i områder som har en høy rate innlagte til øyeblikkelig hjelp TSB også har en høy innleggelsesrate i somatikk.

4.6. Alderspsykiatri og tjenester til eldre

Økt overlevelse og friskere aldring gjør at flere av oss blir eldre. Det innebærer at flere lever lenge med kroniske sykdommer, ettervirkninger, funksjonstap og økt bruk av legemidler.⁹⁸ Alderspsykiatriens målgruppe er avgrenset til personer med alvorlig psykisk lidelse som debuterer etter fylte 65 år, personer med demens og betydelige atferdsproblemer og/eller betydelige psykiatriske symptomer (hvor alder er av mindre betydning), de med uavklart demensdiagnose eller mistanke om kognitiv svikt på nevrodegenerativt grunnlag og personer over 65 år med en alvorlig psykiatrisk lidelse fra tidligere, men ingen etablert kontakt i voksenpsykiatrien. Eller når samtidige sykdommer og/eller høy alder gjør alderspsykiatrien hensiktsmessig som behandlingssted.⁹⁹ DPS skal ha et tilbud til andre eldre pasienter, og det er relativt sett få eldre til behandling i psykisk helsevern og TSB. Mens 5,2% av den voksne befolkningen

⁹⁸ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

⁹⁹ <https://www.napha.no/content/14148/Fagfeltet-alderspsykiatri>

er i kontakt med PHV og TSB, er andelen 2% for de over 65 år, og indikasjoner på at andelen er fallende.

Tabell 56 Antall personer og rate per 100 000 innbygger 65 år og eldre i psykisk helsevern og TSB

	Antall individer	Rate per 100 000 innbygger over 65 år
2016	18 573	2 172
2017	18 799	2 149
2018	18 898	2 108
2019	18 158	1 976

Innen psykisk helsevern og TSB får eldre pasienter primært sitt behandlingstilbud fra psykisk helsevern voksne (79%), avtalespesialister (17%) og TSB (8%). De fleste mottar et poliklinisk tilbud (95%), mens tilsammen 22% mottar døgnbehandling.

Eldre får primært behandling for uspesifiserte tilstander (F99, R- og Z-diagnoser), depresjon og organiske lidelser. Mens eldre pasienter utgjør om lag 7% av pasientvolumet i perioden, mottar de kun 3% av volumet av behandling. Dette innebærer både at eldre pasienter i mindre grad får behandling, og at de får mindre behandling enn andre aldersgrupper.

For eldre utgjør alvorlig psykisk lidelse en større gruppe ved døgnbehandling, sammen med depresjon og organiske lidelser. Om lag 42 000 personer mottok døgnbehandling i perioden 2016-2019, noe som utgjør 13% av alle pasienter i døgnbehandling. De eldre pasientene bruker i underkant 635 000 liggedøgn, som tilsvarer 9% av alle liggedøgn i PHV/TSB i samme periode.

4.6.1. Demens

Regjeringens demensplan (2020), slår fast at «*Utredning og behandling av personer med demens som har psykiske tilleggslidelser, det vil si «personer med atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens» (APSD), krever særlig kompetanse. I mange tilfeller vil utredningen derfor foregå i spesialisthelsetjenesten. Videre behandling og oppfølging i kommunen kan da kreve bistand og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.*»¹⁰⁰ Det er her særlig viktig med god samhandling mellom de ulike tjenestenivåene. I følge demensplan 2025, har 84,3% av alle med sykehjems plass demens.¹⁰¹ I 2019 var det 39 466 sykehjemsplasser i Norge.¹⁰² Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har foretatt en kartlegging av demens, knyttet til Regjeringens demensplan 2025.

¹⁰⁰https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

¹⁰¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

¹⁰² <https://www.ssb.no/pleie/>

Kartleggingen viste at det i 2020 er 101 118 personer med demens, mens antallet stiger til 236 789 i 2050.¹⁰³

I perioden 2016-2019 var 26 570 personer i spesialisthelsetjenesten hvor demens var hoveddiagnose (F00-03; G30-31). Om lag 67% av pasienten mottok oppfølging innen somatisk sykehusfunksjoner (snitt på 1,8 kontakter per pasient) og 39% av pasienten fikk oppfølging innen psykisk helsevern voksne (snitt på 5,4 kontakter per pasient). En liten andel av pasienten ble innlagt til døgnbehandling, hvor om lag 17% hadde en innleggelse i somatikk og 9% en innleggelse i psykisk helsevern. Liggedøgn per pasient i perioden 2016-2019 var 5 dager i somatiske sykehusfunksjoner og 30,7 dager i psykisk helsevern.

4.7. Rus- og avhengighetslidelser

Rus- og avhengighetslidelser er en sentral faktor for sykdomsbyrde, funksjonsnivå og livskvalitet. Alkohol er det rusmiddelet som påvirker folkehelsen mest, er direkte årsak til flere sykdommer og skader, og medvirkende årsak til mer enn 60 sykdomsdiagnoser.¹⁰⁴ Det er klare indikasjoner fra FHI¹⁰⁵ og GBD at for få blir fanget opp i behandlingssystemet. Det er estimert at 8% av innleggelser ved somatiske sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol¹⁰⁶ og at alkohol kan være av betydning ved opptil en tredjedel av alle innleggelser i somatiske avdelinger.¹⁰⁷

Fra 2016 til 2019 har antall pasienter med diagnostisert hoveddiagnose innen F1 eller som bidiagnose (inntil fem bi-diagnose) økt korrigert for befolkning med 0,3%.

Tabell 57 Antall personer med rusrelatert hoved- eller bidiagnose 2016-2019 alle tjenesteområder

	Rus hoveddiagnose	Rus bidiagnose	Total	Rate per 100 000 18 år og eldre
2016	33 828	15 062	48 890	1 196
2017	34 599	15 299	49 898	1 209
2018	34 844	15 802	50 646	1 216
2019	35 220	15 568	50 788	1 208
Snitt årlig endring				0,31 %

Rus- og avhengighetslidelser er sannsynlig underdiagnostisert som hoved- og komorbid tilstand. Data fra NPR viser at om lag at 20% av pasientene med alvorlig psykisk lidelse

¹⁰³ https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf

¹⁰⁴ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

¹⁰⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

¹⁰⁶ BMJ Best Practice: Alcohol withdrawal, søkt 09.03.21.

¹⁰⁷ Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Daltveit, J. T., & Tønnesen, H. (2011). Hazardous drinkers in Norwegian hospitals – a cross-sectional study of prevalence and drinking patterns among somatic patients, 21, Norsk Epidemiologi.

har diagnostisert en samtidig rusrelatert lidelse i 2019. Fra internasjonal epidemiologisk forskning er det estimert at andelen er stabil over tid på 40%.¹⁰⁸

I perioden 2016-2019 var det 90 000 personer med diagnostisert ruslidelse i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Uavhengig av om rus var oppgitt som diagnose ved kontaktpunkt, hadde 88% av pasientene kontakt med somatiske sykehusfunksjoner, 55% med TSB, 48% med psykisk helsevern voksne, 3% i kontakt med BUP, under 1% i rehabilitering, 35% i kontakt med avtalespesialist somatikk og 7% avtalespesialist psykiatri og psykologi. Henholdsvis 22 og 25% av pasientene var innlagt i TSB og PHV, mens 64% av pasientene hadde i snitt 3,5 døgnopphold i somatiske sykehusfunksjoner. Det var 712 pasienter som hadde i snitt 3 døgninnleggelseser per individ i BUP, mens 2 908 pasienter hadde i snitt 44 polikliniske opphold per individ i BUP. I BUP er kun 0,15% av alle opphold i 2016-2019 registrert med en ruslidelse (inntil 3 bidiagnoser), slik at rusdiagnosen er stilt parallelt med eller etter oppfølging i BUP.

Hovedandelen av pasienter med hoveddiagnose innen rusrelaterte lidelser var med alkohol. Pasienter i behandling for flere stoffer, opiater og cannabinoider utgjorde 15-20% av populasjonen.

Tabell 58 Diagnostisk fordeling, antall pasienter med rus som hoveddiagnose i 2016-2019 uavhengig av tjenesteområde

	Antall individer	Andel
Alkohol	38 662	54 %
Flere stoffer	14 321	20 %
Opiater	13 294	19 %
Cannabinoider	10 584	15 %
Sedative og hypnotika	7 549	11 %
Andre stimulanter	6 713	9 %
Kokain	909	1 %
Hallusinogener	550	1 %
Tobakk	344	0 %
Flyktige løsmidler	108	0 %
Total	71 265	100 %

Hovedandelen av pasientene med rus hoveddiagnose hadde oppfølging i TSB, mens henholdsvis 38 og 30% av pasienten fikk behandling i somatiske sykehusfunksjoner og psykisk helsevern voksne. Antall pasienter i TSB utgjør årlig rundt 33 000 individer.

¹⁰⁸ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend

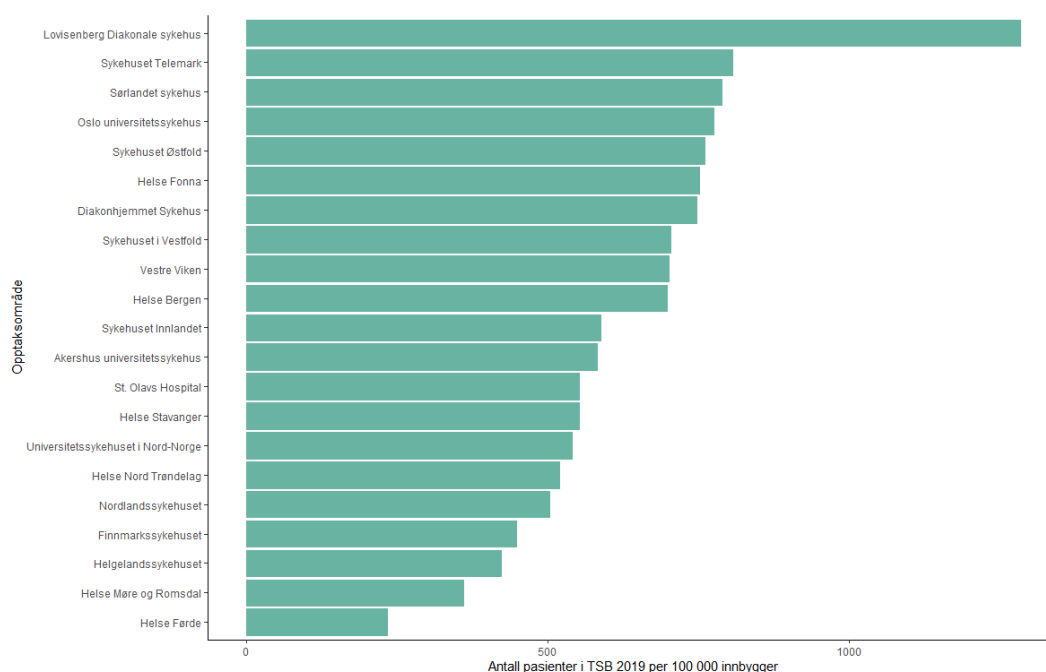
Tabell 59 Pasienter med rusrelatert hoveddiagnose og tjenesteområde i perioden 2016-2019

	Antall individer	Andel
TSB	46 433	65 %
Somatikk	27 292	38 %
VOP	21 152	30 %
Avtalespesialist psykisk helse	1 035	1 %
BUP	321	0 %
Avtalespesialist somatikk	93	0 %
Total	71 265	100 %

En stor andel av pasientene med rusrelaterte lidelser har andre spesifiserte komorbide psykiske lidelser. Av pasienter i behandling med rusrelaterte hoved- eller bidiagnose i 2016-2019 hadde 41% en spesifisert psykisk lidelse utover ruslidelsen, hvor de største gruppene var angst (44%), depresjon (30%) og alvorlig psykisk lidelse (23%).

I hvor stor grad befolkningen i Norge mottar behandling i TSB varierer (CV = 33%) og varierer mer enn hva som er tilfellet for VOP og BUP (CV = 12 og 19%). Årsaken er nok til dels at tilbudet er ulikt utbygd.

Figur 13 Antall pasienter i TSB per 100 000 innbygger etter opptaksområde



Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en betydelig andel av TSB og utgjorde i 2018 og 2019 i underkant av 8 000 personer per år (23% av pasientvolum i TSB 2019, men indikasjon på at andelen er synkende). Om lag en tredjedel av pasientene i LAR mottok også døgnbehandling (62 liggedøgn per individ per år for pasienter som ble innlagt). LAR-behandlingen i Norge følger opp pasienter over et vidt aldersspenn, og

særlig for de eldre aldersgruppene synes det å være en høy andel av estimert prevalens som er i oppfølging.

Pasienter i TSB som ikke er i LAR-oppfølging utgjør i overkant 25 000 pasienter per år og 33 928 over en toårsperiode (noe som betyr at de fleste pasientene krysser årsskifte). De aller fleste går i poliklinisk behandling (94%). Forløpene for de ulike tilstandsgruppene er mellom 13 og 17 kontakter, mens det totalt er 18,6 kontakter per individ.

Tabell 60 Poliklinikk og dagbehandling for pasienter i TSB ekskl. LAR-populasjon 2018-2019

	Antall individer	Pol./dag- behandling	Pol./dag per individ
Alkohol	12 563	211 385	16,8
Cannabinoider	4 804	80 424	16,7
Andre stimulanter	2 297	38 289	16,7
Flere stoffer	3 369	45 137	13,4
Opiater	1 754	23 742	13,5
Sedative og hypnotika	1 616	22 652	14,0
Kokain	403	5 880	14,6
Annen hoveddiagnose	15 017	203 558	13,6
Total	33 928	631 620	18,6

En stor andel av pasientene mottar døgnbehandling (27%). Halvparten av pasientene som mottar døgnbehandling er diagnostisert med alkohollidelse. Andre stimulanter, cannabinoider og flere stoffer utgjør alle om lag 10% av døgnpopulasjonen i TSB. Til sammenligning blir 18% av populasjonen i psykisk helsevern voksen innlagt til døgnbehandling (eksl. avtalespesialister). Tabell 61 viser diagnostisk fordeling for pasienter innlagt til døgnbehandling i 2018 og 2019. Hovedandelen av pasienter med andre diagnoser er manglende registreringer. I snitt har pasienter innlagt til døgnbehandling 2,6 døgnopphold per individ over en toårsperiode med 90,5 liggedøgn per individ (69,2 liggedøgn per individ 2019). Pasienter innlagt med alkoholrelaterte lidelser har en snittalder på 47 år, 7 år eldre enn gjennomsnittsalderen til døgnpopulasjonen i TSB.

Tabell 61 Døgnbehandling for pasienter i TSB 2018-2019 ekskl. LAR-pasienter

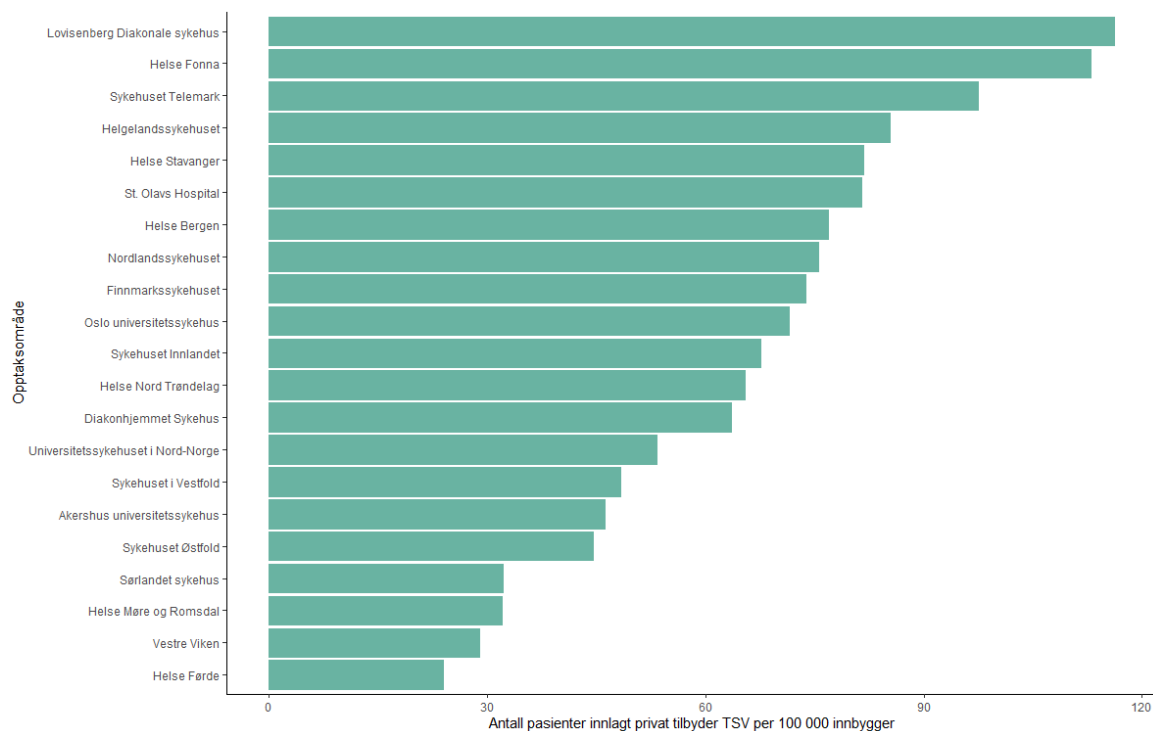
	Antall individer	Døgnopphold per individ	Liggedøgn per individ
Alkohol	5 447	2,4	66,7
Flere stoffer	1 340	1,8	81,5
Cannabinoider	1 294	1,8	86,9
Andre stimulanter	1 155	2,0	90,3
Opiater	893	1,9	49,4
Sedative og hypnotika	830	1,7	58,9
Kokain	136	2,2	94,6
Andre diagnoser	2 094	1,5	73,1
Total	10 478	2,6	90,5

Om lag 62% av liggedøgnene som gjennomføres i TSB er hos privat tilbyder. Det er flere pasienter som mottar behandling i helseforetakene, men varigheten av døgnbehandlingen er betydelig lengre hos de private tilbyderne. Det er ingen klare forskjeller i pasientpopulasjon mellom helseforetak og private tilbydere for pasientenes alder og diagnostisk fordeling (se tabell nedenfor). Private tilbydere har noe høyere andel av andre diagnoser, og færre alkoholrelaterte lidelser. Innen andre diagnoser hos private tilbydere utgjør manglende registrert diagnose 77%, mens det for helseforetakene er 42%. Ved helseforetakene er alvorlig psykisk lidelse og personlighetsforstyrrelse henholdsvis 12 og 10% av pasientene, mens de private ikke har noen andre type tilstander av større volum. Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom befolkningens bruk av private tilbydere og bruk av elektiv døgnbehandling for pasientgruppen i helseforetakene som kan indikere kompensierende tilbud ($r = -0,22$, $p > 0,05$).

Tabell 62 Døgnbehandling TSB ved helseforetak og private tilbydere 2018 og 2019 ekskl. LAR-pasienter

		Antall individer	Alder	Døgnopphold per individ	Liggedøgn per individ	Andel
Helseforetak	Alkohol	3 941	47	2,1	37,3	52 %
	Andre diagnoser	1 102	36	1,2	43,9	15 %
	Flere stoffer	932	31	1,5	47,8	12 %
	Cannabinoider	845	29	1,4	44,8	11 %
	Andre stimulanter	776	35	1,6	46,1	10 %
	Opiater	652	37	1,6	29,9	9 %
	Sedativa og hypnotika	557	37	1,5	33,5	7 %
	Kokain	93	31	1,7	50,2	1 %
	Hallusinogener	5	24	1,2	41,6	0 %
	Total	7 533	41	2,0	47,3	100 %
Privat	Alkohol	2 300	47	2,3	94,1	46 %
	Andre diagnoser	1 040	38	1,7	100,2	21 %
	Cannabinoider	610	30	1,8	122,2	12 %
	Andre stimulanter	537	35	2,0	127,7	11 %
	Flere stoffer	530	31	1,9	122,0	11 %
	Sedativa og hypnotika	355	36	1,7	85,1	7 %
	Opiater	315	36	2,0	78,3	6 %
	Kokain	54	32	2,7	151,6	1 %
	Total	4 998	40	2,3	118,4	100 %

Figur 14 Antall pasienter innlagt privat tilbyder TSB per 100 000 innbygger 2019



Pasienter med rus- og avhengighetslidelse bruker mer akutte tjenester og har flere innleggelser enn pasienter uten ruslidelse. Om lag 32% av pasientene som var innlagt til døgnbehandling ved helseforetakene i 2018/2019 var til øyeblikkelig hjelp i TSB. Liggedøgnene utgjorde samtidig kun 10% av liggedøgnene til TSB ved helseforetakene.

Dette innebærer at av det totale liggedøgnforbruket i TSB, utgjør liggedøgn til øyeblikkelig hjelp 4,5% av de totale liggedøgn i TSB. Til sammenligning utgjør øyeblikkelig liggedøgn i psykisk helsevern voksen i overkant av 50% og i BUP 25%. Det er sannsynlig relevante og viktige forskjeller mellom døgnbehandling i regi av HF versus privat tilbyder. Samtidig er det grunn til å stille spørsmål om vekten av døgntilbud er optimalt fordelt ettersom utbyggingen av TSB er ulikt over opptaksområder i Norge. En sterkere satsning på poliklinikk og grunnleggende basistjenester kan være berettiget.

5. Innholdet i helsetjenestene og noen faktorer i utviklingen av tjenestene

Behandling og oppfølging av, samt tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser har noen klare transdiagnostiske og diagnosespesifikke faktorer. Det grunnleggende målet for behandling er at individet selv skal mestre egen sykdom, gjenopprette funksjon og redusere symptomer. Tilnærminger til å oppnå disse målene er å støtte individene gjennom faser med utvikling og forverringer av sykdom med kunnskap, nye mønstre for forholdet mellom tenkning, følelser og atferd, samt bidra til å korrigere midlertidig eller varig affisert funksjonsnedsettelse. De etablerte tilbudene i dag samles primært rundt utredning og behandling i form av samtaler med varierende hyppighet og varighet, behandling med legemidler, ferdighetstrening, døgninnleggelse, aktivisering, hjemmetjenester og botilbud. Behandlingen skal være kunnskapsbasert (e.g. basert på kjente virksomme faktorer). Det har over de senere år vært en utvikling hvor man i større grad forstår viktigheten av et tidsintensivt behandlingstilbud (behandlingen gjennomføres over en kortere periode, men flere timer per gang), samt en utvikling av behandling og oppfølging gjennom digitale plattformer.

Behandling og oppfølging gjennom poliklinikk og dagbehandling, består i hovedsak av at pasientene deltar i ulike former for profesjonalsert samtale. Den typiske behandlingsserien strekker seg fra 5 til 20 møter med behandler, ukentlig eller annenhver uke, fra 30 – 60 minutters varighet. For alvorlige psykiske lidelser, vil det ofte være behov for flere møter.¹⁰⁹ For enkelte angsttilstander og pasienter med personlighetsforstyrrelser vil et mer tidsintensivt behandlingsopplegg (i.e. dagbehandling) gi bedre og raskere resultater enn tradisjonelle tilnærminger. En pilotstudie ved Sørlandet Sykehus HF viste nylig at 4-dagers metoden for behandling av angst utviklet ved Helse Bergen HF kan innføres i andre settinger med gode resultater.¹¹⁰ For en del pasienter med varige tilstander er poliklinisk oppfølging sentralt for forebygging og tidlig intervensjon ved tegn på forverring. En forsterket oppsøkende polikliniske innsats som ved bruk av ACT og FACT er godt etablert i Norge. En nylig publisert evaluering av de syv første FACT-team i Norge viser til flere positive resultater, som økt brukertilfredshet og 33% reduksjon av liggedøgn over en toårsperiode. Evalueringen kontrollerer ikke for konfunderende faktorer i estimatet på effekt (e.g. snitt oppholdstid, sykkelighet, høy alder, manglende kontrollgruppe). Oversikt fra Helsedirektoratet over etablering av FACT og ACT-team, viser at det per november 2020 er etablert team tilsvarende i overkant av 50% av det estimerte potensialet. I hvilken grad oppsøkende polikliniske behandling er tatt i bruk i Norge varierer

¹⁰⁹ Lincoln et al. (2016). What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions. *European psychiatry*, 38.

¹¹⁰ Launes et al. (2019). The Bergen 4-Day Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Does It Work in a New Clinical Setting? *Frontiers in psychology*, 10.

betydelig, og viser at det sannsynlig fremdeles er potensial – både i form av eksisterende maler og nye pasientgrupper.

For en del av pasientene med psykiske lidelser og/eller rus- og avhengighetslidelser er det i perioder nødvendig med døgninnleggelser. Disse kan være planlagt eller til øyeblikkelig hjelp, og noen pasienter blir innlagt på tvungent psykisk helsevern. For mange pasienter vil det være behov for videreføring, gjeninsetting eller oppstart av medikamentell behandling. Samtidig representerer døgninnleggelser for mange en viktig mulighet til å gjenoppta ervervet funksjonsnivå. Viktige elementer ved døgninnleggelser er at behandlingen søker å korrigere en del av de vanlige funksjonene som rammes ved forverring av alvorlig psykiske lidelser. Dette vil kunne være affiserte primærfunksjoner, tilbaketrekning og isolering, samt reduserte muligheter for livsutfoldelse.

Tilbudet fra primærhelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste består av et bredt tilbud til individer med psykiske plager/lidelser og/eller rusmiddelproblemer og omfatter et spekter av helsetjenester som omfatter fastlege, legevakt, helsestasjon og hjemmetjenester, fysioterapi, kommunepsykologer og skolehelsetjeneste, inkl. psykisk helserådgivere.¹¹¹ Kommunen har også ansvar for forebygging, sosiale tjenester, barnevern og bistand med bolig. I tillegg har mange kommuner et bredt spekter av tilbud og tjenester av betydning for innbyggernes helse, som frisklivssentraler og støttekontaktordning. Oppbygging av kommunale helsetilbud som rask psykisk helsehjelp har hatt god effekt for mange, og da særlig for allmenne og utbredte tilstander som angst og depresjon.¹¹² Kommunene skal både forebygge utvikling av sykdom og samtidig yte helsehjelp til de alvorligst syke. Kommunene bruker store ressurser på bemannede boliger til de med alvorlige og langvarige lidelser. I tillegg har kommunene tilbud til pasienter med større hjelpebehov en rekke søknadsbaserte tjenester som aktivisering (dagaktivitet, støttekontakt), hjelp i hjemmet (praktisk bistand, personlig assistent og helsetjenester i hjemmet) og institusjonsbehandling. Tilbudet fra kommunene et sentralt aspekt i rehabiliteringen og tilfriskningsprosessen for mange individer, og fungerer som en kilde til et meningsfylt og deltagende liv, struktur og trygge boforhold. En svakhet ved aktuelt prosjekt er mangel på data fra lavterskeltilbud i kommunene. Det finnes heller ingen fullgod oversikt over ulike kommunale tilbud. Et videre arbeid gjøres når bedre oversikt kommer på plass. Tabell 63 viser oversikt over tilbudet til pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Fredrikstad kommune.

¹¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

¹¹² <https://www.fhi.no/nyheter/2020/6-av-10-friske-med-rask-psykisk-helsehjelp/>

Tabell 63 Tilbud til innbyggere med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Fredrikstad



5.1. Bedre bruk av teknologi

Bedre bruk av teknologi forventes å virke inn på flere forhold i helsetjenestetilbudet. For det første kan teknologiske løsninger forenkle og effektivisere kommunikasjonen med og mellom helsetjenestene, eks. på dette er Helsenorge-løsningen, tilgang til egen journal, elektronisk meldingsutveksling i løsningen, og elektronisk kommunikasjon mellom enheter. Tilgjengeligheten til helsetjenesten økes, både ved at flere kan gis et adekvat tilbud tidligere, og ved å redusere geografiske hinder. Her har Sykehuset i Vestfold sin eMeistringsmodul for alkoholrelaterte ruslidelser vist at flere tar kontakt på et tidligere tidspunkt for helsehjelp. Andre erfaringer fra eMeistring i Helse Bergen er at hver behandler kan øke antallet pasienter, noe som kan frigjøre ressurser til annen behandling.¹¹³ Beslutningsforum anbefalte i 2019 at terapeutveiledet internettbehandling kunne tas i bruk når det er hensiktsmessig. En kunnskapsoppsummering fra FHI indikerte ikke forskjell i effekt mellom terapeutveiledet internettbehandling og tradisjonell ansikt-ansikt behandling ved angst og angst og depresjon.¹¹⁴ En helseøkonomisk analyse viste ingen forskjeller i kostnad per pasient, men tydet på at terapeutveiledet internettbehandling kan behandle flere pasienter innen samme tid (kvantifisert til om lag 3 mot 1). Det bemerkes at kostnaden til den terapeutveiledet internettbehandling inkluderte lønn, drift av IKT, anskaffelse av it-utstyr og lisenser, mens det i ansikt-ansikt behandling ble inkludert kostnader til lønn (ingen overhead), samt beregnet en effekt på 3,2 konsultasjoner per dag. Det gir en produktivitet per fagårsverk som er høyere enn eksisterende gjennomsnitt, til en kostnad per konsultasjon som er lavere enn standardberegninger. Dette innebærer at de helseøkonomiske analysene sannsynlig underestimerer forskjellene.

¹¹³ <https://nyemetoder.no/metoder/emeistring>

¹¹⁴ <https://www.fhi.no/publ/2018/terapeutveiledet-internettbehandling-ved-psykiske-lidelser--en-fullstendig-/>

Behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser hvor systematiske målinger av effekt av behandling og monitorering av tilstand gjennomføres og brukes har flere positive effekter.^{115 116} For flere alvorlig tilstander har tidlig intervensjon stor betydning på kort og lang sikt.¹¹⁷ For pasienter med kroniske lidelser, kan teknologiske hjelpemiddel bidra til mer brukerinvolvering i egen helse, og brukerstyrt tilgang til helsehjelp, slik som oppfølging av epilepsipasienter i Vestre Viken.¹¹⁸ Dette kan også gi en ny dimensjon for pårørende i oppfølgingen.¹¹⁹

Digitale helsetjenester kan redusere geografiske avstander slik at pasienten kan veksle mellom fysiske og digitale møter etter behov, og ulike internettassistert behandlingsformer gjør at dialogen mellom pasient og behandler kan skje raskere. Avstandsoppfølging og brukerstyrte poliklinikker vil bidra til at pasienter med langvarige tilstander og lidelser i større grad vil kunne få oppfølging over tid, men hvor oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser. Tradisjonelt har oppfølging av kronisk syke pasienter vært sykehusstyrt gjennom faste fysiske møtepunkter på sykehuset, uten at det nødvendigvis er samsvar mellom pasientens reelle behov og tidspunkt for når konsultasjonen settes opp. I enkelte tilfeller kan det være mer hensiktsmessig å tilby tilpassede pasientforløp der pasienten får oppfølging ved behov, i stedet for fastsatte intervaller (PRO-oppfølging). PRO-oppfølging er brukerstyrt oppfølging av pasienter med kronisk lidelse og/eller sykdom er behovsstyrt. Det kan f. eks. gjøres ved at pasienten har tilgang til en nettportal der de besvarer et sett av spørsmål om sin sykdom elektronisk. Svarene som pasienten gir i skjemaet sendes automatisk til sykehuset som har utarbeidet prosedyrer som plukker ut de pasienten som har behov for å kontaktes for videre oppfølging. Pasienter som rapporterer lite plager får ikke innkalling til oppfølging fra sykehuset. Endres sykdomsbildet innen neste planlagte oppfølging, kan pasienten på eget initiativ levere en besvarelse som automatisk vurderes på sykehuset. PRO-oppfølging og brukerstyrt poliklinikk kan bidra til at forverringer blir mer kortvarige. PRO-oppfølging er et viktig supplement til dagens tilbud, og bør være basert på pasientens ønsker og behov.

Digitale helsetjenester bør kunne tilbys på tvers av nivåer. Det er samtidig lite hensiktsmessig å se for seg at hver kommune skal utvikle selvstendige tilbud. Videre arbeid bør se på koordinering av slikt utviklingsarbeid, slik at flest mulig, så fort som mulig, kan ta i bruk eksisterende kunnskap.

¹¹⁵ Scott & Lewis (2015). Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment, Cogn Behav Pract.

¹¹⁶ Lewis et al. (2019). Implementing Measurement-Based Care in Behavioral Health A Review, 76, JAMA Psychiatry.

¹¹⁷ Friis et al. (2016). Early Predictors of Ten-Year Course in First-Episode Psychosis, 67, Psychiatric Services.

¹¹⁸ <https://vestreviken.no/om-oss/nyheter/digital-oppfolging-av-pasienter-sparer-tid-og-gir-et-bedre-tilbud>

¹¹⁹ Romm et al (2020). Remote Care for Caregivers of People With Psychosis: Mixed Methods Pilot Study. JMIR Ment Health, 7.

6. Særskilt om viktig av historiske trender

I en planlegging av framtidig aktivitetsbehov eller kapasitet, er det viktig å se hen til observert utvikling de siste år. Det å kun benytte seg av siste tilgjengelige observasjonsperiode (i.e. siste års tilgjengelige data) kalles naiv framskriving, og vil kunne være statisk og heftet med tilfeldigheter, uteliggere og andre konfunderende faktorer.

Behandling av psykiske lidelser og ruslidelser er i kontinuerlig utvikling. Eksempler på dette er høyintensitetsbehandling og digitaliserte tjenester. For å fange opp utviklingen som skjer i behandling og pasientsammensetning er det nødvendig å ta hensyn til den historiske utviklingen.

Et distinkt problem er dersom det er endringer i pasientpopulasjonen over tid, og særlig dersom de ulike pasientgruppene har ulik kontaktform eller behandlingsbehov i helsetjenesten. Et eksempel er at epidemiologisk kunnskap tilsier at andelen med schizofreni og komorbide rustilstander er stabil, mens andelen som har komorbid illegalt rusmiddelbruk øker. Samtidig vet vi at denne pasientgruppen har andre forløpstyper enn pasienter med schizofreni uten komorbiditet og med alkohol som komorbid tilstand. Det å ikke ta hensyn til endringer i pasientsammensetningen innebærer en risiko for å underestimere aktivitetsbehov, og dermed kapasiteten. Kapasiteten vil være aktivitetsbegrensende dersom aktivitetsbehovet er underestimert.

Følgende eksempel vil forsøke å illustrere problemet. Vi har et tenkt opptaksområde på 100 000 innbyggere som over en 20 års periode vil øke til 150 000 innbyggere. Pasientpopulasjonen består av 3 sykdomsgrupper, med økende alvorlighet og behandling (aktivitetsbehov). Disse 3 sykdomsgruppene har ulik utvikling, slik at de mildeste gruppene har en årlig vekst på 1%, mens den mest alvorlige gruppen (som er den minste i pasientpopulasjonen) har en vekst på 3%. Tabell 64 viser aktivitetsbehovet gitt en naiv framskriving av aktivitet i utgangsåret versus en framskriving som tar høyde for endringer i pasientpopulasjoner over tid. Den årlige endringer er anvendt på syv år i framskrivingsperioden.

Tabell 64 Eksempel på konsekvens av naiv framskriving versus vektet for historiske trender

Sykdomsgruppe	Antall individer	Aktivitet per individ	Total aktivitet	Snitt årlig endring	Naiv framskriving	Framskriving vektet for historisk utvikling	Avvik
Mild	1000	3	3000	1 %	4500	4815	7 %
Moderat	500	5	2500	2 %	3750	4275	14 %
Alvorlig	200	7	1400	3 %	2100	2541	21 %
Total	1700	4,1	6900		10350	11631	12 %

Ved en ren naiv framskriving ville vi definert aktivitetsbehovet til 10 350 kontakter, og dette vil være kapasitetsdefinerende. Ved å ta hensyn til den historiske utviklingen ser vi at det gir et høyere aktivitetsbehov som vil måtte håndteres.

7. Diverse:

7.1. Deltakere i arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen er satt sammen av brukerrepresentant og tillitsvalgt, KS, representanter fra kommuner, Sykehusbygg og fagpersoner fra psykisk helsevern for voksne, barn og unge, og TSB.

Følgende personer har deltatt på ett eller flere møter i perioden fra februar 2020:

Tillitsvalgt

Hanne Indregard Lind – Helse Sør-Øst

Brukerrepresentant

Astrid Grete Gryti – Helse Vest

Sykehusbygg

Lilian Leistad – sykehusbygg

Helse Sør-Øst

Oddvar Sæther – Sørlandet sykehus
 Espen Arnevik – Oslo Universitetssykehus
 Inger Meland Buene – Sykehuset i Vestfold
 Torhild T. Hovdal – Helse Sør-Øst
 Nikolai Møkleby – Helse Sør-Øst RHF
 Christian Thoresen – Helse Sør-Øst RHF

Helse Vest

Ola Jøsendal – Helse Vest RHF
 Signe Gevik – Helse Vest RHF

Helse Midt-Norge

Brit Ingunn Hana – Helse Møre og Romsdal
 Anne Slungard – Helse Nord-Trøndelag
 Kristin Øien Kvam – St. Olavs hospital

Helse Nord

Ruben Sletteng – Universitetssykehuset Nord-Norge
 Kristin Johannesen – Universitetssykehuset Nord-Norge
 Børge Mathiassen – Universitetssykehuset Nord-Norge
 Jon Tomas Finnsson – Helse Nord RHF
 Linn Gros – Helse Nord RHF

KS

Åse Snåre – KS
 Anne Kristine Nitter – KS/Fredrikstad kommune
 Martin Fjordholm – KS

Mats Berntsen – KS/Tromsø kommune
Jon Qvortrup – KS
Anne Gamme – KS
Tone Bodal – KS/Drammen kommune
Liz Sjøgren – KS/Drammen kommune
Kari Anne Fauchald – KS /Oslo kommune
Tor Helge Tjelta – KS/Oslo kommune
Trude Lønning – KS/Sandnes kommune

Helsedirektoratet

Solfrid Lilleeng – Helsedirektoratet (observatør)
Jin Marthe Øvreeide – Helsedirektoratet (observatør)
Hanne Strømsvik – Helsedirektoratet (observatør)
Åste Herheim – Helsedirektoratet (observatør)
Turid Nygaard Dager – Helsedirektoratet (observatør)
Tor-Erik Befring – Helsedirektoratet (observatør)
Tone Kaldestad – Helsedirektoratet (observatør)
Anette Jørve Ingjer – Helsedirektoratet (observatør)
Torunn Janbu – Helsedirektoratet (observatør)

Arbeidsgruppens oppdrag har vært å:

- Gi anbefalinger til fremtidige arbeidsformer for utvalgte diagnosegrupper, for å sikre bærekraftige og effektive pasientforløp.
- Gi anbefaling om forventet behov for behandlingsskapasitet for ulike omsorgsnivå.
- Vurdere hvem som trenger helsetjenester og som ikke får dette i dag. Dette for å kunne vurdere samlet behov for helsetjenester.
- Vurdere om helsetjenesten framover må overta oppgaver som i dag løses av andre sektorer og som derfor ikke er inkludert i dagens framskrivningsmodell.

7.2. Diagnoser som inngår i GBD's tilstandsgrupper

GBD kategori	Tilhørende ICD-10 koder
Schizophrenia	F20-F20.9, F25-F25.9
Depressive disorders	F32-F33.9, F34.1
Major depressive disorder	F32-F33.9
Dysthymia	F34.1
Bipolar disorder	F30-F31.9, F34.0
Anxiety disorders	F40-F44.9, F93-F93.2
Eating disorders	F50-F50.9
Anorexia nervosa	F50.0-F50.1
Bulimia nervosa	F50.2-F50.5
Autism spectrum disorders	F84-F84.9
Attention-deficit/hyperactivity disorder	F90-F90.9
Conduct disorder	F91-F92.9
Idiopathic developmental intellectual disability	F70-F79.9, Z81.0
Other mental disorders	F04-F06.1, F06.3-F07.0, F08-F09.9, F21-F24, F26-F29.9, F34, F34.8-F34.9, F38-F39, F45-F49, F51-F52.9, F55-F55.8, F56-F69.0, F80-F83, F85-F89.0, F93.3-F99.0, G47-G47.29, G47.4-G47.9, R40-R40.4, R45-R55.0, Z03.2, Z04.6-Z04.72, Z13.4, Z64, Z81, Z81.8, Z86.5-Z86.59
Alcohol use disorders	F10-F10.99, G31.2, R78.0, X45-X45.9, X65-X65.9, Y15-Y15.9, Z81.1
Drug use disorders	F11-F19.99, P96.1, R78.1-R78.9, Z81.2-Z81.4
Opioid use disorders	F11-F11.99, R78.1
Cocaine use disorders	F14-F14.99, R78.2
Amphetamine use disorders	F15-F15.99
Cannabis use disorders	F12-F12.99
Other drug use disorders	F13-F13.99, F16-F19.99, P96.1, R78.3-R78.9

Sammenligninger av estimert forekomst fra GBD gjøres mot samlet diagnostikk av de angitte diagnoser i helse spesialisthelsetjenesten, ikke utelukkende psykisk helsevern og TSB.

7.3. Variasjonskoeffisient (CV)

Variasjonskoeffisient (CV): Variasjonskoeffisienten (Standardavvik/gjennomsnitt) benyttes i dette dokument som et uttrykk for variasjon mellom opptaksområder eller kommuner i Norge. Gjennomsnittsraten og standardavviket beregnes på bakgrunn av rate per 100 000. CV uttrykkes i prosent, og leses slik at lave verdier angir lav variasjon, mens høyere verdier indikerer større variasjon. I psykisk helsevern og TSB er de laveste anslagene på variasjon omkring 10%. Variasjon over 30% viser ofte både områder som er avvikende, men at spredningen i utvalget begynner å bli større. CV > 50% viser stor variasjon over opptaksområder.

7.4. Funksjonsvurdering i kommunen

Funksjonsvurdering i kommunale helsetjenester	
Funksjon	Ny kategorisering
Sosial deltagelse	Sekundærfunksjon
Skaffe seg varer og tjenester	Sekundærfunksjon
Beslutninger i dagliglivet	Kontrollfunksjon
Ivareta egen helse	Kontrollfunksjon
Bevege seg innendørs	Primærfunksjon
Alminnelig husarbeid	Sekundærfunksjon
Personlig hygiene	Primærfunksjon
På og avkledding	Primærfunksjon
Lage mat	Sekundærfunksjon
Spise	Primærfunksjon
Toalett	Primærfunksjon
Bevege seg utendørs	Sekundærfunksjon
Syn	Kognitiv funksjon
Hørsel	Kognitiv funksjon
Hukommelse	Kognitiv funksjon
Kommunikasjon	Kognitiv funksjon
Styre atferd	Kontrollfunksjon
Ivareta egen økonomi	Kontrollfunksjon

7.5. Grunnlag for justert aktivitet



7.6. Tabelloversikt

Tabell 1 Estimert antall individer og rate per 100 000 innbygger med psykiske og ruslidelser etter tilstandskategori (GBD), antall individer i PHV og TSB (inkl. avtalespesialister) andel i spesialisthelsetjenesten og snitt rate per 100 000 innbygger over opptaksområder	11
Tabell 2 Liggedøgn i psykisk helsevern og TSB	12
Tabell 3 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2040 etter opptaksområder i Norge.....	15
Tabell 4 Estimert andel konsultasjoner som kan utføres digitalt per diagnosegruppe....	18
Tabell 5 Framskrivning av befolkning i Norge, estimert antall individer med diagnostiserbar psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelse i spesialist- og primærhelsetjeneste	21
Tabell 6 Framskrivning av vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste 2019 - 2040	21
Tabell 7 Framskrivning av justert aktivitet av vedtaksbaserte tjenester per 100 000 innbygger (total befolkning).....	22
Tabell 8 Framskrivning av liggedøgn 2019 til 2040 etter tjenesteområde.....	22
Tabell 9 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger, endring i % og variasjonskoeffisient	22
Tabell 10 Standardiserte rater per 100 000 liggedøgn	23
Tabell 11 Framskrivning av poliklinikk og dagopphold 2019 – 2040	23
Tabell 12 Polikliniske og dagopphold per 100 000 innbygger, endring i % og variasjonskoeffisient.....	23
Tabell 13 Standardisert rate per 100 000 innbygger poliklinikk.....	24
Tabell 14 Framskrivning av liggedøgn 2019 - 2040 etter diagnosegruppe.....	24
Tabell 155 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger i aldersgruppe 15-40 år etter selekterte diagnosegrupper	25
Tabell 166 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger (total befolkning) og endring etter diagnosegrupper.....	25
Tabell 17 Antall liggedøgn per 100 000 innbygger (total befolkning) etter opptaksområde og tjenesteområde	26

Tabell 18 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling 2019 - 2040 etter diagnosegruppe.....	26
Tabell 19 Standardiserte rater poliklinikk per 100 000 innbygger og endring etter diagnosegrupper.....	27
Tabell 20 Antall poliklinikk og dagopphold per 100 000 innbygger (total befolkning) per tjeneste- og opptaksområde.....	28
Tabell 21 Oversikt aktivitetsparametere per 100 000 innbygger (snitt/standardavvik) og variasjonskoeffisient (CV).....	30
Tabell 22 Opptaksområde med høy/lav grad av oppsøkende behandling i TSB og VOP i dag (høy grad gir lavt potensial for forsterket poliklinisk innsats) og andel av opptaksområde som bor i kommuner med mer enn 15 000 innbygger (prosenten brukes direkte i modellering av potensial for forsterket poliklinisk innsats).....	31
Tabell 23 Samlet effekt av justering for variasjon over opptaksområder.....	32
Tabell 24 Antall liggedøgn TSB per 100 000 innbygger 18 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering.....	33
Tabell 25 Antall liggedøgn VOP per 100 000 innbygger 18 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering.....	34
Tabell 26 Antall liggedøgn BUP per 100 000 innbygger 0-17 år og eldre (korreksjon for høyere forekomst i Oslo), nivellering av variasjon og endring som er nødvendig for nivellering.....	35
Tabell 27 Endring i % per opptaksområde for korreksjon av variasjon i vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Rater er beregnet per 100 000 innbygger (total befolkning)	36
Tabell 28 Framskrivning av liggedøgn i TSB etter opptaksområde.....	37
Tabell 29 Framskrivning av liggedøgn i VOP etter opptaksområde	38
Tabell 30 Framskrivning av liggedøgn i BUP etter opptaksområde	39
Tabell 31 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i TSB etter opptaksområde.....	40
Tabell 32 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i VOP etter opptaksområde ...	40
Tabell 33 Framskrivning av poliklinikk og dagbehandling i BUP etter opptaksområde ...	41

Tabell 34 Framskrivning av poliklinikk avtalespesialister etter opptaksområde.....	42
Tabell 35 Estimert prevalens av antall personer med psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelser (GBD) per 100 000 innbygger 2019 fordelt etter fylker.....	50
Tabell 36 Estimert antall individer og rate per 100 000 innbygger med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser etter tilstandskategori (GBD), antall individer i PHV og TSB (inkl. avtalespesialister) andel i spesialisthelsetjenesten og snitt rate per 100 000 innbygger over opptaksområder	52
Tabell 37 Antall husstander med definert lavinntekt etter OECD-skala over fylker i Norge 2018 (kilde SSB)	55
Tabell 38 Oversikt aktivitetsparametere per 100 000 innbygger (snitt/standardavvik) og variasjonskoeffisient (CV).....	58
Tabell 39 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2050 etter opptaksområder i Norge.....	62
Tabell 40 Pasienter i psykisk helsevern og TSB med oppfølging hos fastlege/legevakt i 2018/2019.....	66
Tabell 41 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med vedtaksbaserte kommunale helse og omsorgstjenester i 2018/2019	67
Tabell 42 Antall individer med kontakt i PHV/TSB 2018/2019 med vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter selekterte grupper	69
Tabell 43 Antall pasienter i BUP per år og rate per 100 000 innbygger mellom 0-17 år	70
Tabell 44 Antall pasienter og opphold i poliklinisk og dagbehandling BUP 2019 etter diagnose (Akse 1).....	73
Tabell 45 Diagnostisk fordeling døgnbehandling BUP 2019.....	73
Tabell 46 Utvikling antall pasienter, totale opphold (døgn, dag og polikliniske opphold) og liggedøgn for pasienter med spiseforstyrrelser i perioden 2016-2019.....	74
Tabell 47 Antall individer i BUP og individer med medfødte og varige tilstander i perioden 2016-2019	75
Tabell 48 Gjennomsnittlige rate per 100 000 mellom 0-19 år over opptaksområder, standardavvik og variasjonskoeffisient.....	75
Tabell 49 Utvikling av alminnelige og utbredte tilstander i spesialisthelsetjenesten 2016-2019.....	79

Tabell 50 Pasienter med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse i poliklinisk behandling i perioden 2016-2019 ved offentlig og avtalespesialist	80
Tabell 51 Oppholdstid, opphold per pasient, liggedøgn per pasient for pasienter med alvorlig psykisk lidelse over opptaksområder, ett år, to år og fire år	83
Tabell 52 Antall personer med alvorlig psykisk lidelse og ROP-lidelser (ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse i samme år) inntil 5 bidiagnoser og rater per 100 000 innbygger over 18 år.....	84
Tabell 53 Antall personer og aktivitetsparametere for pasienter innlagt til døgnbehandling i psykisk helsevern voksen med alvorlig psykisk lidelse som primærdiagnose og ROP-lidelse i 2018/2019	84
Tabell 54 Antall og rater per 100 000 innbygger 2019 - opphold, personer og liggedøgn øyeblikkelig hjelp innleggelse	86
Tabell 55 Liggedøgn i psykisk helsevern og TSB	87
Tabell 56 Antall personer og rate per 100 000 innbygger 65 år og eldre i psykisk helsevern og TSB	89
Tabell 57 Antall personer med rusrelatert hoved- eller bidiagnose 2016-2019 alle tjenesteområder.....	90
Tabell 58 Diagnostisk fordeling, antall pasienter med rus som hoveddiagnose i 2016-2019 uavhengig av tjenesteområde	91
Tabell 59 Pasienter med rusrelatert hoveddiagnose og tjenesteområde i perioden 2016-2019.....	92
Tabell 60 Poliklinikk og dagbehandling for pasienter i TSB ekskl. LAR-populasjon 2018-2019.....	93
Tabell 61 Døgnbehandling for pasienter i TSB 2018-2019 ekskl. LAR-pasienter.....	94
Tabell 62 Døgnbehandling TSB ved helseforetak og private tilbydere 2018 og 2019 ekskl. LAR-pasienter	95
Tabell 63 Tilbud til innbyggere med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Fredrikstad.....	99
Tabell 64 Eksempel på konsekvens av naiv framskriving versus vektet for historiske trender	101

7.7. Figuroversikt

Figur 1 Modell for framskrivning av aktivitetsbehov for psykisk helsevern og TSB	4
Figur 2 Justert aktivitet over ulike helsetjenester og alder	16
Figur 3 Justert aktivitet fordelt over opptaksområder	57
Figur 4 Antall personer innlagt til døgnbehandling i BUP og antall personer med kommunale tjenester med medfødte og varige tilstander i 2018/2019	60
Figur 5 Framskrivning av befolkning 2020-2040 for pasienter bosatt i kommuner med under en halvtime reisetid til DPS	63
Figur 6 Framskrevet befolkning 2020 - 2040 for kommuner med mer enn 30 minutter til DPS	63
Figur 7 Justert aktivitet over ulike helsetjenester og alder	64
Figur 8 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med registrert boligtilbud per 100 000 innbygger i 2018/2019	68
Figur 9 Antall pasienter og kontakter per pasient fordel etter CGAS funksjonsgruppe (Antall pasienter: venstre akse og søyler; Kontakter per pasient: høyre akse og linje) ...	71
Figur 10 Antall pasienter innlagt til døgnbehandling i BUP og liggedøgn i perioden 2016-2019 per 100 000 innbygger 0-17 år (gjennomsnitt av årene)	76
Figur 11 Antall individer til døgnbehandling og liggedøgn per 100 000 innbygger over 19 år med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse.	81
Figur 12 Antall personer innlagt til øyeblikkelig hjelp per 100 000 innbygger TSB 2019	88
Figur 13 Antall pasienter i TSB per 100 000 innbygger etter opptaksområde.....	92
Figur 14 Antall pasienter innlagt privat tilbyder TSB per 100 000 innbygger 2019.....	95

Analysenotat

21. desember 2020

Innhold

1. Innledning.....	4
1.1. Mandat.....	5
1.2. Rapportens datagrunnlag.....	6
2. Psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Norge.....	6
2.1. Global Burden of Disease	7
2.2. Behandlingsgapet.....	8
2.3. Faktorer assosiert med behov for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser	11
2.4. Variasjon.....	13
3. Demografi og bosetningsmønster fram mot 2040.....	19
4. Karakteristika og utviklingstrekk ved de ulike helsetjenestene	23
4.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester	23
4.2. Barn og unge	27
4.2.1. Hvem behandles i psykisk helsevern for barn og unge?	30
4.2.2. Variasjon i bruk av døgnopphold.....	33
4.2.3. Sped- og småbarn.....	35
4.2.4. Inkludering og utenforskap.....	35
4.2.5. Barn i barnevernet.....	35
4.2.6. Barn og unge med rusmiddelproblemer, ruslidelser og avhengighetsproblematikk	37
4.3. Alminnelig og utbredte psykiske lidelser hos voksne	38
4.3.1. Ulik behandlingspraksis ved utbredte og allmenne tilstander	39
4.4. Alvorlig psykisk lidelse	40
4.4.1. ROP-lidelser.....	42
4.4.2. Sikkerhetspsykiatri.....	43
4.5. Øyeblikkelig hjelp	44
4.6. Alderspsykiatri og tjenester til eldre.....	47
4.6.1. Demens.....	48
4.7. Rus- og avhengighetslidelser.....	49
5. Innholdet i helsetjenestene og noen faktorer i utviklingen av tjenestene.....	55
5.1. Bedre bruk av teknologi	58
6. Særskilt om vektig av historiske trender	59

7. Vedlegg:	61
7.1. Deltakere i arbeidsgruppen	61
7.2. Diagnoser som inngår i GBD's tilstandsgrupper.....	63
7.3. Variasjonskoeffisient (CV).....	64
7.4. Funksjonsvurdering i kommunen	65
7.5. Grunnlag for justert aktivitet.....	65
7.6. Tabelloversikt.....	66
7.7. Figuroversikt	67

1. Innledning

Psykiske lidelser, rus- og avhengighetslidelser er hyppig forekommende i befolkningen og har store konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. På grunn av stort helsetap og høy forekomst, er angst og depresjon på henholdsvis 8. og 9. plass over lidelser som gir størst sykdomsbyrde. Psykiske lidelser er av denne grunn en av verdens helseorganisasjons (WHO) prioriterte områder av ikke-smittsomme sykdommer sammen med kreft, hjerte-/karsykdom, diabetes og kols.¹ Akutt schizofreni, alvorlig depresjon og alvorlig opioidavhengighet er på topp 4 av sykdommene med høyest helsetap grunnet sykdomsbyrde.² Alkohol er det rusmiddel som har størst negativ effekt på folkehelsen og er direkte årsak til flere sykdommer og skader, og medvirkende årsak til mer enn 60 sykdomsdiagnoser.³ FHI anslår at alkoholrelaterte lidelser har en forekomst på om lag 8% for menn og 3% for kvinner.⁴ En studie fra Folkehelseinstituttet (2017) viste at bare 3% av de med alkoholproblem fanges opp i primærhelsetjenesten, og 7% i spesialisthelsetjenesten.⁵ Det er estimert at 8% av innleggelses ved somatiske sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol⁶, og at alkohol kan være av betydning ved opptil en tredjedel av alle innleggelses i somatiske avdelinger.⁷

Alminnelige og utbredte psykiske lidelser er videre den vanligste årsaken til uførhet i Norge, og står for 36,2% av all arbeidsuførhet.⁸ For unge voksne mellom 18-29 år er psykiske lidelser hovedårsak til uførhet, og står for 63% av totalt antall uføre i aldersgruppen.⁹ Alvorlige psykiske lidelser rammer en liten andel av befolkningen, men utvikles ofte tidlig og med langvarig funksjonsnedsettelse. Pasienter med psykiske lidelser har økt risiko for somatisk sykdom, og personer med alvorlig psykisk lidelse har betydelig kortere forventet levetid.¹⁰

Det er igangsatt et prosjekt som skal levere analyser av dagens bruk av helsetjenester på tvers av psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), rusbehandling og psykisk helsehjelp i kommunene, og relevante kommunale tjenester (se vedlegg for mandat, beskrivelse av arbeidsgruppen og datagrunnlag). Dette

¹ <https://www.who.int/nmh/about/en/>

² Global Health Metrics (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet.

³ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

⁴ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

⁶ BMJ Best Practice: Alcohol withdrawal, søkt 09.03.21.

⁷ Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Daltveit, J. T., & Tønnesen, H. (2011). Hazardous drinkers in Norwegian hospitals – a cross-sectional study of prevalence and drinking patterns among somatic patients, 21, Norsk Epidemiologi.

⁸ https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd_kap

⁹ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygd-de-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse>

¹⁰ Charlson et al. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016, 44, Schizophrenia Bulletin

analysenotat er ett vedlegg til hoveddel som beskriver hvilke faktorer som bør hensyntas ved framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser.

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester. Det innebærer blant annet at områder som utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur, organisering og innretting av helsetjenesten skal se hen til en framskriving av befolkningens behov for helsetjenester. For å understøtte likeverdige helsetjenester for alle landets innbyggere, skal framskrivingen være basert på en felles nasjonal modell. Det skal samtidig videre være mulighet for lokale tilpasninger, der det enkelte regionale helseforetak mener det er nødvendig og relevant.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) gir overordnede føringer for hvordan bedre psykiske helse- og rustjenester skal utvikles.¹¹ Befolkningens samlede behov skal møtes gjennom et bærekraftig helsetilbud på rett omsorgsnivå. Vår mest kritiske ressurs de kommende årene er tilgang til helsepersonell. Bedre psykiske helsetjenester skal oppnås gjennom dels et fag- og kvalitetsutviklingsarbeid, dels gjennom bedre arbeidsdeling, samarbeid og teknologi. Barn- og unge, samt pasienter med alvorlige og sammensatte behov, skal vies særlig oppmerksomhet og er løftet frem i helsefelleskapene. Sentralt i nasjonal helse- og sykehusplan står pasientens helsetjeneste. Pasientens helsetjeneste skal blant annet realiseres gjennom aktiv deltakelse fra pasientene og medvirkning i valg som angår egen helse. Pakkeforløpene er en del av satsningen på økt kvalitet og prioritering i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og behandlingen skal tilpasses det som er viktigst for den enkelte. Nasjonal helse- og sykehusplan vil møte de utfordringene vi står overfor med videreutvikling av tjenestene, bedre bruk av teknologi, bedre samhandling og bedre bruk av kompetansen til de ansatte.

1.1. Mandat

Prosjektet skal levere analyser av dagens bruk av helsetjenester på tvers av psykisk helsevern, TSB, rusbehandling og psykisk helsehjelp i kommunene, og relevante kommunale tjenester. Arbeidet skal gjøre en framskriving av befolkningens behov for helsetjenester for psykiske lidelser og rusmiddelproblemer fram mot 2040, og vurdere om det er grupper som ikke får dekket sine behov i dag. Prosjektets *resultatmål* er å levere en rapport som foreslår kriterier for framskriving av framtidig behov for psykiske helsetjenester og rusbehandling i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Se vedlegg 7.1 for nærmere informasjon om gruppens sammensetning og mandat, beskrivelse av arbeidsgruppen og datagrunnlag.

¹¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

1.2. Rapportens datagrunnlag

Analysene i rapporten baserer seg på følgende datakilder:

- Befolkningsframskrivninger fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) (aug. 2020)¹²
- Forekomstdata fra Global Burden of Disease (sykdomsbyrde) (2019)
- Helsedirektoratets notat om ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen (juli 2020)
- Aktivitetstall på tjenester levert av spesialisthelsetjenesten, NPR-data (2016-2019)
- Aktivitetstall på vedtaksbaserte tjenester levert av kommunene, KPR-data (2018-2019) for pasienter som samtidig var registrert i PHV og TSB i 2018/2019.

Kommunene har en rekke tilbud og tiltak til personer med psykiske plager og/eller rusproblemer som ikke fanges opp i datasettet. Det omfatter tilbud fra ikke-vedtaksbaserte kommunale tjenester, og tilbud fra eksempelvis kommunepsykologer, barnevernstjenesten¹³ og helsesykepleiere.

Arbeidets kunnskapsgrunnlag omfatter tilgjengelig statistikk og analyse fra blant annet Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, samt en rekke andre kilder som oppgis fortløpende i fotnoter.

2. Psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Norge

Forekomsten av alvorlig psykiske lidelser, alminnelig og utbredte psykiske lidelser og psykiske lidelser hos barn og unge, synes å være relativt stabil over tid^{14,15,16} og rammer om lag 16% av Norges befolkning per år. Global Burden of Disease (GBD) estimerte at det i 2019 var om lag 820 000 individer med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser.¹⁷ Forekomsten av psykiske plager synes i større grad å være i endring.¹⁸

Helsetjenester tilbys på mange nivåer av ulike aktører. Fastleger og legevakt har en sentral rolle, og i 2019 var 630 000 individer i kontakt med fastlege for psykiske lidelser

¹² <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivninger-for-kommunene-2020-2050>

¹³ Vedtaksbaserte, men prosjektet har ikke data om disse.

¹⁴ Baxter et al. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*, 31.

¹⁵ Sawyer et al. (2018). Has the Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Australia Changed Between 1998 and 2013 to 2014? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57

¹⁶ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 191.

¹⁷ <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

¹⁸ Reneflot et al. (2018). Psykisk helse i Norge. FHI

og/eller rus- og avhengighetslidelser. Psykisk helsevern voksen, barn- og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har årlig om lag 5,2% av befolkningen i behandling og oppfølging (274 000 individer i 2019).

Spesialisthelsetjenesten er i kontakt med en tredjedel av dem som hvert år antas å ha en psykisk lidelse i Norge. Fastleger oppgir at de ikke er tilfreds med tilgjengelighet til og samhandling med denne delen av spesialisthelsetjenesten, og utviklingen har vært negativ de siste årene.¹⁹ Det pekes på for høy avslagsrate, og ett behov for mer differensierte tilbud (e.g. ikke alle trenger samtaletilbud).

2.1. Global Burden of Disease

Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet (FHI) samarbeider med Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), og har bistått prosjektet med å tilrettelegge data for estimert prevalens av psykiske lidelser i Norge. GBD er et omfattende internasjonalt forskningsprosjekt hvor hovedmålet er å estimere effekten av ulike sykdomskategorier for dødelighet og helsetap internasjonalt, og særlig i deler av verden hvor tilgang på gode helsedata er redusert. Forekomst av ulike sykdomsgrupper er en av mange faktorer som inngår i deres beregninger, og som benyttes i denne rapporten. Ettersom GBD-prosjektet har et vidtfavnende internasjonalt perspektiv, er det sannsynlig med noe diskrepans til nasjonale epidemiologiske undersøkelser. Ett eksempel på dette er Stene med kolleger som drøfter forekomst av diabetes i Norge versus estimat på diabetes fra GBD.²⁰ FHI anslår at den årlige prevalensen av psykiske lidelser i Norge er rundt 16-22% av den voksne befolkningen, noe som sammenfaller med internasjonale prevalens-undersøkelser.²¹ GBD-prosjektet estimerer forekomsten av psykiske lidelser i alderen 20 år og eldre Norge til å være 16,5% i 2019. Altså i nedre sjikt av FHI sitt anslag på forekomst. Fra 2019 estimerer GBD-prosjektet forekomsten av ulike sykdomsgrupper ned på fylkesnivå i Norge. Det er samtidig vanskelig å validere et estimat på fylkesnivå, ettersom det ikke finnes regionale forekomststudier av psykiske lidelser i Norge. Estimert prevalens som vist i tabell nedenfor, viser forholdsvis lav variasjon mellom fylker, med unntak av Oslo, som ligger i overkant av 8% over gjennomsnittet i Norge.

¹⁹ PasOp0p 2019:3, *Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre* (FHI),

²⁰ <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>

²¹ <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>

Tabell 1 Estimert prevalens av antall personer med psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelser (GBD) per 100 000 innbygger 2019 fordelt etter fylker

	Alle psykiske lidelser	Avvik til Norge
Agder	15 146	-2,0 %
Hedmark/Oppland	15 929	3,1 %
Møre- og Romsdal	15 431	-0,1 %
Nordland	15 250	-1,3 %
Oslo	16 743	8,3 %
Rogaland	15 280	-1,1 %
Trøndelag	15 120	-2,2 %
Troms/Finnmark	15 293	-1,0 %
Vestfold/Telemark	15 496	0,3 %
Vestlandet	15 489	0,2 %
Viken	14 908	-3,5 %
Norge	15 453	0,0 %

Forekomsten av psykiske lidelser varierer over alder og kjønn, og forekomsten er på sitt høyeste for kvinner mellom 15-24 år, hvor 20,3% av denne delen av befolkningen er estimert til å ha en psykisk lidelse og/eller rus- og avhengighetslidelse.

2.2. Behandlingsgapet

Gapet mellom forekomst av diagnostiserbar psykisk lidelse og behandling i spesialisthelsetjenesten vil i det følgende omtales som behandlingsgapet. Det er estimert at om lag 820 000 individer har en diagnostiserbar psykisk lidelse og/eller rus- og avhengighetslidelse i Norge 2019.

- Om lag 75% (630 000) av estimert antall individer har hatt minst en kontakt hos fastlege i 2019.²²
- Om lag 41% (335 000) av pasientene hadde minst en kontakt i den samlede spesialisthelsetjenesten
- 33% (274 000) av pasientene hadde minst en kontakt i tjenesteområdene PHV og TSB (inkl. avtalespesialister).

Tjenesteområdene PHV og TSB har ett stabilt volum av pasienter i oppfølging og utgjør 5,2% av befolkningen i perioden 2016-2019.

Sammenstilt med estimert prevalens i Norge fra GBD og prevalens i spesialisthelsetjenesten, er det noen utfordringer som til dels er tilstands- og aldersavhengig. Om lag 44% av barn og unge og 35% av voksne med diagnostiserbar psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelse har registrert kontakt i spesialisthelsetjenesten 2019, mens 14% av personer over 65 år er i kontakt med denne delen av spesialisthelsetjenesten.

²² SAMDATA

Tabell nedenfor viser estimert prevalens av psykiske lidelser i Norge 2019 etter tilstandsgrupper (se vedlegg for fordeling av diagnosegrupper til tilstandskategorier), samt antallet individer i spesialisthelsetjenesten med de diagnostiserte tilstandene.

Angst og depresjon er de psykiske lidelsene med høyest forekomst, mens schizofreni og psykisk utviklingshemming er de tilstandskategoriene med lavest forekomst. Alle psykiske lidelser (her definert som behandlet i PHV/TSB, inkludert avtalespesialister) viser en samlet andel på 33% av samlet estimert prevalens, og har lav variasjon over opptaksområder. Dette innebærer at det er relativt likt antall individer i de ulike opptaksområdene i Norge, som har en eller annen form for kontakt med denne delen av spesialisthelsetjenesten.

Tabell 2 Estimert antall individer og rate per 100 000 innbygger med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser etter tilstandskategori (GBD), antall individer i PHV og TSB (inkl. avtalespesialister) andel i spesialisthelsetjenesten og snitt rate per 100 000 innbygger over opptaksområder

Diagnosegruppe	Estimert prevalens GBD		Antall individer i spesialisthelsetjenesten PHV/TSB			
	Individer	Rate per 100 000	Individer	Andel i PHV/TSB	Snitt rate (std)	CV
Angstlidelser	379 879	7 130	78 803	21 %	1534 (289)	19 %
Atferdsforstyrrelse	23 409	439	1 285	5 %	27 (12)	44 %
Autismespekter forstyrrelse	24 389	458	6 756	28 %	127 (42)	33 %
Bipolar lidelse	50 238	943	11 105	22 %	219 (47)	22 %
Depressive lidelser	194 687	3 654	47 881	25 %	922 (280)	30 %
Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	65 939	1 238	24 939	38 %	476 (127)	27 %
Idiopatisk psykisk utviklingshemming	11 485	216	1 684	15 %	36 (32)	88 %
Psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol	92 743	1 741	11 707	13 %	230 (76)	33 %
Psykiske lidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler	49 304	925	19 331	39 %	370 (129)	35 %
Schizofreni	17 938	337	8 892	50 %	173 (46)	26 %
Spiseforstyrrelser	22 474	422	4 822	21 %	93 (25)	27 %
Alle psykiske lidelser	820 391	15 397	274 396	33 %	5388 (682)	13 %

Tilstandsgruppene som er særlig lavt representert er atferdsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol. Den lave andelen med atferdsforstyrrelser forklares sannsynligvis av den større andelen av pasienter med ADHD. Oppfølgingen av pasienter med psykisk utviklingshemming i Norge er fordelt over ulike tjenesteområder. For pasientene under 18 år blir hoveddelen fulgt opp i habilitering (80%), mens 25% har en oppfølging i BUP. Dette indikerer ulik oppfølging og behandling av denne pasientgruppen. Andelen pasienter med spiseforstyrrelser er relativt lav med tanke på alvorlighetsgraden tilstandene representerer og omfanget av behandling, når pasientene kommer i behandling.

Den lave dekningsgraden vises i flere norske og utenlandske studier og indikerer at mange med psykiske lidelser ikke kontakter helsetjenesten. Folkehelseinstituttets tvillingstudie viste at fastlegen ga depresjonsdiagnose til bare 33% av de som selv oppga

depresjon, 20% av de med angst og 3% av de med skadelig alkoholbruk.²³ Spesialisthelsetjenesten diagnostiserte 14% av de som oppga depresjon med diagnosen, mot 20% av de med oppgitt angst og 7% av de med skadelig alkoholbruk.

Angst og depresjon rammer henholdsvis 7,1% og 3,6% av befolkningen. Internasjonale studier indikerer et behandlingssgap på om lag 70% for angst og 80% for depresjon.^{24,25} Vi estimerer at Norge har et mindre behandlingssgap enn andre høyinntektsland, ettersom 25% av pasienter med depresjon og 21% av pasienter med angst er i oppfølging i spesialisthelsetjenesten, uten å medberegne tilbud i regi av primærhelsetjenesten.

Data på kommunale helse- og omsorgstjenester er i dette prosjektet avgrenset til søknadsbaserte tjenester koblet med data fra spesialisthelsetjenesten for pasienter som har en eller annen form for kontakt i PHV og TSB 2018 eller 2019. Dette innebærer at vi har lite systematisk informasjon om hvilke lavterskeltilbud som gis i kommunene, hverken for pasienter tilknyttet spesialisthelsetjenesten eller de som kun har oppfølging i kommunene. I en evaluering av tilbudet til pasienter med lettere psykiske lidelser i Norge, vurderer tre fjerdedeler av kommunene at tilbudet til pasienter med lette og moderate tilstander er godt, mens i overkant av halvparten av kommunen vurderer tilbudet til pasienter med alvorlig psykiske lidelser som godt.²⁶ Det fremheves økende etterspørsel og manglende kapasitet til pasienter med lettere psykiske lidelser. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser fremheves en stadig mer alvorlig pasientpopulasjon, manglende tilbud innen arbeid, aktivisering og botilbud. Det beskrives at 90% av ressursene for slikt tilbud i kommunene, går til pasienter med alvorlige lidelser.

Vi har ikke kunnskap om hvor mange personer som mottar ett lavterskeltilbud i kommuner i Norge per år. FHIs evalueringsrapport av de 12 første pilotene for *rask psykisk helsehjelp* gikk over en to-årsperiode i kommuner som dekket 5% av Norges befolkning og behandlet 2 000 personer. Dette gir om lag 20 000 personer per år i Norge. Dersom vi oppskalerer tilbudet som er gitt i Fredrikstad kommune i 2020 gjennom rask psykisk helsehjelp til nasjonale størrelser, gir dette ett anslag på 40 000 individer nasjonalt. Samtidig er dette tilbudet kun tilgjengelig i 20% av landets kommuner, men da sannsynligvis i de mer befolkningstette kommunene.

²³ Torvik et al., (2017). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries, 137, Acta Psychiatrica Scand.

²⁴ Alonso et al. (2018). Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries, 35, Depress Anxiety

²⁵ Chisholm et al. (2016) Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, 3, Lancet

²⁶ Osborg Ose, Kaspersen & Børve (2018). En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer, Sintef

Kommunepsykologer representerer en annen del av kommunenes lavterskeltilbud. Vi har heller ikke her informasjon om volum av pasienter. Dersom vi legger til grunn lavterskeltilbudet i Fredrikstad kommune, vil dette indikere ett volum på rundt 200 000 pasienter i lavterskeltilbud nasjonalt.

Det er et klart definert mål i verdens helseorganisasjon å redusere behandlingsgapet. I ett studie som modellerte effekten av å redusere behandlingsgapet i høyinntekstland med 25%, til en dekningsgrad på 40%, indikerte en økonomisk nytte/kost-ratio på 3.²⁵ Behandling vil derimot kunne være mange ulike typer oppfølging og Sintef problematiserer i sin rapport hensiktsmessigheten i en bred utbygging av ressurskrevende spisset behandlingsopplegg for lettere psykiske lidelser. Det kan være samlet sett bedre viktig å satse på tjenester som adresserer flere problemstillinger samtidig (inkl. sosioøkonomiske).²⁶ Dette vil kunne være lavterskel helsesentre med muligheter for interaksjon over nivåer.

Det er en helsepolitisk føring, og anbefalt av Helsedirektoratet, at pasienter med milde og moderate tilstander følges opp av primærhelsetjenesten. Det er lite sannsynlig med endring i forekomst av antall personer med diagnostiserbar psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelse, men større sannsynlighet for en økning i forekomst av psykiske plager. Ettersom behandlingsgapet for flere faktorer (e.g. diagnose og alder) er relativt stort, vil en økning i pasientvolum ikke nødvendigvis indikere endringer i forekomst, men endringer i antall personer som søker behandling. Spesialisthelsetjenesten behandler i dag pasienter med milde og moderate tilstander, som optimalt sett vil kunne få oppfølging i primærhelsetjenesten. Det er også pasienter i primærhelsetjenesten som burde ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten, som ikke får dette. Det er vanskelig å estimere hvor stort volum av pasienter dette utgjør, særlig ettersom funksjonsnivået og alvorlighetsgrad av tilstand i større grad kan si noe om indikasjon for spesialisthelsetjenesten, enn diagnose alene. Basert på tall fra NPR og KPR, utgjør pasienter med milde tilstander, uspesifiserte lidelser og symptomlidelser uten omfattende tjenester fra kommunen, rundt 8% av pasientvolumet i PHV og TSB (se del om funksjonsnivå (CGAS) i seksjon om barn- og unge for alternativ tilnærming med likt resultat). Dette utgjør i overkant av 20 000 individer. Volumet av avslag i PHV og TSB er om lag på dette nivået.

2.3. Faktorer assosiert med behov for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser

Befolkningens behov for helsetjenester vil påvirkes av flere faktorer. Dette vil blant annet være nødvendige helsetjenester, men det vil også kunne være avhengig av eksisterende tilbud, tilgjengelighet til tjenesten og befolkningens preferanser til behandling. Som beskrevet ovenfor estimeres forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser større enn antallet pasienter som får behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne innebære at dersom man etablerer flere tilbud eller det er endringer i befolkningens tenkning rundt behandling, vil det kunne oppstå

økt etterspørsel – uten at forekomsten i seg selv er i endring. Langt fra alle individer med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser vurderer selv ett behov for behandling (estimert til 40%)²⁷, og ikke alle vil ha nytte av behandling.

Behov for helsetjenester vil henge sammen med forekomsten av psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Et relevant spørsmål er om forekomsten av psykiske lidelser i Norge er likt fordelt. Er det særskilte områder med en høyere forekomst, og derfor høyere behov – eller vil variasjonen primært finnes innad i opptaksområdene.

Risikofaktorer for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser er multifaktorielle. Det er til dels en genetisk komponent, og til dels en kombinasjon av de opplevelser individet har, samt psykologiske, sosiale og samfunnsmessige faktorer.^{28,29} Det er ingen enkel «årsak – effekt» modell for utvikling av psykiske lidelser. Hendelser som bidrar til å gi et individ betydelig lidelse, trenger ikke å gi et annet individ lidelse. Det er ingen nasjonale studier på forekomst av psykiske lidelser i Norge som kan vise eventuelle regionale forskjeller. Befolkningsundersøkelser fra Oslo og Sogn og Fjordane tilbake på 1990-tallet indikerte høyere forekomst i Oslo.³⁰ Fra 2019 estimerer GBD-prosjektet forekomsten av ulike sykdomsgrupper ned på fylkesnivå i Norge. Ettersom det ikke er tilgjengelige nasjonale forekomststudier, er det vanskelig å validere estimatet på fylkesnivå. Estimert prevalens fra GBD viser forholdsvis lav variasjon over fylker i Norge, med unntak av Oslo, som ligger i overkant av 8% over gjennomsnittet i Norge.

Internasjonale studier viser en sammenheng mellom sosioøkonomisk deprivasjon og forekomst av multisykdom og psykiske lidelser.^{31,32} En befolkningsstudie fra Skottland viste at forekomsten av multimorbiditet øker ved lav sosioøkonomisk status og lav utdanning. Kombinasjonen av fysisk og psykisk sykdom forekom dobbelt så hyppig i de fattigste områdene.³³ Tilsvarende funn er vist i studier fra flere andre land som Danmark og Canada.³⁴

Ett uttrykk for sosioøkonomisk deprivasjon er andel av innbyggere med lav inntekt. Tabell nedenfor viser en oversikt over personer i husstander med årlig inntekt som er 50% under medianinntekt. Det er relativt lav variasjon fra ett nasjonalt gjennomsnitt på 5,7%, mens Oslo har 60% høyere andel av husholdninger med lavinntekt enn gjennomsnittet i Norge.

²⁷ Alonso et al. (2018). Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries, 35, *Depress Anxiety*

²⁸ Stilo & Murray (2019). Non-Genetic Factors in Schizophrenia, 21, *Curr Psychi Rep.*

²⁹ Hammon (2018). Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review, 7, *Annu Rev Clin Psychol*

³⁰ Reneflot et al. (2018). Psykisk helse i Norge. FHI

³¹ Barnett et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, 7, *Lancet*

³² Reiss (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review, 90, *Social Science & Medicine*

³³ <https://bmcmecicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01543-8>

³⁴ <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4314-8>

Tabell 3 Antall husstander med definert lavinntekt etter OECD-skala over fylker i Norge 2018 (kilde SSB)

Fylke 2018	OECD-skala 50 prosent
14 Sogn og Fjordane	4,4
18 Nordland	4,4
02 Akershus	4,8
15 Møre og Romsdal	4,7
19 Troms - Romsa	4,6
50 Trøndelag - Tröndelage	4,8
05 Oppland	5,0
11 Rogaland	5,1
12 Hordaland	5,2
07 Vestfold	5,4
20 Finnmark - Finnmarkku	5,4
04 Hedmark	5,5
06 Buskerud	5,7
09 Aust-Agder	6,0
08 Telemark	6,3
01 Østfold	6,5
10 Vest-Agder	6,3
03 Oslo	9,1

2.4. Variasjon

Likeverdige helsetjenester er et grunnleggende og lovregulert prinsipp i Norske helsetjenester, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Befolkningen skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi, språk, bakgrunn og bosted. Aktivitetstallene viser likevel stor variasjon både mellom opptaksområder i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester.

Områder med stor behandlingsskapasitet vil legge beslag på mye av de tilgjengelige ressursene. Dette vil igjen redusere muligheten for at andre, særlig rekrutteringssvake områder, kan etablere og vedlikeholde tilstrekkelige helsetjenester. En av de større risikoene for framtidige helsetjenester i Norge er tilgang på kvalifisert personell. Den seneste befolkningsframskrivingen fra SSB, viser en sentralisering av befolkningen og at vi blir flere eldre.³⁵ Dette påvirker særlig somatiske helsetjenester og kommunal helse- og omsorgstjeneste, og i mindre grad PHV og TSB ettersom pasienter som behandles i disse tjenesteområde er yngre. Det er allerede i dag vanskelig å rekruttere personell til PHV og TSB utenfor sentrale strøk, og trenden vil trolig fortsette i fremtiden med tanke på det økte behovet i andre helsetjenesteområder.

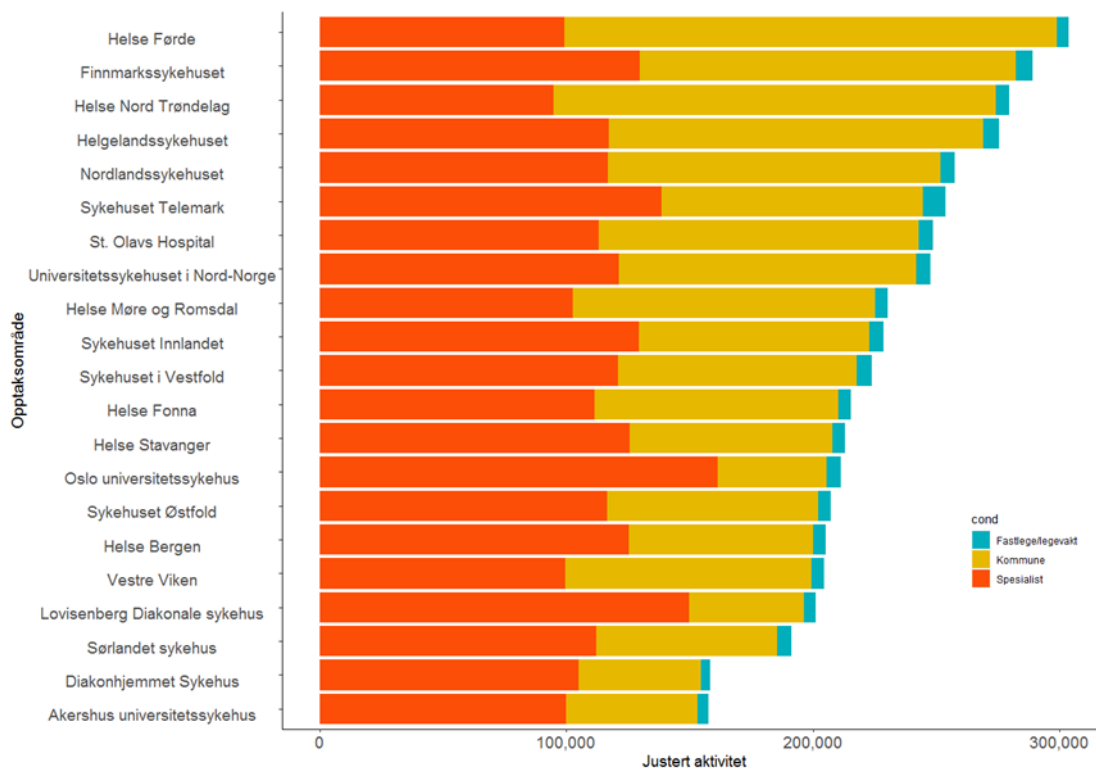
³⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-norge>

Helsetjenester til personer med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser varierer avhengig av bosted i Norge. Deler av variasjonen er sannsynlig ett resultat av ulik satsning, ulik økonomi, ulik historisk kapasitet, og i hvilken grad befolkningen søker helsehjelp. Figuren nedenfor sammenstiller helsetjenester gitt til personer i kontakt med PHV/TSB i spesialisthelsetjenesten, bruk av fastlege og legevakt og deres bruk av søknadsbasert helsetjenester i kommunen per 100 000 innbygger i 2018/2019 over opptaksområder omregnet til sammenliknbare størrelser.

I det følgende er alle tjenester gitt av spesialist- og primærhelsetjeneste omregnet til sammenliknbare størrelser. Utgangspunktet er gjennomsnittlige enhetskostnader, beregnet ut fra 1 = kostnad per liggedøgn i VOP. For spesialisthelsetjenesten brukes grunnlag fra SAMDATA. Der SAMDATA ikke oppgir kostnad per enhet (e.g. kostnad per poliklinisk konsultasjon i somatiske sykehusfunksjoner) benyttes gjennomsnittlig DRG-poeng. For fastleger og legevakt brukes totale kostnad dividert med antall kontakter. For kommunale helse- og omsorgstjenester er inndeling og prinsipp hentet fra Enhetskostnader i norske kommuner. For kommunale boliger brukes gjennomsnitt per døgn basert på samlede kostnader dividert på antall boliger * 365. Praktisk bistand, hjemmetjenester, støttekontakt og dagaktivitet er beregnet med antall timer per pasient i perioden 2018/2019. For institusjon (enhetskostnad for dagopphold og nattopphold er dividert med 3) er det beregnet antall døgn på institusjon i perioden. Det er ikke gjort fratrukk fra «oppholdsdøgn» i kommunal bolig når pasienten er innlagt på sykehus. Prinsippet er at dette skal kunne gi en kvantitativ tilnærming til å sammenligne helsetjenestetilbudet (justert aktivitet).

Figuren under viser at befolkningen bosatt i opptaksområdet til Helse Førde har det høyeste forbruket av helsetjenester per innbygger, og at dette er særlig relatert til innsats fra kommunen. I perioden 2016-2019 har innbyggerne i Helse Førde lik reduksjon i liggedøgn i spesialisthelsetjenesten per innbygger som resten av Norge (i snitt 2,4% per år). I andre enden av skalaen er innbyggerne bosatt i områdene til Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet sykehus. Disse har om lag samme ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten som Helse Førde, men de søknadsbaserte tjenestene er under halvparten av hva som er i Helse Førde HF. Vil pasienter bosatt i områder med lavere innsats fra den ene av partene ha fullgod nytte av innsatsen i den andre? Burde nivået vært høyere i den ene delen av tjenestene for å kompensere for et lavt nivå i den andre? Vi forutsetter at kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvar for ulike oppgaver i oppfølging av pasienter og deres pårørende. Av denne grunn er det nødvendig å se på variasjon i både kommunale- og sykehus tjenester. Pasienter har rett på likeverdige og kvalitativt gode tjenester fra både sykehus og kommuner, og stor innsats fra en kommune kan ikke kompensere for manglende tilbud fra sykehuset eller motsatt.

Figur 1 Justert aktivitet fordelt over opptaksområder



Det er ikke alle områder innen PHV og TSB som viser stor variasjon. Tabell nedenfor viser en rekke selekterte aktivitetsparametere i PHV/TSB, søknadsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester for pasienter i spesialisthelsetjenesten, og noen generelle områder innen somatiske sykehusfunksjoner. Tallene viser gjennomsnittlig rate per 100 000 innbygger over opptaksområder (BUP = 0-17 år og VOP og TSB = 18 år og eldre), standardavvik og variasjonskoeffisient³⁶.

³⁶ CV – desto lavere verdier indikerer lavere variasjon.

Tabell 4 Oversikt aktivitetsparametere per 100 000 innbygger (snitt/standardavvik) og variasjonskoeffisient (CV)

Aktivitetsparametere	Gjennomsnittlig rate (std)	CV
Individer i PHV/TSB	5394 (681)	13 %
Individer i BUP	5411 (1024)	19 %
Polikliniske opphold BUP	76271 (14320)	19 %
Individer innlagt BUP	212 (97)	46 %
Liggedøgnsforbruk BUP	7789 (3602)	46 %
Individer i VOP	3843 (477)	12 %
Polikliniske opphold VOP	43714 (9566)	22 %
Individer innlagt VOP	675 (125)	18 %
Liggedøgnsforbruk VOP	25548 (4873)	19 %
Individer innlagt med alvorlig psykisk lidelse	203 (34)	19 %
Liggedøgnsforbruk alvorlig psykisk lidelse	10500 (2624)	25 %
Polikliniske opphold alvorlig psykisk lidelse	9160 (5083)	55 %
Registrert oppsøkende poliklinisk kontakt alvorlig psykisk lidelse	1557 (1429)	92 %
Individer innlagt angst (F4)	49 (16)	32 %
Liggedøgnsforbruk angst	1145 (479)	42 %
Individer i TSB	797 (249)	31 %
Polikliniske opphold TSB (eksl. LAR-diagnoser)	7689 (3308)	43 %
Individer innlagt TSB	222 (58)	26 %
Liggedøgn TSB	15021 (4059)	27 %
Individer innlagt ø-hjelp TSB	41 (26)	63 %
Aktiveringstjenester i kommunen	382 (109)	29 %
Hjemmetjenester i kommunen	1544 (366)	24 %
Institusjonstilbud i kommunen	359 (98)	27 %
Botilbud i kommunen	204 (69)	34 %
Individer i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	38721 (3325)	9 %
Individer innlagt somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	10817 (918)	8 %
Liggedøgn somatisk spesialisthelsetjeneste sykehusfunksjoner	91966 (11246)	12 %
Individer innlagt øhjelp med hjernekar sykdommer i somatiske sykehusfunksjoner	225 (43)	19 %

Tabellen illustrerer flere forhold rundt variasjon. For det første er variasjonen lavere, jo mer «globale» målene er. Det er for eksempel lite variasjon mellom opptaksområder knyttet til i hvilken grad innbyggerne har en eller annen kontakt med PHV og TSB i spesialisthelsetjenesten. Den er samtidig noe høyere enn hva som er tilfellet for somatiske sykehusfunksjoner. Ett annet område som har lav variasjon er antall polikliniske opphold per innbygger i BUP. Dette innebærer at den yngre delen av befolkningen har lik tilgang til et volum av behandling. Samtidig er det større variasjon i BUP for døgninnleggelse, og differansen mellom ytterpunktene er at fem ganger så mange barn- og unge blir innlagt i området med flest døgninnleggelser sammenlignet med området med færrest innleggelser.

Variasjonen i innleggelse for pasienter med alvorlig psykisk lidelse (primærpsykoser, mani og bipolar lidelse) er lav. Samtidig er det betydelig forskjeller i volumet av polikliniske oppfølging, og særlig for registrert oppsøkende poliklinisk kontakt. I løpet av ett år er det kun tre opptaksområder som har ett snitt opphold per individ over 25, og over to år er det 13 opptaksområder som er over 25.³⁷ Ettersom poliklinisk oppfølging er viktig for å legge til rette for økt stabilitet, synes det å være et potensial i oppfølgingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Forbruk av liggedøgn til pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer og differansen mellom ytterpunktene er 2,4 ganger. Døgnbehandling av angst-tilstander varierer i større grad, og her er ytterpunktene på 7 ganger flere liggedøgn for området med flest liggedøgn per innbygger sammenliknet med området med lavest liggedøgnsforbruk.

Innen TSB er det større variasjon i forhold til hvor mange individer som er i kontakt med tjenesten, poliklinisk volum og innleggelsesmønster. Det er en større andel av pasientene som blir innlagt i TSB (25%), sammenliknet med VOP (17%). Variasjonen i antall som blir innlagt til øyeblikkelig hjelp er stor, og differansen mellom ytterpunktene per innbygger er 26 ganger. Dette kan indikere forskjeller i grunnleggende tilbud. Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom innleggelser til øyeblikkelig hjelp per innbygger i TSB, og innleggelser til øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern for TSB populasjonen mellom opptaksområder ($r=-0,29$). Dette er en indikasjon på at VOP til en viss grad kompenserer for redusert tilbud i TSB. Samme analyse innen akuttinnleggelser i somatikk viser en nær signifikant positiv korrelasjon ($r=0,41$, $p = 0,06$) og indikerer at pasientpopulasjonen i TSB i områder som har en høy rate innlagte til øyeblikkelig hjelp i TSB, også har en høy innleggelsesrate i somatikk.

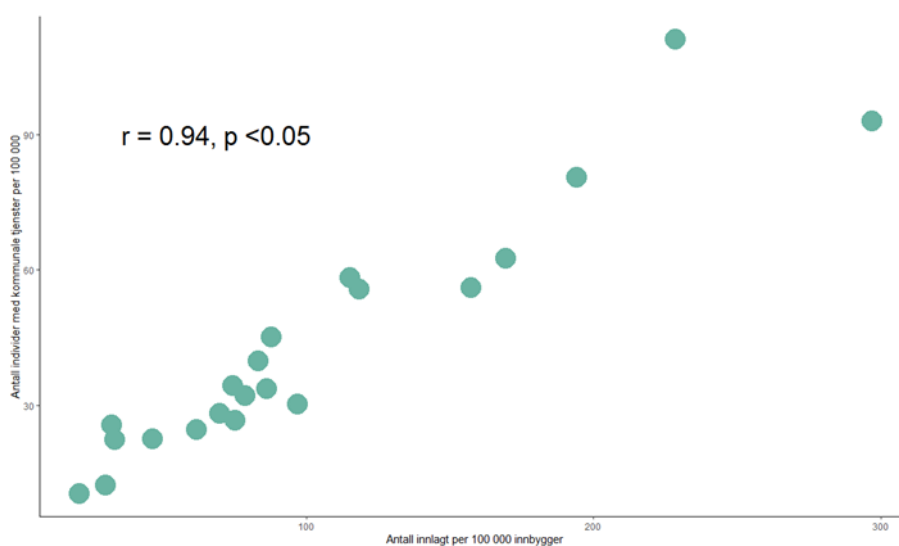
Andelen liggedøgn til øyeblikkelig hjelp i TSB utgjør kun 4,5% av totale liggedøgn i TSB, mens det i VOP utgjør 52%. Bruk av private aktører til døgnbehandling i TSB utgjør i overkant av 60% på nasjonalt nivå. Over en to-års periode har pasienter innlagt hos privat tilbyder 118 liggedøgn per individ, mens det i offentlig er 47 liggedøgn per individ. Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom befolkningens bruk av private tilbydere og bruk av elektiv døgnbehandling for pasientgruppen i helseforetakene mellom opptaksområder som kan gå i retning av et kompenserende tilbud ($r = -0,22$, $p>0,05$). Samlet sett er det for TSB en indikasjon på at det i større grad bør utvide polikliniske tilbud, samt omfordele kapasitet for døgnbehandling og basistjenester.

Søknadsbasert kommunale tjenester viser moderat variasjon over opptaksområder, og ytterpunktene for aktiviseringstilbud og bolig er over 4 ganger så høyt for opptaksområder med flest registrerte individer per innbygger. Hjemmetjenester og

³⁷ Lincoln et al. (2016). What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions. *European psychiatry*, 38.

institusjonstjenester viser mindre variasjon, og ytterpunkter ligger på over to ganger. Det er ingen åpenbare sammenhenger mellom tjenester i kommuner og spesialisthelsetjeneste. I noen tilfeller, som for barn- og unge med medfødte og varige tilstander, synes det gjennomgående å være en positiv sammenheng. Opptaksområder hvor det bli innlagt mange individer per innbygger med medfødte og varige tilstander i BUP, har ofte høyere kapasitet i BUP og har samtidig et høyt nivå av kommunale tjenester per innbygger på pasientgruppe. Figur nedenfor viser forholdet mellom døgninnleggelser og kommunale tjenester for pasienter medfødte og varige tilstander. Det er her ikke korrigert for alvorlighet i tilstand.

Figur 2 Antall personer innlagt til døgnbehandling i BUP og antall personer med kommunale tjenester med medfødte og varige tilstander i 2018/2019



Det er lav variasjon i antall kontakter hos fastlege per 100 000 innbygger over opptaksområdene (gjennomsnitt = 866, standardavvik = 122, CV = 14%). Tverrfaglige møter hos fastlege er en viktig samhandlingsarena, og har større variasjon per 100 000 innbygger over opptaksområder (gjennomsnitt = 185, standardavvik = 47, CV = 25%). Det er særlig områdene til Oslo sykehusområde og Akershus universitetssykehus HF som har en lavere rate med tverrfaglige møter med fastlege (om lag 46% under landsgjennomsnitt). I underkant av 24% av pasientene i PHV/TSB hadde i 2018 eller 2019 en eller annen form for søknadsbasert tjeneste fra kommunal helse- og omsorgstjenesten, og tjenestene er primært tilbudt pasienter med mest alvorlige tilstander (se kapittel om kommunale helse- og omsorgstjenester). I gruppen som har fått døgnbehandling i 2018/2019 hadde 7% en registrert virksam individuell plan i våre data. Ettersom det ikke synes å være mangel på innsats fra ulike nivåer, vil dette kunne være et aksjonspunkt for å forbedre samhandlingen.

Organisering, innretting og innhold i både spesialist- og primærhelsetjenesten til pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer i Norge. Pasientene bosted virker inn på hva slags helsetjenestetilbud som gis, dvs. i hvilken grad pasientene mottar oppsøkende

tjenester, aktiviseringstilbud, hvor lange sykehusoppholdene er og i hvilken grad det er sannsynlig å bli reinnlagt på sykehus før det er gått 30 dager. Pasienter bosatt i opptaksområder med lav gjennomsnittlig oppholdstid har større sannsynlighet for å nye innleggelser og det er mindre variasjon i liggedøgn per individ over en ett-års periode. Dersom man ser over flere år, reduseres variasjonen ytterligere. Dette viser at pasientgrupper med kroniske lidelser og fluktuerende funksjonsnivå over tid, bør analyseres over flere år. Dette gjelder for så vidt også poliklinisk oppfølging, ettersom mange av pasienten i PHV og TSB er i behandling over kalenderår. Avtalespesialister behandler en tredjedel av pasienter med angst og depresjon. Over en fireårsperiode mottar pasientene hos avtalespesialister i snitt 40% flere polikliniske opphold per individ sammenliknet med offentlig behandling. Dette kan indikere en systematisk variasjon og ett uttrykk for ikke-likeverdige helsetjenester.

3. Demografi og bosetningsmønster fram mot 2040

I «det handler om Norge» (NOU-2020-15) beskrives situasjonen slik: *Distriktskommuner har i dag en eldre befolkning enn resten av landet. Fram til 2040 vil antallet personer over 80 år i distriktene nesten doble seg. Distriktskommuner får dermed en eldrebølge på toppen av en allerede relativt gammel befolkning.*³⁸

Det innenlandske flyttemønsteret i Norge er sentraliserende.³⁹ Selv om SSBs seneste befolkningsframskriving anslår en generell befolkningsvekst for landet som helhet, er veksten utenfor de aller største byene lavere enn gjennomsnitt, og folketallet vil synke i de fleste av landets 356 kommuner.⁴⁰ Geografien og bosetningsmønsteret i Norge gjør det krevende for både kommuner og spesialisthelsetjenesten å yte likeverdige helsetjenester. Innbyggertallet varierer fra et par hundre til Oslo med over 650 000 innbyggere, og arealmessig fra Utsira med 6,3 km² til Kautokeino 9707 km². Utviklingen av befolknings sammensetningen har konsekvenser for hvilke muligheter som finnes for oppgavedeling, rekruttering og bærekraft. Den høye alderen i distriktskommunene vil gi kommunene relativt høyere forpliktelser til pleie og omsorg, og et større behov for helsepersonell. I *Det handler om Norge* beskrives spesialisering og «silo-tenkning» i helsetjenesten som negativt for distriktene, og gjør det nødvendig med regionale nettverk for implementering av innovasjon.⁴¹ Det styrker behovet for gjensidig veiledning og samarbeid.

Tabell nedenfor viser endringen i antall innbygger i Norge over opptaksområder frem til 2040 basert på SSB framskriving av 2020 hovedalternativ. Områdene rundt Oslo vokser mest.

³⁸ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>

³⁹ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-norge>

⁴⁰ <https://www.ks.no/fagomrader/demokrati-og-styring/kommunereform/noen-fakta-om-nye-kommuner-fra-2020/>

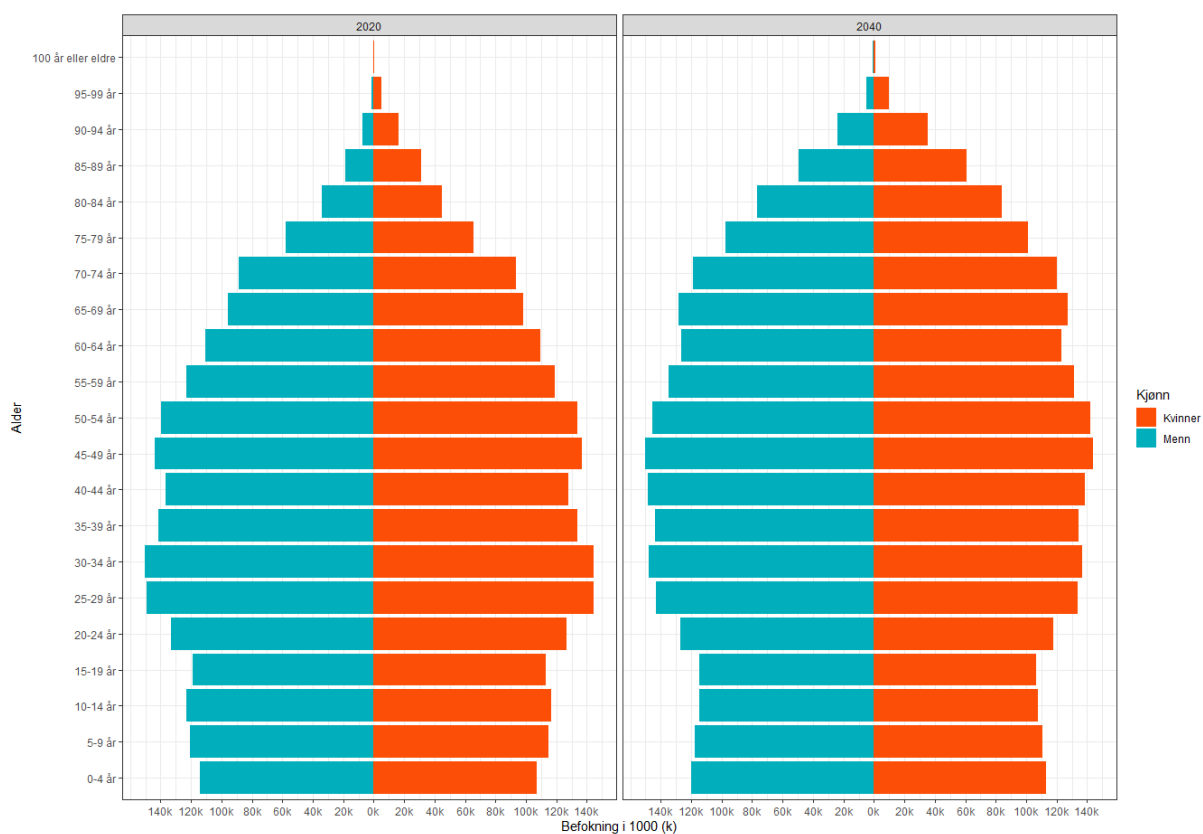
⁴¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>

Tabell 5 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2050 etter opptaksområder i Norge

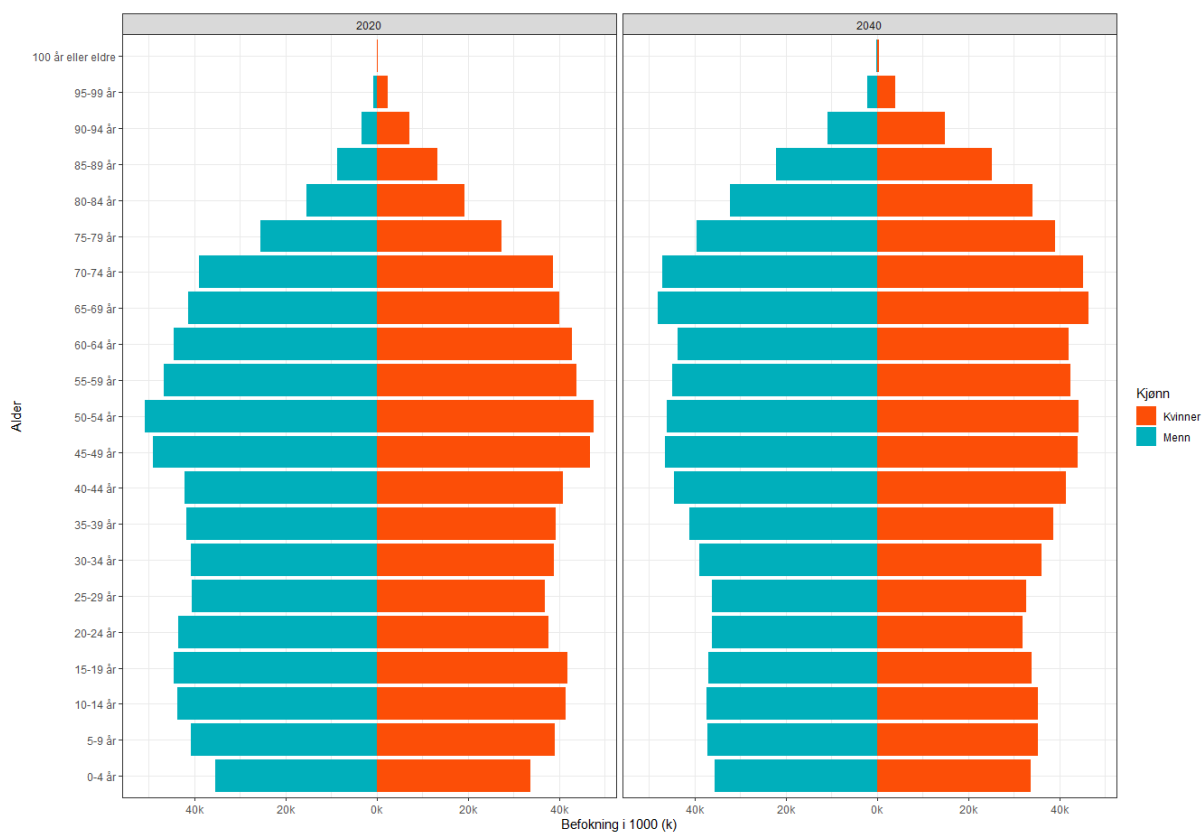
Opptaksområde	2020	2040	Endring %
Akershus universitetssykehus HF	579 099	670 672	16 %
Diakonhjemmet Sykehus	142 123	164 183	16 %
Finnmarksykehuset HF	75 472	77 375	3 %
Helgelandssykehuset HF	77 863	75 394	-3 %
Helse Bergen HF	456 500	502 849	10 %
Helse Fonna HF	180 398	183 676	2 %
Helse Førde HF	108 404	106 391	-2 %
Helse Møre og Romsdal HF	271 201	281 342	4 %
Helse Nord Trøndelag HF	149 508	152 256	2 %
Helse Stavanger HF	371 121	412 959	11 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	156 788	170 295	9 %
Nordlandssykehuset HF	138 145	140 255	2 %
Oslo universitetssykehus HF	282 930	319 777	13 %
St. Olavs hospital HF	313 231	349 659	12 %
Sykehuset i Vestfold HF	246 041	269 397	9 %
Sykehuset Innlandet HF	338 965	352 609	4 %
Sykehuset Telemark HF	173 355	178 614	3 %
Sykehuset Østfold HF	317 489	355 323	12 %
Sørlandet Sykehus HF	307 231	333 985	9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	193 066	197 915	3 %
Vestre Viken HF	488 650	546 690	12 %
Norge	5 367 580	5 841 616	9 %

Figurene nedenfor viser befolkningspyramider i 2020 og 2040 for kommuner med reisetid på under og over 30 minutter til DPS. Figurene illustrerer utfordringen for Norge, særlig for kommuner som er av mindre størrelse, hvor antallet barn og unge reduseres i antall og som andel, andel yrkesaktive blir lavere, mens antallet og andel eldre vokser.

Figur 3 Framskrivning av befolkning 2020-2040 for pasienter bosatt i kommuner med under en halvtime reisetid til DPS

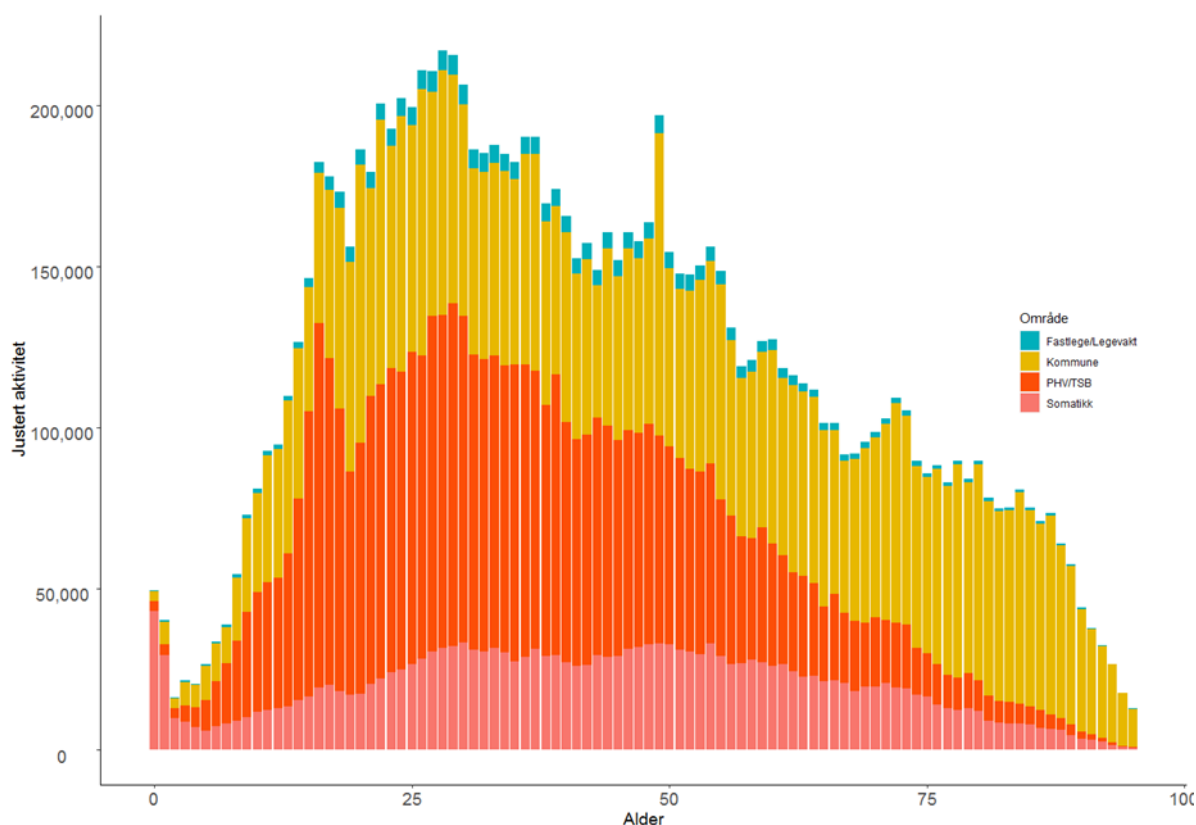


Figur 4 Framskrevet befolkning 2020 - 2040 for kommuner med mer enn 30 minutter til DPS



Figurene illustrerer utfordringen for Norge, særlig for kommuner som er av mindre størrelse, hvor antallet barn og unge reduseres i antall og som andel, andel yrkesaktive blir lavere, mens antallet og andel eldre vokser. Helsetjenestetilbud som er avhengig av befolkningsstørrelse og alder, vil påvirkes av denne befolkningsframskrivingen. Tjenesteområdene innen PHV og TSB blir i mindre grad affisert av den forventede befolkningsendringen i Norge, mens de tjenestene som kommunal helse- og omsorgstjeneste leverer i større grad vil bli påvirket. Figuren nedenfor viser et justert uttrykk for aktivitet i spesialisthelsetjenesten, søknadsbaserte tjenester fra kommunale helse- og omsorgstjenester og fastleger etter aldersgrupper.

Figur 5 Justert aktivitet over ulike helsetjenester og alder



Figuren illustrerer utfordringen innen helsetjenester for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Mens spesialisthelsetjenesten er brått avtagende med alder, er den kommunale innsatsen å være stabil over ulike aldersgrupper. Helsetjenester for psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser er aldersavhengig, således er fremtidig befolknings sammensetning viktig for behovet for helsetjenester.

4. Karakteristika og utviklingstrekk ved de ulike helsetjenestene

4.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester

Samhandlingsreformens hovedbudskap er at forebygging og tidlig hjelp gir bedre tjenester gjennom «*bedre behandling, på rett sted, til rett tid*». ⁴² I tråd med intensjonen er det bygget opp et utvidet helsetilbud til befolkningen.

Fastlegene står for en vesentlig ressursinnsats og hele 70% av befolkningen oppsøker fastlege årlig. ⁴³ I 2019 var om lag 630 000 individer i kontakt med fastlege med diagnose for psykiske lidelser og/eller rus- og avhengighetslidelser. Psykiske plager og lidelser står for nesten 11% av fastlegenes årlige konsultasjoner, dvs. nesten 1,6 millioner konsultasjoner i 2019. Antall kontakter utgjorde for samme pasientgruppe rundt 3,6 millioner. En stor andel av pasientene i PHV og TSB har også kontakt med fastlegen, og i 2019 hadde 89% av pasientene minst en konsultasjon hos fastlege. Det er estimert at 820 000 individer hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse i Norge 2019. Dette innebærer at om lag 75% av estimert antall individer med diagnostiserbare psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser, hadde minst en kontakt med helsetjenesten i 2019.

Fastlegene har således en sentral rolle i oppfølgingen og behandling av pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Tabell nedenfor viser en oversikt over pasientene som har mottatt behandling i psykisk helsevern og TSB i 2018/2019 og deres kontakt med fastlege/legevakt. I snitt har pasientene en kontakt per måned (inkl. administrative kontakter) og 1 konsultasjon hver 10. uke. Det er lav variasjon i antall kontakter hos fastlege per 100 000 innbygger over opptaksområdene ⁴⁴. Tverrfaglige møter hos fastlege er en viktig samhandlingsarena, og har større variasjon per 100 000 innbygger over opptaksområder ⁴⁵. Det er særlig områdene til Oslo sykehusområde og Akershus universitetssykehus HF som har en lavere rate med tverrfaglige møter med fastlege (om lag 46% under landsgjennomsnitt).

⁴² <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/smk/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2009/samhandlingsreformen--rett-behandling--p/id567911/>

⁴³ <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>

⁴⁴ Gjennomsnitt = 866, standardavvik = 122, CV = 14%.

⁴⁵ Gjennomsnitt = 185, standardavvik = 47, CV = 25%.

Tabell 6 Pasienter i psykisk helsevern og TSB med oppfølging hos fastlege/legevakt i 2018/2019

	Individer legevakt/fastlege	Andel fra spesialisthelse- tjenesten i kontakt med fastlege/legevakt	Snitt alder	Antall kontakter	Kontakter per individ
Legevakt	202 032	53 %	35,5	800 754	4,0
0-17 år	34 862	47 %	11,5	88 188	2,5
18-64 år	149 001	54 %	36,2	617 596	4,1
65 år og eldre	18 168	66 %	75,6	94 967	5,2
Alvolig psykisk lidelse	13 319	60 %	43,0	73 058	5,5
Depresjon	21 391	47 %	38,5	60 759	2,8
Angst	16 176	47 %	33,4	50 211	3,1
Belastning/Traume	21 285	52 %	35,5	72 138	3,4
Rus (inkl. komorbiditet)	34 513	70 %	40,6	249 706	7,2
Personlighetsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	16 822	58 %	35,5	110 091	6,5
Utviklingsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	12 146	50 %	21,8	57 804	4,8
Villet egenskade	3 391	87 %	33,4	38 527	11,4
Fastlege	371 741	98 %	34,8	8 778 372	23,6
Konsultasjoner	361 787	95 %	34,8	3 791 152	10,5
Psykoterapi	186 250	49 %	37,6	795 123	4,3
Tverrfaglige møter	144 508	38 %	39,8	947 138	6,6
Konsultasjoner:					
Alvolig psykisk lidelse	20 378	92 %	43,1	222 762	10,9
Depresjon	43 961	97 %	39,3	512 123	11,6
Angst	33 700	97 %	33,7	359 397	10,7
Belastning/Traume	39 878	97 %	37,2	466 042	11,7
Rus (inkl. komorbiditet)	46 373	94 %	41,2	547 695	11,8
Personlighetsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	27 836	96 %	35,8	347 131	12,5
Utviklingsforstyrrelse (inkl. komorbiditet)	22 442	93 %	20,4	162 689	7,2
Villet egenskade	3 767	97 %	33,3	53 085	14,1

Kommunene har hatt flere større satsninger på psykisk helsehjelp, særlig de senere årene. Rask psykisk helsehjelp (RPH) finnes i dag i 66 kommuner, og tilbudet består av veiledet selvhjelp og kognitiv terapi ved ulike angstproblemer, lett/moderat depresjon og ev. søvnproblemer i tillegg. Tilbudet skal være lett tilgjengelig, krever ikke henvisning, og kan suppleres med viderehenvisning ved behov for et annet tilbud, eks. i spesialisthelsetjenesten. Folkehelseinstituttets evaluering viser at tilbudet har god effekt på angst og depresjon.⁴⁶ Brukerne rapporterte at de i stor til svært stor grad var tilfredse med RPH-tilbudet. Lav terskel for å ta kontakt, kombinert med det relativt raskt behandlingstilbud ble vurdert som særlig positivt. Selv om RPH har gode resultater, er tilbudet fraværende i de fleste kommuner i dag. En nylig publisert studie viser at RPH er et tilbud som egner seg godt for å etablere i interkommunalt samarbeid.⁴⁷

Fra 1.1.20 ble det innført et lovkrav om psykologkompetanse i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Lovforarbeidenes uttalte mål er at psykologkompetansen bør benyttes i system- og samfunnsrettet arbeid,

⁴⁶ <https://www.fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/>

⁴⁷ https://www.idunn.no/tph/2020/02-03/aa_gjoere_noe_sammen_vi_ikke_kunne_gjort_alene_raskpsykis

folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder også til veiledning og fagstøtte til øvrig personell i kommunene. Rapporteringen viser at om lag 40% av stillingen nyttes til samfunns- og systemrettet arbeid, mens 20% er rettet mot helsefremmende og forebyggende arbeid. I 2019 mottok 384 kommuner/bydeler tilskudd til 617 psykologer, hvorav 132 av stillingene var ubesatt. 74 prosent av psykologene er ansatt i kommuner med 10 000 innbyggere eller flere, 16 prosent i kommuner med 5 000-9 999 innbyggere, og bare 10% i kommuner med 0-5 000 innbyggere. Lovkravet angir ikke hvilke oppgaver psykologene skal ha, og psykologenes kliniske virke er hovedsakelig innrettet som gratis lavterskeltilbud, uten henvisning. De fleste psykologene jobber i tverrfaglige team, der flere fagpersoner deltar samtidig.

For personer med større hjelpebehov tilbyr kommunene vedtaksbaserte helsetjenester som aktivisering (dagaktivitet, støttekontakt), hjelp i hjemmet (praktisk bistand, personlig assistent og helsetjenester i hjemmet), institusjonsbehandling og en rekke sosialtjenester som økonomisk støtte og hjelp med bolig. Om lag 23% av pasientene i psykisk helsevern og TSB 2018/2019 hadde minst ett vedtaksbasert tilbud fra kommunene (se tabell 8 for en fordeling av tjenester). Den klart mest frekvente tjenesten var hjemmetjenester, mens registrert bolig utgjorde 12% av populasjonen med hjemmetjenester. Hjemmetjenester til pasienter med psykiske lidelser vil ha som hovedhensikt å kompensere for affisert organisering- og gjennomføringsfunksjoner (e.g. struktur, bistand til husarbeid, matlaging, butikk, økonomi etc). Det er i overkant av 100 000 omsorgsboliger i Norge per år, noe som innebærer at om lag 10% av disse disponeres av pasienter med oppfølging innen psykisk helsevern og TSB.

Tabell 7 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med vedtaksbaserte kommunale helse og omsorgstjenester i 2018/2019

	Antall individer	Andel av populasjon i PHV/TSB
Aktivisering	19 595	5 %
Hjemmetjenester	79 823	21 %
Institusjon	17 872	5 %
Bolig	10 224	3 %
Annet	7 857	2 %
Total	88 297	23 %

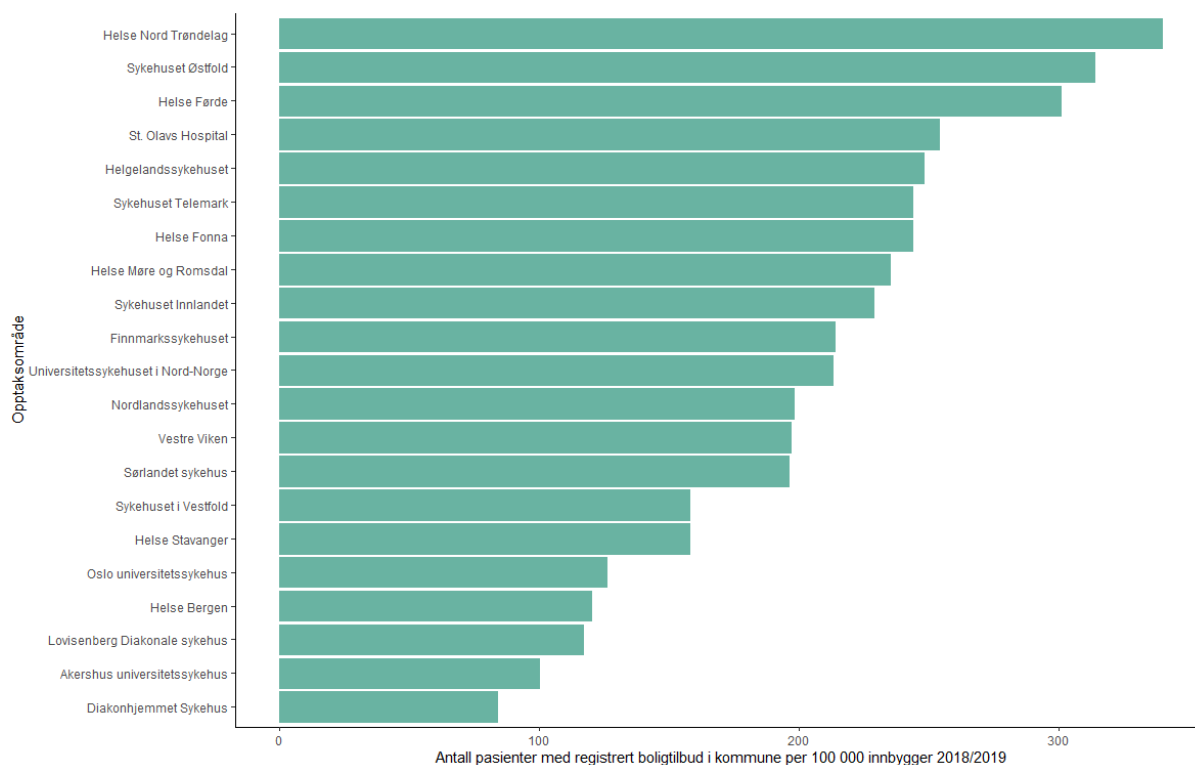
De kommunale helse- og omsorgstjenestene viser moderat variasjon per 100 000 innbygger over opptaksområder:

- Aktivisering: gjennomsnitt = 382, standardavvik = 109, CV = 29%
- Hjemmetjenester: gjennomsnitt = 1544, standardavvik = 366, CV = 24%
- Institusjon: gjennomsnitt = 359, standardavvik = 98, CV = 27%
- Bolig: gjennomsnitt = 204, standardavvik = 69, CV = 34%

Boligtilbud vises nærmere i figur nedenfor. De store byene i Norge, med unntak av Trondheim har alle lavest antall pasienter med registrert bolig per 100 000 innbygger.

Tilgang på optimale botilbud i kommunen er svært viktig for rehabilitering av pasienter med funksjonsnedsettelse som følge av den psykisk lidelse.

Figur 6 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med registrert boligtilbud per 100 000 innbygger i 2018/2019



De vedtaksbaserte kommunale helse- og omsorgstjenestene er i større grad rettet mot pasienter i spesialisthelsetjenesten med mer alvorlige problemstillinger og eldre. Tabell nedenfor viser fordelingen av ulike tjenestetyper for ulike grupperinger i spesialisthelsetjenesten. For BUP er det 12% av populasjonen som har vedtaksbasert tjenester, mens det for barn- og unge med varige og medfødte tilstander (e.g. psykisk utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse) og døgninnleggelse har i overkant av 40% en vedtaksbasert tjeneste. Over halvparten av pasientene med behov for øyeblikkelig hjelps innleggelse, mens det for pasienter med rusrelaterte lidelser (inkl. rus som komorbiditet) er 44% av pasientene med vedtaksbaserte tjenester. Innen gruppen eldre som er i behandling i spesialisthelsetjenesten har 64% av pasientene vedtaksbaserte tjenester, mens det for pasienter med demens er 90%. For pasientene med demens er 74% av pasientene registrert med institusjonsopphold i perioden 2018/2019. Dette illustrerer hvordan en økning i antall eldre vil kunne blir en utfordring for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Tabell 8 Antall individer med kontakt i PHV/TSB 2018/2019 med vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter selekterte grupper

	BUP-populasjon		Varige og medfødte tilstander og døgninnleggelse		Ø-hjelps populasjon voksne		Alvorlig psykisk lidelse		Rusrelatert lidelse (inkl. komorbiditet)		Eldre (65 år og eldre)		Demens	
	Individer	Andel av BUP-populasjon	Individer	Andel av døgn-populasjon	Individer	Andel av ø-hjelps populasjon	Individer	Andel av populasjon med alvorlig psykisk lidelse	Individer	Andel av populasjon med rusrelaterte lidelser	Individer	Andel av eldre i PHV/TSB	Individer	Andel av populasjon i PHV
Aktivisering	4 338	5 %	246	23 %	3 801	11 %	2 679	12 %	2 703	5 %	4 475	16 %	2 062	32 %
Hjemmetjenester	6 930	9 %	325	30 %	17 764	50 %	10 712	48 %	20 466	42 %	15 153	55 %	4 547	70 %
Institusjon	831	1 %	81	8 %	4 056	12 %	1 811	8 %	3 175	6 %	11 168	40 %	4 776	74 %
Bolig	141	0 %	11	1 %	3 094	9 %	2 613	12 %	2 865	6 %	2 755	10 %	920	14 %
Annet	35	0 %			1 281	4 %	584	3 %	1 054	2 %	5 852	21 %	1 910	29 %
Total	9 356	12 %	439	41 %	18 904	54 %	11 443	52 %	21 483	44 %	17 780	64 %	5 829	90 %

Over halvparten av pasienter med alvorlig psykisk lidelse har i perioden 2018/2019 søknadsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester:

- Knappe 50% har hjemmetjenester (e.g. praktisk bistand, helsetjenester hjem, re-/habilitering utenfor institusjon)
- 12% har aktivisering (e.g. støttekontakt, dagaktivitet)
- 8% har institusjonsopphold (e.g. kort og lang tid, KAD, nattopphold og dagopphold)
- 12% har et boligtilbud.

For antall pasienter med alvorlig psykisk lidelse, hjemmetjenester og/eller bolig er det relativt lite variasjon per innbygger over opptaksområder i Norge (hhv: gjennomsnitt = 208, standardavvik = 43, CV = 20%, gjennomsnitt = 50, standardavvik = 10, CV = 21%), mens det for aktivisering og institusjon er større variasjon per innbygger over opptaksområder (hhv: gjennomsnitt = 52, standardavvik = 17, CV = 33%; gjennomsnitt = 37, standardavvik = 13, CV = 34%). Det er samtidig et spørsmål om boligtilbudet er for lavt og årsoppsummeringen fra brukerplan viser at i underkant av 12 000 personer med psykiske problemer og/eller rus har ikke-optimale boforhold. Gode boforhold reduserer risiko for tilbakefall for pasienter med alvorlig psykisk lidelser.

Antallet brukere av pleie- og omsorgstjenester over 80 år er forventet å bli tredoblet de neste 40 årene, fra 220 000 brukere i 2018 til nærmere 700 000 i 2060 (Leknes et al., 2018). Mange av disse brukerne vil være personer med demens. Hovedandelen av pasienter med demens som har mottatt oppfølging i psykisk helsevern og TSB 2018/2019, hadde institusjonsopphold i kommunen. Med den forestående endring i befolkningssammensetning i Norge, vil dette sannsynlig utfordre den kommunale hjelpetjenesten.

4.2. Barn og unge

Barn og unge har behov for tilbud tilrettelagt for aldersgruppens preferanser og utfordringer. Barn og unge lever livet i sosiale strukturer som familie, venner og

lokalsamfunn. Det er derfor innen denne rammen at potensialet for forebygging og forbedring er størst. For å redusere frafall og skjevutvikling, må tilbudet til barn og unge (PHBU) i større grad samordne innsatsen med instanser og etater som rår over barnets øvrige livsbetingelser. Det er et mål at barn og unge får helsehjelp når de trenger det og der de trenger det.

Selv om helsehjelp fra psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) innvilges hovedsakelig basert på psykisk lidelse (diagnose), skal også atferd som selvskadning og skolevegring vurderes. For å i større grad forhindre utenforskap bør samarbeidet mellom PHBU og kommunene videreutvikles for å aktivt følge opp sårbare grupper som:

- Barn i barnevernet (kommunalt og Bufetat)
- Barn som vokser opp med stor sosial risiko
- Barn av foreldre med alvorlig sykdom
- Barn av foreldre som utøver eller truer med vold
- Barn av foreldre som misbruker rusmidler
- Barn som faller ut av skole/ står utenfor det sosiale fellesskapet
- Barn som tidlig viser tegn på sosial mistilpasning og tegn på antisosial atferd (ekstremisme, rus, kriminalitet, etc.)

Hvert år får om lag 5% av barn og unge et tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Over fireårsperioden fra 2016 til 2019 var det 134 546 unike pasienter i BUP, slik at flere går til oppfølging i BUP over år. Frem til 14 års-alder er det flest gutter i behandling hos BUP, mens det fra 15 år er flest jenter. Sammenlignet med estimert forekomst fra GBD, får 45% av barn og unge med diagnostiserbare psykiske lidelser et tilbud i BUP for alderen 0-9 år, 38% for alderen 10-14 år og 33% for alderen 15-19 år.

Tabell 9 Antall pasienter i BUP per år og rate per 100 000 innbygger mellom 0-17 år

	Antall individer	Rate per 100 000
2016	55 527	4 925
2017	57 252	5 062
2018	56 658	5 018
2019	56 357	5 021

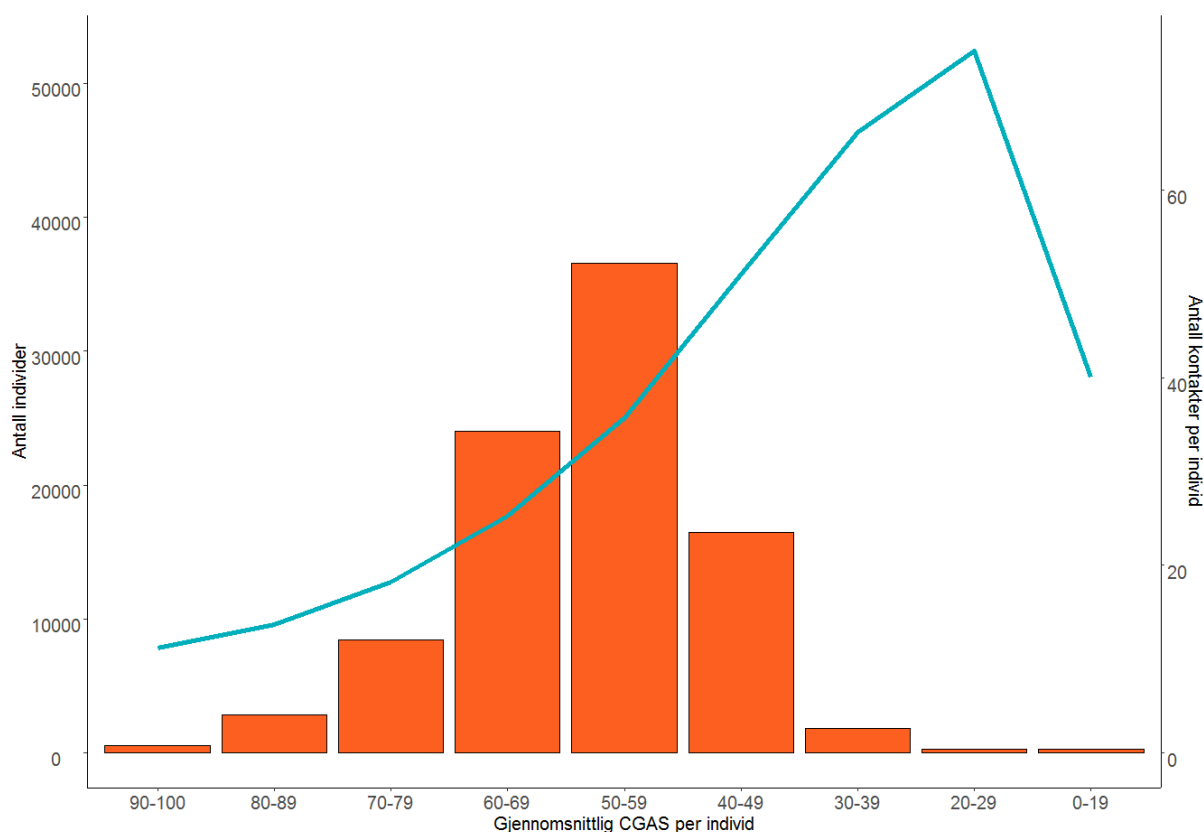
Kommunale tjenester som helsestasjon, skolehelsetjenesten, fastlege, kommunepsykolog og psykisk helsetjeneste, tilbud fra barnevernet, PPT, kommunalt innsatsteam, logopedtjeneste og skole har stor betydning for fungering i hverdagen. De kommunale tilbudene antas derfor å dekke deler av behovet. Kommunene har økt antall årsverk i helsestasjonene og skolehelsetjenesten de senere årene.⁴⁸ Helsesykepleierne

⁴⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202020.pdf/> /attachment/inline/c40e5784-a262-48ef-ba65-

selv oppgir at de sykeste barna primært ivaretas av spesialisthelsetjenesten, mens andre peker på at det er lite tid til å arbeide forebyggende grunnet nettopp arbeid med de alvorligst syke barna.⁴⁹ Det er samtidig dokumenter potensial for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og andre instanser, som for eksempel barnevernet.⁵⁰

Psykisk helsevern for barn og unge har høyere dekningsgrad i spesialisthelsetjenesten enn tilsvarende tjeneste for voksne. I BUP sitt multiaksiale diagnostiske system skåres funksjonsnivå på en skala fra 1-100 (hvor 100 er best mulig fungering). Figuren viser barn og unge i BUP for årene 2016-2019 med CGAS-skåre (75% har skåre) og det er beregnet gjennomsnittsskåre gjennom forløpet og antall kontakter per pasient for ulike funksjonsnivå.

Figur 7 Antall pasienter og kontakter per pasient fordelt etter CGAS funksjonsgruppe (Antall pasienter: venstre akse og søyler; Kontakter per pasient: høyre akse og linje)



Figuren viser at forholdet mellom funksjonsnivå og volum av behandling (antall kontakter) stiger lineært med redusert funksjonsnivå, fram til det når de med gjennomsnittlig CGAS under 30. Samtidig viser figuren at om lag 13 000 pasienter i fireårsperioden har en gjennomsnittlig CGAS over 70, og at denne gruppen fikk 11 til 18

[afe1bb3a35bf:5a3a258326564ea73310d8c4a23acb18ab4c5db7/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202020.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig_rapport_2019_01307.pdf)

⁴⁹ https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/endelig_rapport_2019_01307.pdf

⁵⁰ <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>

kontakter per person. Det illustrerer at dagens BUP har en andel på over 10% som har lavere indikasjon for spesialisthelsetjeneste, og at denne andelen får relativt omfattende oppfølging ved inntak. Vi har ikke grunnlag for å vurdere hva som er bakgrunnen, dvs. om dette skyldes tidlig innsats, eller om oppfølgingen burde ha vært gitt i kommunen. En omstilling av psykisk helsevern for barn og unge vil trolig kunne skje innen rammen av denne gruppen. Her kan lavterskeltilbud, i et tettere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten bidra til bedre tilgjengelighet, legge til rette for tidlig dialog og rask avklaring. Det kan forenkle prioriteringer, samt øke sannsynlighet for tidlig oppdagelse av alvorlig sykdom. Et eksempel er «Inntak ute i bydel» som Lovisenberg Diakonale sykehus har opprettet i utvalgte bydeler i Oslo. Tilbud som rask psykisk helsehjelp og eMeistring bør utvikles for å tilpasses ungdom.

4.2.1. Hvem behandles i psykisk helsevern for barn og unge?

Diagnostisk fordeling av hovedtilstand på akse 1 for poliklinisk behandling vises i tabell under for 2019. Kategorien for uspesifisert diagnose inkluderer R- og Z-diagnoser. Ettersom hvert opphold telles (ikke bare sluttdiagnose), blir denne kategorien forholdsvis større. Kategorien blir mindre hvis kun sluttdiagnose inkluderes. Samtidig er dette et uttrykk for at mange barn og unge ikke får spesifiserte F-diagnoser i BUP på akse 1. For en del barn og unge er det ukorrekt å stille spesifiserte F-diagnoser, og prodromale symptomer kan manifestere seg som diffuse symptomer eller pasienten kan ha lavt funksjonsnivå og være avhengig av oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Av de spesifiserte F-diagnosene er det ADHD og tilpasningsforstyrrelser som er av særlig volum. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser er av et lavere volum, men mottar flest opphold per individ.

Tabell 10 Antall pasienter og opphold i poliklinisk og dagbehandling BUP 2019 etter diagnose (Akse 1)

Diagnose	Individer	Antall pol./dag-opphold	Andel av individer	Andel av pol./dag-opphold
ADHD	11 707	124 480	21 %	15 %
Alvorlig psykisk lidelse	458	10 492	1 %	1 %
Andre diagnostiserte tilstand	3 882	21 552	7 %	3 %
Andre forstyrrelser	5 928	68 351	11 %	8 %
Angst	2 143	26 283	4 %	3 %
Depresjon	3 168	45 210	6 %	5 %
Fobi	1 878	26 299	3 %	3 %
Kompleks belastning	270	3 094	0 %	0 %
Mangler	1 722	7 911	3 %	1 %
OCD	954	14 206	2 %	2 %
Organisk	18	124	0 %	0 %
PF	495	6 001	1 %	1 %
Rus	75	547	0 %	0 %
Spiseforstyrrelse	1 322	32 301	2 %	4 %
Tilpasningsforstyrrelse	5 440	74 571	10 %	9 %
Uspesifisert	32 416	330 008	58 %	39 %
Utviklingsforstyrrelse	3 794	48 463	7 %	6 %
Total	56 197	839 893	100 %	100 %

Det er et noe tydeligere diagnostisk bilde på pasienter med behov for døgnbehandling. I 2019 utgjorde pasienter med spiseforstyrrelser 21% av samlet liggedøgnsvolum.

Tabell 11 Diagnostisk fordeling døgntilrettelagt BUP 2019

	Antall individer	Antall liggedøgn	Andel av individer	Andel av liggedøgn
ADHD	168	4 390	8 %	5 %
Alvorlig psykisk lidelse	183	9 448	9 %	12 %
Andre diagnostiserte tilstander	45	1 328	2 %	2 %
Andre forstyrrelser	153	4 913	7 %	6 %
Angst	80	2 560	4 %	3 %
Depresjon	296	8 887	14 %	11 %
Fobi	64	3 915	3 %	5 %
Kompleks belastning	14	598	1 %	1 %
Mangler	212	7 043	10 %	9 %
OCD	32	1 309	2 %	2 %
Organisk		30	0 %	0 %
PF	40	1 186	2 %	1 %
Rus	39	293	2 %	0 %
Spiseforstyrrelse	219	17 194	11 %	21 %
Tilpasningsforstyrrelse	270	6 759	13 %	8 %
Uspesifisert	364	2 915	18 %	4 %
Utviklingsforstyrrelse	148	7 454	7 %	9 %
Total	2 068	80 222	100 %	100 %

Pasienter med spiseforstyrrelser utgjør 11% av populasjonen som får døgntilrettelagt BUP, og bare 2% av pasientene i poliklinikk. I 2016 utgjorde antall liggedøgn for pasienter med spiseforstyrrelser i underkant av 12 000, mens det i 2019 var 17 000. Tabell nedenfor viser utviklingen for pasienter med spiseforstyrrelser i BUP i perioden 2016-2019. Den årlige veksten korrigert for befolkning er formidabel. Sammenholdt med estimert prevalens av spiseforstyrrelser, er det en relativt lav dekningsgrad i spesialisthelsetjenesten, og økningen vil sannsynligvis indikere at flere søker behandling. Veksten i liggedøgn er større enn antallet individer, og indikerer således at hver pasient som blir innlagt får mer omfattende behandling.

Tabell 12 Utvikling antall pasienter, totale opphold (døgn, dag og polikliniske opphold) og liggedøgn for pasienter med spiseforstyrrelser i perioden 2016-2019.

År	Antall			Rate per 100 000 mellom 0 - 17 år	
	Individer	Totale opphold	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn
2016	1 043	23 297	11 783	93	1 045
2017	1 177	34 234	12 899	104	1 140
2018	1 307	30 141	16 443	116	1 456
2019	1 363	32 622	17 194	121	1 532
Snitt årlig endring				10 %	16 %

Pasientgruppen har ofte et betydelig helsehjelpsbehov på tvers av somatikk, psykisk helsevern for voksne, barn og unge og kommunale tjenester. Det er vanskelig å si

hvordan utviklingen går videre, men dersom utviklingen vedvarer vil det ha konsekvenser for ressursfordelingen innad i helsetjenesten. Det bør undersøkes nærmere om tiltak rettet mot forebygging av spiseforstyrrelser kan ha positiv effekt.⁵¹

Pasienter med medfødte og varige tilstander (e.g. psykisk utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autisme, asperger), spesifikke utviklingsforstyrrelser og ADHD) er en sentral del av pasientpopulasjonen i BUP. Særlig psykisk utviklingshemming og spesifikke utviklingsforstyrrelser klassifiseres på hhv. Akse 2 og 3, og vil ofte registreres som samtidig diagnoser med en akse 1-diagnose. Dersom vi ser bort fra pasienter med ADHD, utgjorde pasienter med medfødte og varige tilstander 16% av pasientpopulasjon i BUP 2019. Tabell nedenfor viser utviklingen over de siste år. Tabellen viser at denne gruppen utgjør en stadig større andel, noe som skyldes en årlig vekst for pasienter med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse.

Tabell 13 Antall individer i BUP og individer med medfødte og varige tilstander i perioden 2016-2019

aar	Totalt antall individer	Antall individer				Rate per 100 000 0-17 år		
		Individer med medfødte og varige tilstander	Psykisk utviklingshemming	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	Spesifikk utviklingsforstyrrelse	Psykisk utviklingshemming	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	Spesifikk utviklingsforstyrrelse
2016	55 527	7 821	629	2 905	4 465	56	258	396
2017	57 252	8 391	586	3 379	4 671	52	299	413
2018	56 658	8 286	521	3 538	4 486	46	313	397
2019	56 357	8 923	569	3 711	4 899	51	331	436
Snitt årlig endring						-3 %	9 %	3 %

Pasienter med varige og medfødte tilstander utgjør i 2019 om lag 17% av døgnpopulasjonen i BUP. Fra 2016 er det en større utvikling i antall individer som blir innlagt med disse problemstillingen, med en årlig vekst på om lag 10%.

4.2.2. Variasjon i bruk av døgnopphold

Psykisk helsevern for barn og unge gir primært poliklinisk behandling og 99,7% av har minst en poliklinisk kontakt i 2019. Kun 3,7% av pasientene i BUP blir innlagt til døgnbehandling i løpet av et år. Disse forholdstallene er helt stabile for årene 2016-2019. Antall pasienter i poliklinisk behandling og antall polikliniske opphold per innbygger varierer i mindre grad over opptaksområder med henholdsvis en variasjonskoeffisient på 15 og 13% i 2019.

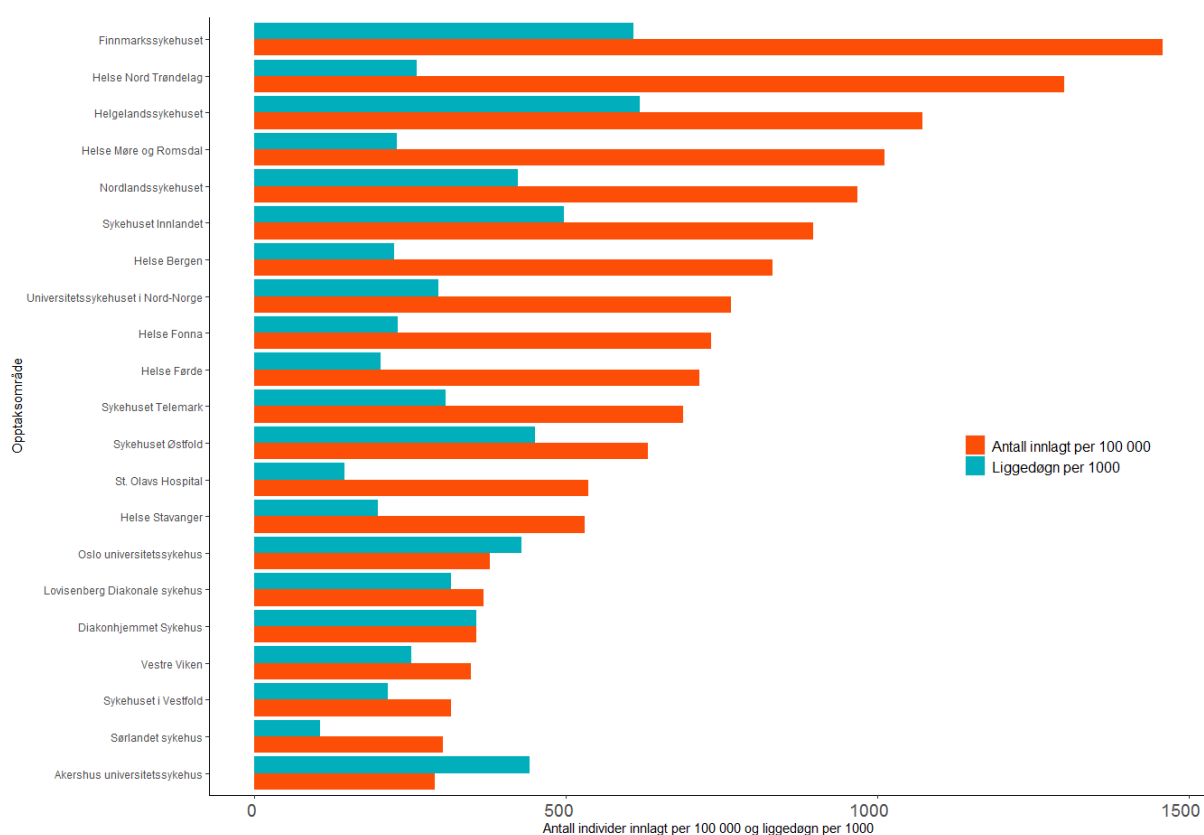
⁵¹ Le et al., (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis, 53, Clin Psych Rev

Tabell 14 Gjennomsnittlige rate per 100 000 mellom 0-19 år over opptaksområder, standardavvik og variasjonskoeffisient

	Snitt rate (std)	CV
Antall individer i BUP	5411 (1024)	19 %
Antall individer innlagt døgn	212 (97)	46 %
Liggedøgn	7789 (3602)	46 %

Det er langt større variasjon i bruk av døgnopphold og liggedøgn per innbygger. Denne variasjonen er også forholdsvis stabil og indikerer således en ulik tilnærming til døgnbehandling. Figur nedenfor viser variasjonen i døgnbehandling over opptaksområder for perioden 2016-2019 og illustrer ulik tilnærming til behandling i BUP, og forskjeller i kapasitet. I fremstillingen er oppholdsdøgn for pasienter bosatt i Oslo inkludert hjemmesykehus, slik at fremstillingen i uttrykker varighet av høyintensiv behandling.

Figur 8 Antall pasienter innlagt til døgnbehandling i BUP og liggedøgn i perioden 2016-2019 per 100 000 innbygger 0-17 år (gjennomsnitt av årene)



I hvilken grad pasienter blir innlagt med varige og medfødte tilstander og omfanget av døgnbehandlingen varierer også over opptaksområder i Norge (hhv. 76% og 83%), og det er særlig områdene i Nordland, Finnmark og Helgeland, samt Oslo og Akershus som har et betydelig høyere forbruk av liggedøgn. Det er en klar positiv sammenheng ($r= 0.7$) mellom samlet døgnforbruk i BUP og døgnforbruk for pasienter med medfødte og varige tilstander.

4.2.3. Sped- og småbarn

Sped- og småbarn fra 0-5 år er en pasientgruppe som i dag har stor variasjon i tilbud mellom helseregionene. Utgangspunktet er at sped- og småbarns problemer må forstås innenfor en omsorgs- og samspillramme som endres over tid. Tidlig hjelp til barnas familier er derfor svært viktig.⁵² NPR-tall fra 2016-2017 viser at andel barn i psykisk helsevern for barn og unge i alderen 0-3 år per helseforetak har en variasjon fra -63 til 103% til landsgjennomsnitt. Det kan skyldes flere forhold, som ulik organisering av barnehabilitering, at det kommunale tilbudet er ulikt utbygget og at tjenesten selv har ulikt tjenestetilbud eller registreringspraksis. Variasjonen i bruk og innhold i tilbudet rettet mot sped- og småbarn viser at det fortsatt er behov for videre kunnskapsutvikling innen fagområdet. Variasjonen indikerer at dette er områder som potensielt ikke blir fremskrevet i dag, og nærmere vurderinger bør gjøres.

4.2.4. Inkludering og utenforskap

OECD har påpekt at Norge bør gjøre mer for å redusere andelen unge under 30 år som ikke har arbeid eller er under utdanning.⁵³ Andelen unge på uføretrygd i Norge er den høyeste i OECD. Unge uten fullført videregående opplæring har større sannsynlighet for å motta en form for stønad, og for å motta stønad i en lengre periode. De mest sårbare mottar sosialstønad, har psykiske helseproblemer, lite arbeidserfaring og behov for mer samordnet hjelp. Erfaringer fra IPS (Individual Placement and Support/Individuell jobbstøtte) viser at også personer med alvorlige psykiske lidelser kan mestre jobb og skolegang med riktig støtte. Enkelte helseforetak tilbyr jobbstøtte også til unge, eks. Diakonhjemmet.⁵⁴ Etter mal fra FACT for voksne, er det nylig etablert flere piloter på en tilpasset modell for unge mellom 12-24, FACT-ung.⁵⁵ Dette vil kunne bidra til at flere klarer å opprettholde funksjon over lengre perioder og vil bidra til å redusere risiko for utenforskap.

4.2.5. Barn i barnevernet

I 2019 var det nesten 55 000 barn og unge under 23 år som fikk hjelp fra barnevernet.⁵⁶ Det er omtrent samme størrelse som psykisk helsevern for barn og unge. Her mangler vi gode nasjonale tall for å vite hvor stor andel av barn og unge i barnevernet som samtidig har et tilbud i BUP.

Bufdirs statistikk for 2019 viser at for 61% av barn og unge ble det gitt hjelpetiltak i hjemmet. Nesten 15 000 barn og unge hadde plassering utenfor hjemmet i 2019. De

⁵² <https://www.r-bup.no/no/maalgrupper/sped-og-smaabarn>

⁵³ OECD *Investing in Youth: Norway* 5. April 2018

⁵⁴ <https://diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern-og-rus/barne-og-ungdomspsykiatrisk-poliklinikk#gruppeterapi>

⁵⁵ <https://www.napha.no/content/24269/Oppsokende-FACT-team-for-unge-i-gang>

⁵⁶ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/

fleste i fosterhjem (73%), i egen bolig med oppfølging (19%) eller i barnevernsinstitusjon (8%).⁵⁷

Kayed m. fl. sin rapport om psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner viste at 76% av institusjonsbeboerne fyller kriteriene for en eller flere psykisk lidelse(r), mens bare 38% hadde fått hjelp fra psykisk helsevern de siste tre månedene.⁵⁸ Det er også indikasjon på at ungdom i barnevernsinstitusjonene har høyere forekomst av psykisk lidelse enn ungdom for øvrig, høy grad av komorbiditet og at nesten 28% hadde tidligere innleggelse i psykisk helsevern for barn og unge.⁵⁹ De mest utbredte lidelsene var depresjon (37%), angst (34%), ADHD (32%) og Aspergers syndrom (23%). 19% hadde alvorlig atferdsforstyrrelse (CD) og 21% reaktiv tilknytningsforstyrrelse.

Barn og unge i barnevernet har hatt økt fokus de senere år, og ulike tiltak er iverksatt. Det er innført lokale samarbeidsavtaler mellom BUP og barnevern, regionale avtaler mellom de regionale helseforetakene og Bufetat, fellesinstitusjoner for BUP/barnevern, barnevernsansvarlig i BUP og det er prøvd ut andre strukturer som felles akuttinntak og stillasbyggerne. Helsedirektoratet og Bufdir har også utarbeidet et pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus for barn og unge i barnevernet.⁶⁰ Likevel er det mye som gjenstår, jf. Barneombudets nyeste rapport *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*.⁶¹

Barne- og familiedepartementet har nylig fremmet forslag om å endre barnevernloven. Høringsforslaget innstiller på at det skal utføres tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Formålet er økt kunnskap om barnets behov, som skal gi bedre grunnlag for forsvarlig omsorg og oppfølging. Kartleggingen forutsetter at særlig spesialisthelsetjenesten bidrar med nødvendig kompetanse og ressurser for å kartlegge psykisk og somatisk helse, inkl. tannhelse. Forslaget forplikter dermed både kommunene og spesialisthelsetjenesten til å avsette kompetanse og ressurser til både kartlegging og videre oppfølging og behandling.⁶²

⁵⁷ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Oppsummert_status_i_tall_for_barnevernet/

⁵⁸ <https://bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002834>

⁵⁹ https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e

⁶⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/barnevern-kartlegging-og-utredning-av-psykisk-helse-og-rus-hos-barn-og-unge>

⁶¹ <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>

⁶² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-tverrfaglig-helsekartlegging-av-barn-i-barnevernet/id2819979/?expand=horingsbrev>

4.2.6. Barn og unge med rusmiddelproblemer, ruslidelser og avhengighetsproblematikk

Statistikk fra Bufetat viser at barn og unges rusbruk sjelden er hovedårsak til tiltak i barnevernet. Det tyder på at det er andre risikofaktorer enn rusbruk hos barn og unge som utløser hjelpetiltak fra barnevernet, Bufetat eller PHBU, eks. foreldre som ruser seg, atferdsvansker osv. Barn og unge med samtidige psykiske lidelser og ruslidelse vil henvises til PHBU for behandling av den psykiske lidelsen. Det er først og fremst ungdom på 17 år som er å finne i TSB.

Unge under 18 år henvises i liten grad til TSB og barn og unge med rusproblemer fanges derfor oftest opp av utekontakten, politi, barnevern og lavterskeltiltak i kommunen. Så lenge det er Bufetat som følger opp er det også her behov for en avklaring av hvilken etat som skal tilby hjelp til barn og unge med rusproblemer. Polikliniske opphold hvor rusrelatert diagnose er stilt som hoveddiagnose eller bidiagnose er svært lavfrekvent i PHBU.

En annen gruppe med avhengighetsproblematikk er unge med spillavhengighet. Selv om det foreløpig er en forholdsvis liten gruppe, kan avhengighetsproblematikken ha store konsekvenser for fungering i familien, sosialt og i skole/utdanning. Kompetansen bygges i dag opp i TSB. Det er lite forskjell på å behandle en 15-åring og en 18-åring. Her er det en mulighet for at TSB kan utvide ansvarsområdet ned til 15 år.

4.3. Alminnelig og utbredte psykiske lidelser hos voksne

Angst- og depresjonslidelser er, sammen med ruslidelser, utbredt i befolkningen og har betydelige konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. Grunnet helsetapet og den høye forekomsten, er angst og depresjon på 8. og 9. plass over sykdommer som gir størst sykdomsbyrde.

Alminnelige og utbredte psykiske lidelser som angst (fobi, angst og OCD) og depresjon er den største pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. Pasienter med angst og depresjon utgjorde 34% av pasientpopulasjonen i 2019 over 18 år (75 000 individer). I perioden 2016 til 2019 var 181 000 pasienter til behandling for angst og depresjon (inkl. avtalespesialister) i spesialisthelsetjenesten. Pasientene mottar ofte behandling over kalenderår og i perioden 2018-2019 hadde pasienter med angst og depresjon om lag 14,6 polikliniske opphold per pasient. Det samlede polikliniske volumet for denne pasientgruppen er i underkant av 800 000 per år.

OCD (tvangslidelse) er en relativt liten undergruppe av angstlidelser, og utgjør årlig i underkant av 4 000 individer. Pasientene følges ofte opp over flere år og i en fireårsperiode er populasjonen på 8 000 individer. Gjennom denne perioden har pasientene om lag 19 polikliniske opphold per individ. Utviklingen av 4-dagers behandlingen har vist svært gode resultater, men krever en betydelig høyere ressursinnsats over kortere tid (omregnet til det dobbelte av gjennomsnittlig antall polikliniske opphold per individ). Dersom behandling skal tilbys bredspektret vil det være nødvendig å justere kapasitet.

Pasienter med tilpasningsforstyrrelser og komplekse belastningslidelser (e.g. PTSD, dissosiasjonslidelser) er en større pasientgruppe i spesialisthelsetjenesten og utgjorde i 2019 om lag 40 000 individer. Tabell nedenfor viser utviklingen for pasienter over 18 år med alminnelige og utbredte tilstander i poliklinikk.

Tabell 15 Utvikling av alminnelige og utbredte tilstander i spesialisthelsetjenesten 2016-2019

	Antall individer						Rate per 100 000 over 19 år					
	Depresjon	Fobi	Angst	OCD	Tilpasningsforstyrrelse	Kompleks belastning	Depresjon	Fobi	Angst	OCD	Tilpasningsforstyrrelse	Kompleks belastning
2016	44 465	8 519	18 496	3 187	31 899	3 352	1 125	215	468	81	807	85
2017	45 171	9 114	19 806	3 503	33 744	4 364	1 131	228	496	88	845	109
2018	43 998	9 087	19 666	3 535	34 223	3 953	1 090	225	487	88	848	98
2019	44 057	9 336	19 878	3 776	35 742	3 650	1 082	229	488	93	878	90
Snitt årlig endring							-1 %	2 %	1 %	5 %	3 %	2 %

Avtalespesialister innen psykisk helsevern utgjør en viktig del av behandlingen som tilbys pasienter med angst og depresjon. Tabell nedenfor viser antall pasienter og volum av behandling ved henholdsvis offentlig behandling og hos avtalespesialist. Over en fireårsperiode mottar pasientene ved avtalespesialist 40% flere polikliniske opphold.

Tabell 16 Pasienter med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse i poliklinisk behandling i perioden 2016-2019 ved offentlig og avtalespesialist.

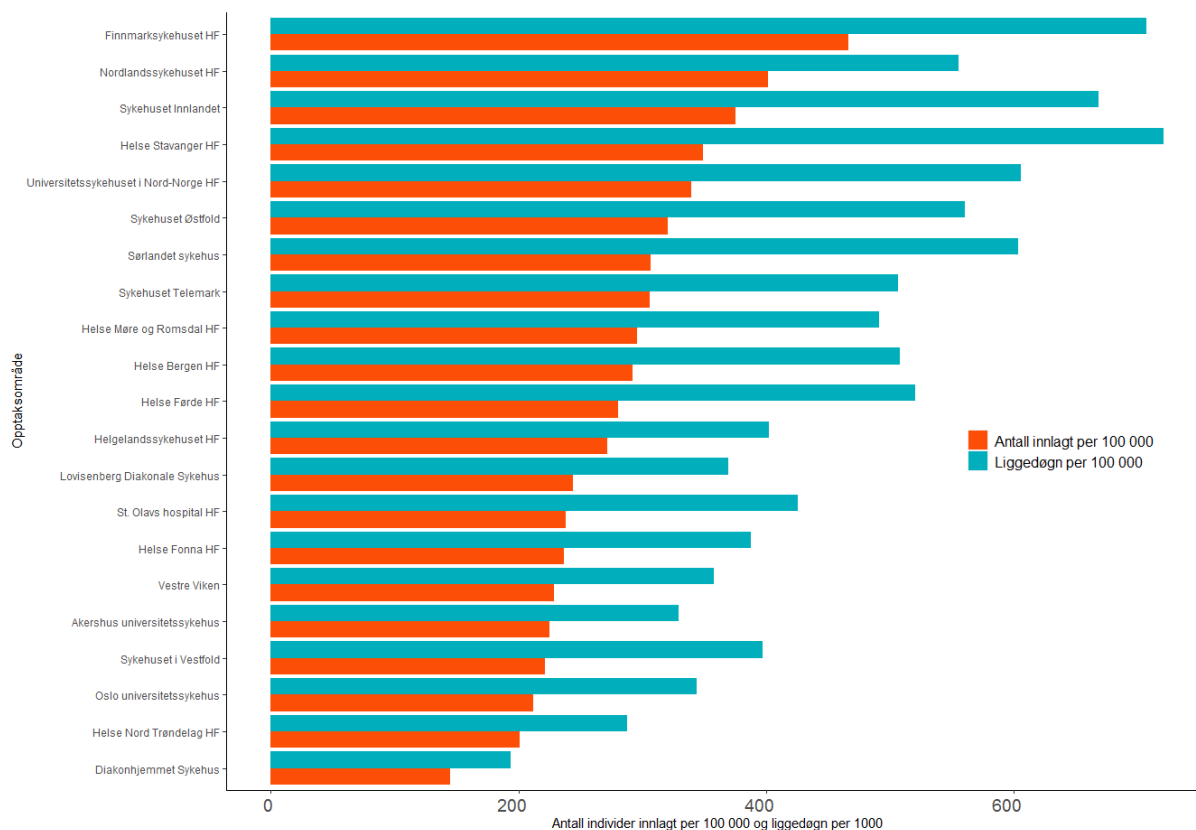
	Individer	Polikliniske opphold	Opphold per individ
Offentlig	174 578	2 953 882	16,9
Avtalespesialist	72 790	1 745 793	24,0
Total	233 631	4 699 675	20,1

I henhold til Helsedirektoratets prioriteringsveileder for psykisk helsevern, skal pasienter med milde og moderate tilstander følges opp av primærhelsetjenesten. Basert på tall fra NPR og KPR, utgjør pasienter med milde tilstander, uspesifiserte lidelser og symptomlidelser uten omfattende tjenester fra kommunen rundt 8% av pasientvolumet i psykisk helsevern og TSB. Dette er i overkant av 20 000 individer, med estimert volum på nærmere 200 000 polikliniske opphold per år. Variasjonen i spesialisthelsetjenestens oppfølging av alminnelig og utbredte lidelser indikerer samtidig ett potensial for optimalisering av forløp i spesialisthelsetjenesten. En tydeligere oppgavedeling og optimalisering av behandlingsforløp vil kunne bidra til å bredde tilbud som 4-dagersbehandling for OCD i spesialisthelsetjenesten.

4.3.1. Ulik behandlingspraksis ved utbredte og allmenne tilstander

En relativt liten andel av denne pasientgruppen blir innlagt til døgnbehandling (10%). For den utvidete gruppen av utbredte og alminnelig tilstander (inkl. OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse) er det moderat variasjon i liggedøgnsforbruk over opptaksområder i 2019 (CV = 29%) og området med høyest forbruk er tre ganger så høyt som område med lavest forbruk. Det er av interesse at pasienter bosatt i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus har et betydelig annet døgnforbruk ved disse tilstandene, enn pasienter bosatt i for eksempel Diakonhjemmet sitt opptaksområde. Disse forskjellene indikerer ulik tilnærming til behandling og ulik kapasitet, og representerer en utfordring for likeverdige helsetjenester.

Figur 9 Antall individer til døgnbehandling og liggedøgn per 100 000 innbygger over 19 år med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse.



4.4. Alvorlig psykisk lidelse

Alvorlig psykisk lidelse viser til diagnosegruppene psykoselidelser (F2) og bipolar lidelse (F30-31). Alvorlige psykiske lidelse utvikles ofte fra slutten av tenårene og begynnelsen av tjuårene. Forekomsten er stabil over tid. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse vil ofte ha behov for flere samtidige tjenester som involverer medikamentell behandling, poliklinisk oppfølging, oppsøkende tjenester og periodevis døgnbehandling. Alvorlig psykisk lidelse er samtidig en heterogen gruppe tilstander, der sykdommens innvirkning på pasientens liv og funksjon varierer både over pasienter og gjennom et pasients liv. Målet med behandlingen er reduksjon i symptomer og gjenoppretting av ervervet funksjonsnivå. Mange trenger støtte for å gjenopprette funksjonsnivået. Dette omfatter praktisk støtte til å gjenoppta studier/arbeid, hverdagslig fungering eller bo-trening. Andre vil igjen ha behov for langvarige kompensierende tiltak for å forbedre bo- og funksjonsevne. Tilbudet vil for mange også måtte inkludere økonomiske bistand. Kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og NAV er sentrale aktører i et langvarig behandlingsforløp med psykososial rehabilitering, muligheter for bo-støtte og økonomisk hjelp. Personer med alvorlig psykisk lidelse har en kortere forventet levetid enn gjennomsnittet i den norske befolkningen.

Om lag 24 000 pasienter med alvorlig psykisk lidelse som hoveddiagnose har en eller flere kontakter i spesialisthelsetjenesten årlig. I 2019 var det i overkant av 5000 nye pasienter med alvorlig psykisk lidelse.⁶³ Det er lav variasjon per 100 000 innbygger over 19 år over opptaksområder for antall pasienter med alvorlig psykisk lidelse som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten (CV = 19%). Cirka 35% av pasientene med alvorlig psykisk lidelse har minst en døgninnleggelse per år og korrigert for innbyggere er personer med alvorlig psykisk lidelse som mottar døgnbehandling svært stabil over tid. Den primære døgnbehandling gis i psykisk helsevern voksen (VOP). Pasienter med alvorlig psykisk lidelse utgjør 30% av pasienter som mottar døgnbehandling i VOP, og om lag 40% av liggedøgnene.

I gjennomsnitt har pasientgruppen 20,2 polikliniske kontakter per år, noe som er 57% mer enn gjennomsnittet i VOP. Det er samtidig betydelig variasjon i hvor stor grad pasienter med alvorlig psykisk lidelse får polikliniske oppfølging per 100 000 innbygger over opptaksområder i Norge (CV = 52%). Det er registrert oppsøkende polikliniske behandling med et snitt på 24% over opptaksområder (fra 9-38%), og volumet pasientene får av oppsøkende behandling har en variasjonskoeffisient på 87% over opptaksområder per 100 000 innbygger over 19 år. Ut fra den registrerte aktiviteten er det fremdeles et betydelig potensial i den polikliniske oppfølgingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Organisering, innretting og innhold i både spesialist- og primærhelsetjenesten til pasienter med alvorlig psykisk lidelse varierer i Norge. Pasientene bosted virker inn på hva slags helsetjenestetilbud som gis, dvs. i hvilken grad pasientene mottar oppsøkende tjenester, aktiviseringstilbud, hvor lange sykehusoppholdene er og i hvilken grad det er sannsynlig å bli reinnlagt på sykehus før det er gått 30 dager. Pasienter bosatt i opptaksområder med lav gjennomsnittlig oppholdstid har større sannsynlighet for å nye innleggelser og det er mindre variasjon i liggedøgn per individ over en ett-års periode. Dersom man ser over flere år, reduseres variasjonen ytterligere (se tabell nedenfor for illustrasjon).

Dette viser at pasientgrupper med kroniske lidelser og fluktuerende funksjonsnivå over tid, bør analyseres over flere år. Dersom man for eksempel ser på opptaksområde 12 og 16 er det svært forskjellig tilnærming til snitt oppholdstid. Akkumulert over en 4 årsperiode er differansen mellom antall opphold per pasient nærmere dobbelt for opptaksområde 16 og antall liggedøgn er nesten utjevnet. Muligheten til å tilby lengre døgnopphold er kapasitetsdefinerende all den tid ikke alle pasienter over en 4 års periode blir innlagt med faste og regelmessige intervaller (i.e. likt antall pasienter per dag i 4 år).

⁶³ Nye pasienter er definert som at de ikke registrert kontakt i NPR, 2016-2018.

Tabell 17 Oppholdstid, opphold per pasient, liggedøgn per pasient for pasienter med alvorlig psykisk lidelse over opptaksområder, ett år, to år og fire år

Opptaksområde	Ett år			To år			Fire år		
	Oppholdstid	Opphold per pasient	Liggedøgn per individ	Oppholdstid	Opphold per pasient	Liggedøgn per individ	Oppholdstid	Opphold per pasient	Liggedøgn per individ
1	25,8	1,9	49,6	27,0	2,4	64,3	27,5	3,0	82,4
2	34,5	1,8	62,3	29,8	2,4	70,1	34,4	2,8	95,8
3	24,5	2,0	49,1	23,9	2,6	61,0	22,6	3,2	73,1
4	19,4	2,7	52,6	20,1	3,6	71,4	20,6	4,6	94,9
5	18,9	2,3	43,4	18,1	3,3	59,4	18,4	4,6	84,2
6	14,1	3,0	42,2	14,8	4,1	60,8	15,1	5,5	83,2
7	24,8	2,8	68,7	23,8	3,4	82,2	22,5	4,0	91,2
8	19,5	2,2	43,2	20,4	2,6	53,0	22,9	3,2	74,4
9	15,4	2,7	42,1	16,7	3,2	54,0	18,7	4,1	77,3
10	19,7	3,0	58,7	19,1	4,0	76,5	19,6	5,1	99,3
11	30,3	1,9	58,7	27,4	2,6	72,0	27,8	3,3	93,1
12	31,0	1,8	56,0	29,7	2,3	68,2	29,9	2,8	83,0
13	24,5	1,7	41,3	25,8	2,1	53,7	23,5	2,6	61,9
14	33,0	2,0	67,1	31,3	2,7	83,1	34,3	3,2	108,5
15	25,4	2,0	51,7	26,0	2,6	68,0	27,0	3,2	87,1
16	17,5	2,6	44,6	17,9	3,3	59,8	18,3	4,4	80,4
17	19,2	2,6	49,5	20,0	3,4	68,7	20,4	4,5	91,8
18	20,3	2,7	54,5	19,6	3,6	71,2	19,4	4,6	88,9
19	16,1	3,0	48,8	15,5	4,4	68,2	13,8	6,0	82,7
20	23,0	2,4	54,8	23,4	3,1	73,1	24,1	3,7	89,1
21	24,9	2,0	49,9	22,9	2,7	61,5	24,8	3,4	83,7
Gjennomsnitt	22,9	2,3	51,8	22,5	3,1	66,7	23,1	3,9	86,0
Standardavvik	5,6	0,4	7,8	4,8	0,6	8,3	5,4	0,9	9,8
CV	25 %	18 %	15 %	21 %	21 %	12 %	23 %	24 %	11 %

4.4.1. ROP-lidelser

ROP-lidelser (Rus og Psykose) er alvorlige psykiske lidelser med samtidig ruslidelse. Forskning fra andre land indikerer en høy samtidighet (40%) av schizofrenispektrum lidelser og rus- og avhengighetslidelser. På tross av stabil samlet prevalens, synes prevalens av samtidig illegalt rusmiddelbruk å øke.

Pasienter med ROP-lidelser utgjør om lag 4 200 personer, og i overkant 15% av populasjonen med alvorlig psykisk lidelse i Norge (både hoved- og bidiagnose). Det antas en underdiagnostisering av rusrelaterte lidelser ved alvorlig psykisk lidelse. Andelen av ROP-lidelser av totalen er i vekst og økte fra 15,2% i 2016 til 15,7% i 2019. Det kan indikere endringer i pasientproblematikk og/eller endringer i diagnostisk oppmerksomhet.

Tabell 18 Antall personer med alvorlig psykisk lidelse og ROP-lidelser (ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse i samme år) inntil 5 biddiagnoser og rater per 100 000 innbygger over 18 år.

	Alvorlig psykisk lidelse	ROP-lidelse	Total	Rate ROP-lidelse	Rate total
2016	22 570	4 050	26 620	99,1	651,4
2017	23 317	4 235	27 552	102,6	667,6
2018	22 853	4 218	27 071	101,2	649,7
2019	22 825	4 255	27 080	101,2	643,9

Andelen med døgninnleggelse er vesentlig høyere for pasienter med ROP-lidelser, og hele 75% av pasientpopulasjonen har døgnopphold i psykisk helsevern voksen per år. Kombinasjonen av ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse gir økt sannsynlighet for reinnleggelse og andelen med minst en reinnleggelse var 38%, mot 20% for pasienter med alvorlig psykisk lidelse uten rus som komorbidity. Oppholdstiden er noe kortere, men ikke tilstrekkelig til å skulle forklare den store forskjellen i reinnleggingsrate.

Tabell 19 Antall personer og aktivitetsparametere for pasienter innlagt til døgnbehandling i psykisk helsevern voksen med alvorlig psykisk lidelse som primærdiagnose og ROP-lidelse i 2018/2019

	Antall individer	Antall døgnopphold	Liggedøgn	Døgnopphold per individ	Liggedøgn per individ	Snitt oppholdstid
Alvorlig psykisk lidelse	9 757	37 755	783 059	3,9	80,3	20,7
ROP-lidelse	2 333	11 791	239 314	5,1	102,6	20,3

Alvorlig psykisk lidelse (F2, F30 og F31) som avgrensede for ROP-lidelser vil sannsynlig underestimere pasientpopulasjonen med alvorlig dobbeltdiagnoseproblematikk. Den største utfordringen er nok allikevel at rusrelaterte diagnoser er underdiagnostisert.

4.4.2. Sikkerhetspsykiatri

Det er etablert egne sikkerhetspsykiatriske enheter i spesialisthelsetjenesten som har ansvar for pasienter med særskilt høy voldsrisiko og pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Sikkerhetspsykiatri skiller seg fra annen behandling ved at inntak av pasienter ikke alene hviler på faglige vurderinger og prioriteringer, men som følge av dom og kjennelse fra justisdepartementet. Mulige endringer innen justisdepartementet fører til ekstra usikkerhet i dimensjonering av tjenestetilbudet. Det sikkerhetspsykiatriske tilbudets volum og behov henger nøye sammen med antall:

- Som dømmes til overføring til tvungent psykisk helsevern (straffeloven § 62)
- Kjennelser om varetektssurrogat i psykisk helsevern (straffeprosessloven § 188)
- På judisiell døgnobservasjon i psykisk helsevern (straffeprosessloven § 167)

Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har økt de siste 10 årene. I 2010 var det 22 nye dommer, i 2019 var dette tallet økt til 40. Totalt er det 250 dømte i behandling i spesialisthelsetjenesten i 2019. Dømte la beslag på nesten halvparten av alle døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien i 2019, også grunnet langvarig behandling. Dersom trenden vedvarer de neste ti årene, vil antallet domfelte i psykisk helsevern utgjøre 500-600 personer. Det foreligger per i dag bare planer om å øke døgnkapasiteten med 5 plasser på nasjonalt nivå. En slik økning vil gi totalt 225 plasser. Det er flere usikkerhetsmomenter knyttet til fremtidig behov for døgnkapasitet i sikkerhetspsykiatrien. Eksempelvis mulige etableringer av andre tilbud med høy bemanning og egnede bygg, lovendringer og demografiske endringer. Det er i dag ikke etablert egne sikkerhetsplasser for pasienter under 18 år. SIFER-nettverket skal utrede omfanget av barn og ungdom med psykisk sykdom og høy voldsrisiko.

Seneste statusrapport fra SIFER-nettverket «*Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport*» fra september 2020, slår fast at den samtidige reduksjonen i døgnkapasitet i psykisk helsevern har sammenfalt med et økt behov for sikkerhetspsykiatrisk kapasitet. Endringer i straffeprosessloven § 188 og § 167 har gitt økt bruk av varetektssurrogat, judisielle observasjoner og dom på overføring til tvunget psykisk helsevern med døgnopphold, jf. straffeprosesslovens § 67.

I perioden 1990 til 2019 har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet totalt sett blitt redusert fra 7745 til 3649. Antall plasser i sikkerhetspsykiatrien har vært relativt stabilt på litt over 4 plasser per 100.000 innbyggere siden 2008. Det var i 2019 42 regionale og 178 lokale døgnplasser, til sammen 220 døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien. Det foreligger ingen nyere anbefalinger på nødvendig kapasitet i sikkerhetspsykiatrien. I 1980 kom Robak-utvalgets anbefaling og i 1999 kom Gunby-utvalgets anbefaling – begge anbefalte 5-6 sikkerhetspsykiatriske døgnplasser per 100 000. Nye lovendringer vil påvirke behovsvurderingene.

Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet, opptar sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som er eneste aktuelle tilbud til pasienter med høyt sykdomstrykk og voldsproblematikk. I konsekvens reduseres behandlingsskapasiteten for andre pasienter som klinisk sett har større behov for en døgnplass for behandling av sin psykiske lidelse. Fortsetter trenden i antall dømte til psykisk helsevern, må det etableres nye behandlingstilbud for å sikre pasienter med høy voldsrisiko adekvat oppfølging og behandling.

4.5. Øyeblikkelig hjelp

Akuttkjeden består av kommunale helsetjenester som legevakt, fastleger, AMK, ambulansse, og sykehusenheter. I sykehuset kan både polikliniske konsultasjoner og

døgnbehandling inngå i akuttkjeden. Det polikliniske behandlingstilbudet omfatter ambulant akutteam og polikliniske kontakter. Årlig gjennomføres om lag 55 000 konsultasjoner med øyeblikkelig hjelp innen psykisk helsevern og TSB.

Akutthenvendelser til sykehuset kommer fra fastlege, legevakt, kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og andre helsetjenester. Det er om lag 45 000 innleggelser til øyeblikkelig hjelp innen PHV og TSB per år, fordelt på i underkant av 22 000 pasienter, hvor antall opphold og personer er stigende per innbygger i perioden 2016-2019. Snitt oppholdstid er redusert fra 13,4 dager i 2016 til 13,0 dager i 2019, noe som utgjør en reduksjon på 3,1% i perioden. Tabell nedenfor viser en fordeling over aktivitet for innleggelser til øyeblikkelig hjelp over opptaksområder. Det er relativt stor variasjon i antall opphold (CV = 29%) og liggedøgn (CV = 30%), mens det er mindre variasjon i andelen personer som blir innlagt til øyeblikkelig hjelp i befolkningen (CV=17%).

Tabell 20 Antall og rater per 100 000 innbygger 2019 - opphold, personer og liggedøgn øyeblikkelig hjelp innleggelse

Opptaksområde	Antall opphold, individer og liggedøgn			Rater per 100 000		
	Opphold	Individer	Liggedøgn	Opphold	Individer	Liggedøgn
Akershus universitetssykehus	3 678	1 954	42 343	645	343	7 429
Helse Stavanger	5 439	1 927	74 951	1 482	525	20 420
Sykehuset Innlandet	2 860	1 507	43 361	845	445	12 805
Lovisenberg Diakonale sykehus	1 371	831	18 757	885	536	12 107
Nordlandssykehuset	1 099	657	13 101	790	472	9 419
Oslo universitetssykehus	1 230	836	16 288	448	305	5 936
Sykehuset Østfold	3 395	1 447	42 641	1 079	460	13 551
Sørlandet sykehus	3 494	1 437	46 292	1 145	471	15 166
St. Olavs Hospital	3 052	1 428	33 116	966	452	10 486
Sykehuset Telemark	1 759	779	20 564	1 015	449	11 865
Universitetssykehuset i Nord-Norge	2 052	911	26 828	1 063	472	13 899
Diakonhjemmet Sykehus	601	405	8 388	424	286	5 915
Sykehuset i Vestfold	1 814	795	22 225	742	325	9 094
Vestre Viken	2 946	1 499	51 753	607	309	10 670
Helgelandssykehuset	478	311	6 675	609	396	8 506
Helse Bergen	4 092	1 840	53 651	906	407	11 877
Finnmarkssykehuset	547	320	8 399	721	422	11 071
Helse Fonna	1 890	743	20 602	1 042	410	11 357
Helse Førde	850	389	11 646	783	358	10 722
Helse Nord Trøndelag	940	585	9 468	627	390	6 320
Helse Møre og Romsdal	2 285	1 229	25 647	862	464	9 679

Det er relativt liten variasjon over opptaksområder i antall pasienter som blir akuttinnlagt, men antall opphold per pasient og liggedøgnsforbruk varierer. Variasjonen er mindre mellom opptaksområdene for innleggelser av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og utviklingsforstyrrelse, mens det er større variasjon for andre diagnosegrupper. Over halvparten (54%) av pasientpopulasjonen som trenger akuttinnleggelser har vedtaksbaserte kommunale tjenester, og for hovedandelen (60%) gjelder dette også ved innleggelse. Den store andelen av pasienter med etablerte kommunale tjenester indikerer at både bedre forebyggende oppfølging og gode behandlingsplaner på tvers av nivåer kan forebygge innleggelser i akuttkjeden.

Om lag 60% av innleggelsene til øyeblikkelig hjelp er henvist til frivillig psykisk helsevern i perioden 2016-2019 (mangler henvisningsinformasjon på om lag 10-14% av oppholdene per år). Det var en økning i andel innlagt til frivillig psykisk helsevern fra 2016 til 2018, men som så er gått litt ned igjen. Det er i perioden en svak nedgang i antall formaliteter per pasient (-1% fra 1,16 formaliteter per pasient til 1,15 formaliteter per pasient (e.g. først henvist frivillig, så tvang)). Det er samtidig en svak vekst i antall opphold per pasient fra 2,07 i 2016 til 2,11 i 2019 (vekst på 2%). Antall innleggelser til øyeblikkelig hjelp per 100 000 innbygger øker fra en rate på 819 i 2016 til 865 i 2019 per 100 000 innbygger (vekst på 5,6

Om lag 55% av liggedøgnene til øyeblikkelig hjelp brukes av pasienter som er henvist til en eller annen form for tvang. Av opphold med registrert henvisningsformalitet var det i 2016 281 000 liggedøgn for pasienter henvist til en eller annen form for tvang, mens det i 2019 var 316 000 liggedøgn. Dette utgjør en vekst på 12% over en fireårs periode. Det totale liggedøgnsforbruket i tjenesteområdene er i samme tidsperiode redusert med 5%. Veksten i antall liggedøgn for øyeblikkelig hjelp og reduksjonen i totale liggedøgn, viser at det er gjennomført en omstilling med en samlet reduksjon av liggedøgn, samtidig som det er gjort en forskyvning av kapasitet til øyeblikkelig hjelp.

Tabell 21 Liggedøgn i psykisk helsevern og TSB

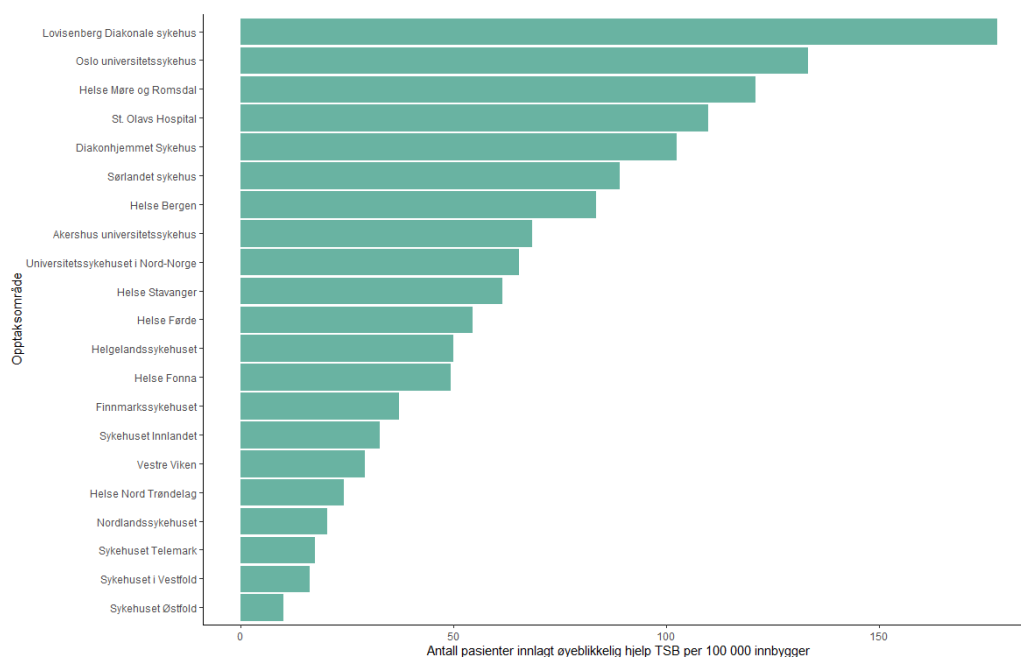
	Liggedøgn		Rate per 100 000	
	Totalt	Øhjelp	Totalt	Øhjelp
2016	1 844 169	573 146	35 370	10 992
2017	1 793 553	579 716	34 109	11 025
2018	1 769 017	613 360	33 405	11 582
2019	1 749 470	598 552	32 834	11 234
Snitt årlig endring			-2,4 %	0,7 %

Alvorlige psykiske lidelser, depressiv psykose og rusutløst psykose har økt med om lag 6-8% i perioden. Det er i den aktuelle perioden en omstilling i Norge med en reduksjon i totale liggedøgn, samtidig med en forskyvning til økt kapasitet for øyeblikkelig hjelp. Snitt oppholdstid er gått noe ned. Dette skjer parallelt med en økning i mer alvorlig tilstander som blir innlagt, økt antall pasienter henvist til tvang, samt reduksjon i andelen med mild depresjon, uspesifiserte lidelser og andre lidelser.

Pasienter med rus- og avhengighetslidelse bruker mer akutte tjenester og har flere innleggelser enn pasienter uten ruslidelse. Dette gjør at pasienter med ruslidelser har behov for adekvat spesialistkompetanse også i akutfasen. En viktig del av behandlingen er å kartlegge status og problemomfang, beslutning om videre oppfølging/behandling, abstinensbehandling i den akutte fasen og plan for videre abstinensbehandling. Om lag 32% av pasientene som var innlagt til døgnbehandling ved helseforetakene i 2018/2019

var til øyeblikkelig hjelp i TSB. Liggedøgnene utgjorde samtidig kun 10% av liggedøgnene til TSB ved helseforetakene. Dette innebærer at av det totale liggedøgnforbruket i TSB, utgjør liggedøgn til øyeblikkelig hjelp *kun* 4,5%. Til sammenligning utgjør øyeblikkelig liggedøgn i psykisk helsevern voksen i overkant av 50% og i BUP 25%. Videre er øyeblikkelig hjelp innen TSB et variabelt tilbud gjennom Norge (se figur 10, CV = 68%).

Figur 10 Antall personer innlagt til øyeblikkelig hjelp per 100 000 innbygger TSB 2019



Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom innleggelse til øyeblikkelig hjelp per innbygger i TSB og innleggelse til øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern for TSB populasjonen over opptaksområder ($r=-0,29$). Dette er en indikasjon på at VOP til en viss grad kompenserer for redusert tilbud i TSB. Samme analyse innen akuttinnleggelse i somatikk viser en nær signifikant positiv korrelasjon ($r=0,41$, $p = 0,06$) og indikerer at pasientpopulasjonen i TSB i områder som har en høy rate innlagte til øyeblikkelig hjelp TSB også har en høy innleggelsesrate i somatikk.

4.6. Alderspsykiatri og tjenester til eldre

Økt overlevelse og friskere aldring gjør at flere av oss blir eldre. Det innebærer at flere lever lenge med kroniske sykdommer, ettervirkninger, funksjonstap og økt bruk av legemidler.⁶⁴

⁶⁴ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Alderspsykiatriens målgruppe er avgrenset til personer med alvorlig psykisk lidelse som debuterer etter fylte 65 år, personer med demens og betydelige atferdsproblemer og/eller betydelige psykiatriske symptomer (hvor alder er av mindre betydning), de med uavklart demensdiagnose eller mistanke om kognitiv svikt på nevrodegenerativt grunnlag og personer over 65 år med en alvorlig psykiatrisk lidelse fra tidligere, men ingen etablert kontakt i voksenpsykiatrien. Eller når samtidige sykdommer og/eller høy alder gjør alderspsykiatrien hensiktsmessig som behandlingssted.⁶⁵ DPS skal ha et tilbud til andre eldre pasienter, og det er relativt sett få eldre til behandling i psykisk helsevern og TSB. Mens 5,2% av den voksne befolkningen er i kontakt med PHV og TSB, er andelen 2% for de over 65 år, og indikasjoner på at andelen er fallende.

Tabell 22 Antall personer og rate per 100 000 innbygger 65 år og eldre i psykisk helsevern og TSB

	Antall individer	Rate per 100 000 innbygger over 65 år
2016	18 573	2 172
2017	18 799	2 149
2018	18 898	2 108
2019	18 158	1 976

Innen psykisk helsevern og TSB får eldre pasienter primært sitt behandlingstilbud fra psykisk helsevern voksne (79%), avtalespesialister (17%) og TSB (8%). De fleste mottar et poliklinisk tilbud (95%), mens tilsammen 22% mottar døgntil behandling.

Eldre får primært behandling for uspesifiserte tilstander (F99, R- og Z-diagnoser), depresjon og organiske lidelser. Mens eldre pasienter utgjør om lag 7% av pasientvolumet i perioden, mottar de kun 3% av volumet av behandling. Dette innebærer både at eldre pasienter i mindre grad får behandling, og at de får mindre behandling enn andre aldersgrupper.

For eldre utgjør alvorlig psykisk lidelse en større gruppe ved døgntil behandling, sammen med depresjon og organiske lidelser. Om lag 42 000 personer mottok døgntil behandling i perioden 2016-2019, noe som utgjør 13% av alle pasienter i døgntil behandling. De eldre pasientene bruker i underkant 635 000 liggedøgn, som tilsvarer 9% av alle liggedøgn i PHV/TSB i samme periode.

4.6.1. Demens

Regjeringens demensplan (2020), slår fast at «Utredning og behandling av personer med demens som har psykiske tilleggslidelser, det vil si «personer med atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens» (APSD), krever særlig kompetanse. I mange tilfeller vil

⁶⁵ <https://www.napha.no/content/14148/Fagfeltet-alderspsykiatri>

*utredningen derfor foregå i spesialisthelsetjenesten. Videre behandling og oppfølging i kommunen kan da kreve bistand og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.»*⁶⁶ Det er her særlig viktig med god samhandling mellom de ulike tjenestenivåene. I følge demensplan (2025) har 84,3% av alle med sykehjems plass demens.⁶⁷ I 2019 var det 39 466 sykehjemsplasser i Norge.⁶⁸ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har foretatt en kartlegging av demens, knyttet til Regjeringens demensplan 2025. Kartleggingen viste at det i 2020 er 101 118 personer med demens, mens antallet stiger til 236 789 i 2050.⁶⁹

I perioden 2016-2019 var 26 570 personer i spesialisthelsetjenesten hvor demens var hoveddiagnose (F00-03; G30-31). Om lag 67% av pasienten mottok oppfølging innen somatisk sykehusfunksjoner (snitt på 1,8 kontakter per pasient) og 39% av pasienten fikk oppfølging innen psykisk helsevern voksen (snitt på 5,4 kontakter per pasient). En liten andel av pasienten ble innlagt til døgnbehandling, hvor om lag 17% hadde en innleggelse i somatikk og 9% en innleggelse i psykisk helsevern. Liggedøgn per pasient i perioden 2016-2019 var 5 dager i somatiske sykehusfunksjoner og 30,7 dager i psykisk helsevern.

4.7. Rus- og avhengighetslidelser

Rus- og avhengighetslidelser er en sentral faktor for sykdomsbyrde, funksjonsnivå og livskvalitet. Alkohol er det rusmiddelet som påvirker folkehelsen mest, er direkte årsak til flere sykdommer og skader, og medvirkende årsak til mer enn 60 sykdomsdiagnoser.⁷⁰ Det er klare indikasjoner fra FHI⁷¹ og GBD at for få blir fanget opp i behandlingssystemet. Det er estimert at 8% av innleggelser ved somatiske sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol⁷² og at alkohol kan være av betydning ved opptil en tredjedel av alle innleggelser i somatiske avdelinger.⁷³

Fra 2016 til 2019 har antall pasienter med diagnostisert hoveddiagnose innen F1 eller som bidiagnose (inntil fem bi-diagnose) økt korrigert for befolkning med 0,3%.

⁶⁶

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

⁶⁷ <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

⁶⁸ <https://www.ssb.no/pleie/>

⁶⁹ https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf

⁷⁰ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

⁷¹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

⁷² BMJ Best Practice: Alcohol withdrawal, søkt 09.03.21.

⁷³ Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Daltveit, J. T., & Tønnesen, H. (2011). Hazardous drinkers in Norwegian hospitals – a crosssectional study of prevalence and drinking patterns among somatic patients, 21, Norsk Epidemiologi.

Tabell 23 Antall personer med rusrelatert hoved- eller bidiagnose 2016-2019 alle tjenesteområder

	Rus hoveddiagnose	Rus bidiagnose	Total	Rate per 100 000 18 år og eldre
2016	33 828	15 062	48 890	1 196
2017	34 599	15 299	49 898	1 209
2018	34 844	15 802	50 646	1 216
2019	35 220	15 568	50 788	1 208
Snitt årlig endring				0,31 %

Rus- og avhengighetslidelser er sannsynlig underdiagnostisert som hoved- og komorbid tilstand. Ett eksempel på dette er som vist tidligere ved ROP-lidelser. I NPR finner vi om lag at 20% av pasientene med alvorlig psykisk lidelse har diagnostisert en samtidig rusrelatert lidelse i 2019. Fra internasjonal epidemiologisk forskning er det estimert at andelen er stabil over tid på 40%.⁷⁴

I perioden 2016-2019 var det 90 000 personer med diagnostisert ruslidelse i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Uavhengig av om rus var oppgitt som diagnose ved kontaktpunkt, hadde 88% av pasientene kontakt med somatiske sykehusfunksjoner, 55% med TSB, 48% med psykisk helsevern voksen, 3% i kontakt med BUP, under 1% i rehabilitering, 35% i kontakt med avtalespesialist somatikk og 7% avtalespesialist psykiatri og psykologi. Henholdsvis 22 og 25% av pasientene var innlagt i TSB og PHV, mens 64% av pasientene hadde i snitt 3,5 døgnopphold i somatiske sykehusfunksjoner. Det var 712 pasienter som hadde i snitt 3 døgninnleggelse per individ i BUP, mens 2 908 pasienter hadde i snitt 44 polikliniske opphold per individ i BUP. I BUP er kun 0,15% av alle opphold i 2016-2019 registrert med en ruslidelse (inntil 3 bidiagnoser), slik at rusdiagnosen er stilt parallelt med eller etter oppfølging i BUP.

Hovedandelen av pasienter med hoveddiagnose innen rusrelaterte lidelser var med alkohol. Pasienter i behandling for flere stoffer, opiater og cannabinoider utgjorde 15-20% av populasjonen.

⁷⁴ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend

Tabell 24 Diagnostisk fordeling, antall pasienter med rus som hoveddiagnose i 2016-2019 uavhengig av tjenesteområde

	Antall individer	Andel
Alkohol	38 662	54 %
Flere stoffer	14 321	20 %
Opiater	13 294	19 %
Cannabinoider	10 584	15 %
Sedative og hypnotika	7 549	11 %
Andre stimulanter	6 713	9 %
Kokain	909	1 %
Hallusinogener	550	1 %
Tobakk	344	0 %
Flyktige løsmidler	108	0 %
Total	71 265	100 %

Hovedandelen av pasientene med rus hoveddiagnose hadde oppfølging i TSB, mens henholdsvis 38 og 30% av pasienten fikk behandling i somatiske sykehusfunksjoner og psykisk helsevern voksne. Antall pasienter i TSB utgjør årlig rundt 33 000 individer.

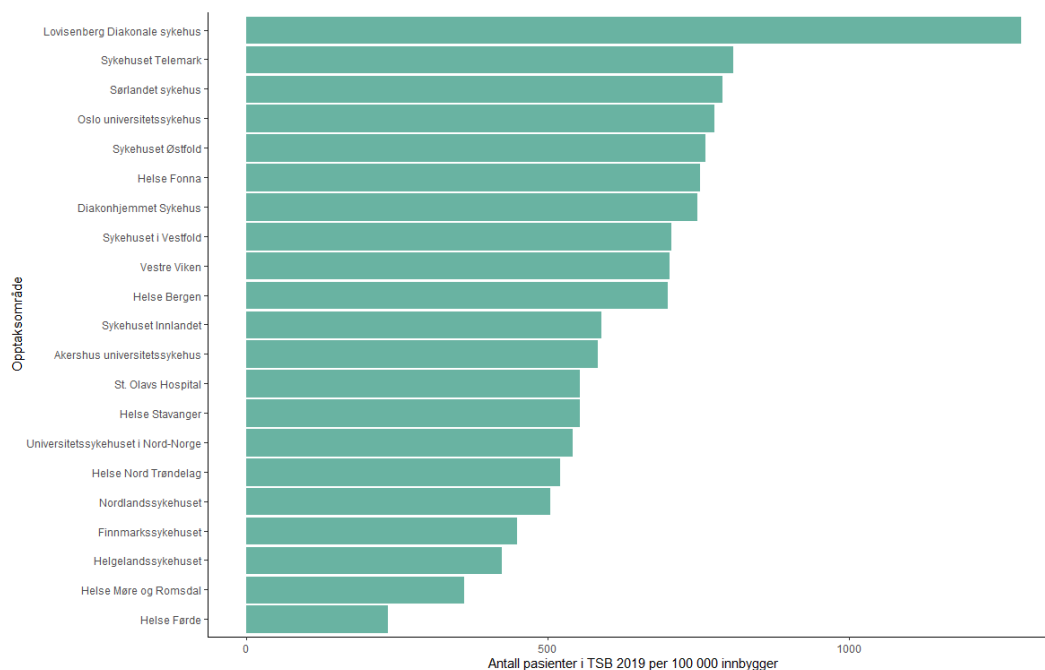
Tabell 25 Pasienter med rusrelatert hoveddiagnose og tjenesteområde i perioden 2016-2019

	Antall individer	Andel
TSB	46 433	65 %
Somatikk	27 292	38 %
VOP	21 152	30 %
Avtalespesialist psykisk helse	1 035	1 %
BUP	321	0 %
Avtalespesialist somatikk	93	0 %
Total	71 265	100 %

En stor andel av pasientene med rusrelaterte lidelser har andre spesifiserte komorbide psykiske lidelser. Av pasienter i behandling med rusrelaterte hoved- eller bidiagnose i 2016-2019 hadde 41% en spesifisert psykisk lidelse utover ruslidelsen, hvor de største gruppene var angst (44%), depresjon (30%) og alvorlig psykisk lidelse (23%).

I hvor stor grad befolkningen i Norge mottar behandling i TSB varierer (CV = 33%) og varierer mer enn hva som er tilfellet for VOP og BUP (CV = 12 og 19%). Årsaken er nok til dels at tilbudet er ulikt utbygd.

Figur 11 Antall pasienter i TSB per 100 000 innbygger etter opptaksområde



Legemiddelasstert rehabilitering (LAR) er en betydelig andel av TSB og utgjorde i 2018 og 2019 i underkant av 8 000 personer per år (23% av pasientvolum i TSB 2019, men indikasjon på at andelen er synkende). Om lag en tredjedel av pasientene i LAR mottok også døgntilrettelagt behandling (62 liggedøgn per individ per år for pasienter som ble innlagt). LAR-behandlingen i Norge følger opp pasienter over et vidt aldersspenn, og særlig for de eldre aldersgruppene synes det å være en høy andel av estimert prevalens som er i oppfølging.

Pasienter i TSB som ikke er i LAR-oppfølging utgjør i overkant 25 000 pasienter per år og 33 928 over en toårsperiode (noe som betyr at de fleste pasientene krysser årsskifte). De aller fleste går i poliklinisk behandling (94%). Forløpene for de ulike tilstandsgruppene er mellom 13 og 17 kontakter, mens det totalt er 18,6 kontakter per individ.

Tabell 26 Poliklinikk og dagbehandling for pasienter i TSB ekskl. LAR-populasjon 2018-2019

	Antall individer	Pol./dag-behandling	Pol./dag per individ
Alkohol	12 563	211 385	16,8
Cannabinoider	4 804	80 424	16,7
Andre stimulanter	2 297	38 289	16,7
Flere stoffer	3 369	45 137	13,4
Opiater	1 754	23 742	13,5
Sedative og hypnotika	1 616	22 652	14,0
Kokain	403	5 880	14,6
Annen hoveddiagnose	15 017	203 558	13,6
Total	33 928	631 620	18,6

En stor andel av pasientene mottar døgnbehandling (27%). Halvparten av pasientene som mottar døgnbehandling er diagnostisert med alkohollidelse. Andre stimulanter, cannabinoider og flere stoffer utgjør alle om lag 10% av døgnpopulasjonen i TSB. Til sammenligning blir 18% av populasjonen i psykisk helsevern voksen innlagt til døgnbehandling (eksl. avtalespesialister). Tabell nedenfor viser diagnostisk fordeling for pasienter innlagt til døgnbehandling i 2018 og 2019. Hovedandelen av pasienter med andre diagnoser er manglende registreringer. I snitt har pasienter innlagt til døgnbehandling 2,6 døgnopphold per individ over en toårsperiode med 90,5 liggedøgn per individ (69,2 liggedøgn per individ 2019). Pasienter innlagt med alkoholrelaterte lidelser har en snittalder på 47 år, 7 år eldre enn gjennomsnittsalderen til døgnpopulasjonen i TSB.

Tabell 27 Døgnbehandling for pasienter i TSB 2018-2019 ekskl. LAR-pasienter

	Antall individer	Døgnopphold per individ	Liggedøgn per individ
Alkohol	5 447	2,4	66,7
Flere stoffer	1 340	1,8	81,5
Cannabinoider	1 294	1,8	86,9
Andre stimulanter	1 155	2,0	90,3
Opiater	893	1,9	49,4
Sedative og hypnotika	830	1,7	58,9
Kokain	136	2,2	94,6
Andre diagnoser	2 094	1,5	73,1
Total	10 478	2,6	90,5

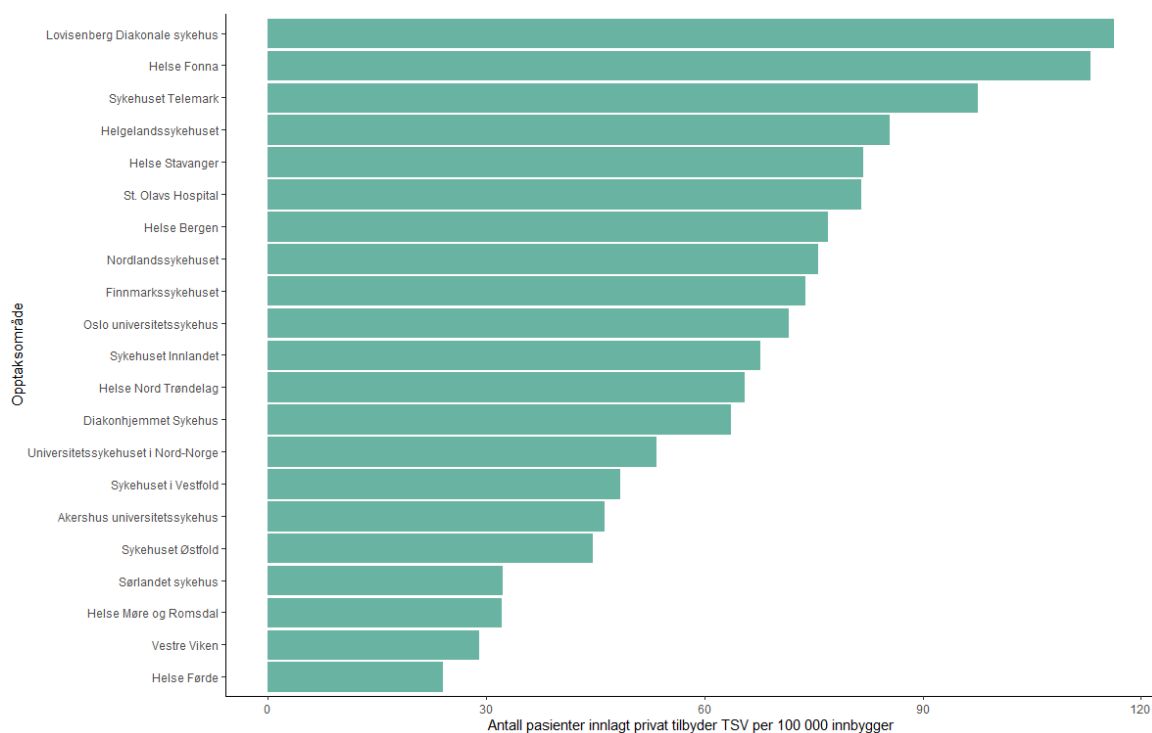
Om lag 62% av liggedøgnene som gjennomføres i TSB er hos privat tilbyder. Det er flere pasienter som mottar behandling i helseforetakene, men varigheten av døgnbehandlingen er betydelig lengre hos de private tilbyderne. Det er ingen klare forskjeller i pasientpopulasjon mellom helseforetak og private tilbydere for pasientenes

alder og diagnostisk fordeling (se tabell nedenfor). Private tilbydere har noe høyere andel av andre diagnoser, og færre alkoholrelaterte lidelser. Innen andre diagnoser hos private tilbydere utgjør manglende registrert diagnose 77%, mens det for helseforetakene er 42%. Ved helseforetakene er alvorlig psykisk lidelse og personlighetsforstyrrelse henholdsvis 12 og 10% av pasientene, mens de private ikke har noen andre type tilstander av større volum. Det er en svak ikke-signifikant negativ sammenheng mellom befolkningens bruk av private tilbydere og bruk av elektiv døgnbehandling for pasientgruppen i helseforetakene som kan indikere kompensierende tilbud ($r = -0,22, p > 0,05$).

Tabell 28 Døgnbehandling TSB ved helseforetak og private tilbydere 2018 og 2019 ekskl. LAR-pasienter

		Antall individer	Alder	Døgnopphold per individ	Liggedøgn per individ	Andel
Helseforetak	Alkohol	3 941	47	2,1	37,3	52 %
	Andre diagnoser	1 102	36	1,2	43,9	15 %
	Flere stoffer	932	31	1,5	47,8	12 %
	Cannabinoider	845	29	1,4	44,8	11 %
	Andre stimulanter	776	35	1,6	46,1	10 %
	Opiater	652	37	1,6	29,9	9 %
	Sedativa og hypnotika	557	37	1,5	33,5	7 %
	Kokain	93	31	1,7	50,2	1 %
	Hallusinogener	5	24	1,2	41,6	0 %
	Total	7 533	41	2,0	47,3	100 %
Privat	Alkohol	2 300	47	2,3	94,1	46 %
	Andre diagnoser	1 040	38	1,7	100,2	21 %
	Cannabinoider	610	30	1,8	122,2	12 %
	Andre stimulanter	537	35	2,0	127,7	11 %
	Flere stoffer	530	31	1,9	122,0	11 %
	Sedativa og hypnotika	355	36	1,7	85,1	7 %
	Opiater	315	36	2,0	78,3	6 %
	Kokain	54	32	2,7	151,6	1 %
	Total	4 998	40	2,3	118,4	100 %

Figur 12 Antall pasienter innlagt privat tilbyder TSB per 100 000 innbygger 2019



Pasienter med rus- og avhengighetslidelse bruker mer akutte tjenester og har flere innleggelser enn pasienter uten ruslidelse. Om lag 32% av pasientene som var innlagt til døgnbehandling ved helseforetakene i 2018/2019 var til øyeblikkelig hjelp i TSB. Liggedøgnene utgjorde samtidig kun 10% av liggedøgnene til TSB ved helseforetakene. Dette innebærer at av det totale liggedøgnsforbruket i TSB, utgjør liggedøgn til øyeblikkelig hjelp 4,5% av de totale liggedøgn i TSB. Til sammenligning utgjør øyeblikkelig liggedøgn i psykisk helsevern voksen i overkant av 50% og i BUP 25%. Det er sannsynlig relevante og viktige forskjeller mellom døgnbehandling i regi av HF versus privat tilbyder. Samtidig er det grunn til å stille spørsmål om vekten av døgntilbud er optimalt fordelt ettersom utbyggingen av TSB er ulikt over opptaksområder i Norge. En sterkere satsning på poliklinikk og grunnleggende basistjenester kan være berettiget.

5. Innholdet i helsetjenestene og noen faktorer i utviklingen av tjenestene

Behandling og oppfølging av, samt tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser har noen klare transdiagnostiske og diagnosespesifikke faktorer. Det grunnleggende målet for behandling er at individet selv skal mestre egen sykdom, gjenopprette funksjon og redusere symptomer. Tilnærminger til å oppnå disse målene er å støtte individene gjennom faser med utvikling og forverringer av sykdom

med kunnskap, nye mønstre for forholdet mellom tenkning, følelser og atferd, samt bidra til å korrigere midlertidig eller varig affisert funksjonsnedsettelse. De etablerte tilbudene i dag samles primært rundt utredning og behandling i form av samtaler med varierende hyppighet og varighet, behandling med legemidler, ferdighetstrening, døgninnleggelse, aktivisering, hjemmetjenester og botilbud. Behandlingen skal være kunnskapsbasert (e.g. basert på kjente virksomme faktorer). Det har over de senere år vært en utvikling hvor man i større grad forstår viktigheten av ett tidsintensivt behandlingstilbud (behandlingen gjennomføres over en kortere periode, men flere timer per gang), samt en utvikling av behandling og oppfølging gjennom digitale plattformer.

Behandling og oppfølging gjennom poliklinikk og dagbehandling, består i hovedsak av at pasientene deltar i ulike former for profesjonalsert samtale. Den typiske behandlingsserien strekker seg fra 5 til 20 møter med behandler, ukentlig eller annenhver uke, fra 30 – 60 minutters varighet. For alvorlige psykiske lidelser, vil det ofte være behov for flere møter.⁷⁵ For enkelte angsttilstander og pasienter med personlighetsforstyrrelser vil et mer tidsintensivt behandlingsopplegg (i.e. dagbehandling) gi bedre og raskere resultater enn tradisjonelle tilnærminger. En pilotstudie ved Sørlandet Sykehus HF viste nylig at 4-dagers metoden for behandling av angst utviklet ved Helse Bergen HF kan innføres i andre settinger med gode resultater.⁷⁶ For en del pasienter med varige tilstander er poliklinisk oppfølging sentralt for forebygging og tidlig intervensjon ved tegn på forverring. En forsterket oppsøkende polikliniske innsats som ved bruk av ACT og FACT er godt etablert i Norge. En nylig publisert evaluering av de syv første FACT-team i Norge viser til flere positive resultater, som økt brukertilfredshet og 33% reduksjon av liggedøgn over en toårsperiode. Det er ikke beskrevet i evalueringen tilnærminger til å kontrollere for konfunderende faktorer i estimatet på effekt (e.g. snitt oppholdstid, sykkelighet, høy alder, manglende kontrollgruppe). Oversikt fra Helsedirektoratet over etablering av FACT og ACT-team, viser at det per november 2020 er etablert team tilsvarende i overkant av 50% av det estimerte potensialet. I hvilken grad oppsøkende polikliniske behandling er tatt i bruk i Norge varierer betydelig, og viser at det sannsynlig fremdeles er potensial – både i form av eksisterende maler og nye pasientgrupper.

For en del av pasientene med psykiske lidelser og/eller rus- og avhengighetslidelser er det i perioder nødvendig med døgninnleggelse. Disse kan være planlagt eller til øyeblikkelig hjelp, og noen pasienter blir innlagt til tvungent psykisk helsevern. For mange pasienter vil det være behov for videreføring, gjeninsetting eller oppstart av medikamentell behandling. Samtidig representerer døgninnleggelse for mange en viktig mulighet til å gjenoppta ervervet funksjonsnivå. Viktige elementer ved døgninnleggelse er at behandlingen søker å korrigere en del av de vanlige funksjonene

⁷⁵ Lincoln et al. (2016). What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions. *European psychiatry*, 38.

⁷⁶ Launes et al. (2019). The Bergen 4-Day Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Does It Work in a New Clinical Setting? *Frontiers in psychology*, 10.

som rammes ved forverring av alvorlig psykiske lidelser. Dette vil kunne være affiserte primærfunksjoner, tilbaketrekning og isolering, samt reduserte muligheter for livsutfoldelse.

Tilbudet fra primærhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjeneste består av et bredt tilbud til individer med psykiske plager/lidelser og/eller rusmiddelproblemer omfatter et spekter av helsetjenester som omfatter fastlege, legevakt, helsestasjon og hjemmetjenester, fysioterapi, kommunepsykologer og skolehelsetjeneste, inkl. psykisk helsesrådgivere.⁷⁷ Kommunen har også ansvar for forebygging, sosiale tjenester, barnevern og bistand med bolig. I tillegg har mange kommuner et bredt spekter av tilbud og tjenester av betydning for innbyggernes helse, som frisklivssentraler og støttekontaktordning. Oppbygging av kommunale helsetilbud som rask psykisk helsehjelp har hatt god effekt for mange, og da særlig for allmenne og utbredte tilstander som angst og depresjon.⁷⁸ Kommunene skal både forebygge utvikling av sykdom og samtidig yte helsehjelp til de alvorligst syke. Kommunene bruker store ressurser på bemannede boliger til de med alvorlige og langvarige lidelser. I tillegg har kommunene tilbud til pasienter med større hjelpebehov en rekke søknadsbaserte tjenester som aktivisering (dagaktivitet, støttekontakt), hjelp i hjemmet (praktisk bistand, personlig assistent og helsetjenester i hjemmet) og institusjonsbehandling. Tilbudet fra kommunene et sentralt aspekt i rehabiliteringen og tilfriskningsprosessen for mange individer, og fungerer som en kilde til et meningsfylt og deltagende liv, struktur og trygge boforhold. En svakhet ved aktuelt prosjekt er mangel på data fra lavterskel tilbud i kommunene. Vi har heller ingen fullgod oversikt over de ulike tilbudene som er i de ulike kommunene. Eventuelt videre arbeid på dette feltet bør strekke seg etter en bedre oversikt over disse dimensjonene. Tabell nedenfor viser en oversikt over tilbudet til pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Fredrikstad kommune.

Tabell 29 Tilbud til innbyggere med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Fredrikstad

Tilbud	Kommentar	Årsverk	Brukere	Årsverk nasjonalt	Brukere nasjonalt
Fredrikstadhjelpa	Lavterskel samtale, grupper og møtevirksomhet	20	1 537	1 316	100 139
Læring og mestring	Lavterskel psykoeduksjon	18	622	1 186	40 525
Rask psykisk helsehjelp	Lavterskel samtale og grupper	8	580	489	37 788
Aktiv hverdag	Lavterskel fellesaktivitet/meningsfullt liv	9	650	580	42 349
Oppfølgingstjenester	Vedtaksbaserte tjenester	29	430	1 909	28 016
FACT	FACT	8	50	521	3 258
T19	Botilbud rusavhenging	17	30	1 101	1 955
Bomestring*	Bemannet botilbud	65	75	4 230	4 886
Total		174	3 974	11 331	258 916

* i tillegg kommer kjøp av bolig og institusjonstilbud fra private

⁷⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

⁷⁸ <https://www.fhi.no/nyheter/2020/6-av-10-friske-med-rask-psykisk-helsehjelp/>

5.1. Bedre bruk av teknologi

Bedre bruk av teknologi forventes å virke inn på flere forhold i helsetjenestetilbudet. For det første kan teknologiske løsninger forenkle og effektivisere kommunikasjonen med og mellom helsetjenestene, eks. på dette er Helsenorge-løsningen, tilgang til egen journal, elektronisk meldingsutveksling i løsningen, og elektronisk kommunikasjon mellom enheter. Tilgjengeligheten til helsetjenesten vil økes, både ved at flere kan gis et adekvat tilbud tidligere, og ved å redusere geografiske hinder. Her har Sykehuset i Vestfold sin eMeistringsmodul for alkoholrelaterte ruslidelser vist at flere tar kontakt på et tidligere tidspunkt for helsehjelp. Andre erfaringer fra eMeistring i Helse Bergen er at hver behandler kan øke antallet pasienter, noe som kan frigjøre ressurser til annen behandling.⁷⁹ Nye metoder anbefalte i 2019 at terapeutveiledet internettbehandling kunne tas i bruk når det er hensiktsmessig. En kunnskapsoppsummering fra FHI indikerte ikke forskjell i effekt mellom terapeutveiledet internettbehandling og tradisjonell ansikt-ansikt behandling ved angst og angst og depresjon.⁸⁰ En helseøkonomisk analyse viste ingen forskjeller i kostnad per pasient, men tydet på at terapeutveiledet internettbehandling kan behandle flere pasienter innen samme tid (kvantifisert til om lag 3 mot 1). Det bemerkes at kostnaden til den terapeutveiledet internettbehandling inkluderte lønn, drift av IKT, anskaffelse av it-utstyr og lisenser, mens det i ansikt-ansikt behandling ble inkludert kostnader til lønn (ingen overhead), samt beregnet en effekt på 3,2 konsultasjoner per dag. Dette gir en produktivitet per fagårsverk som er høyere enn eksisterende gjennomsnitt, til en kostnad per konsultasjon som er lavere enn standardberegninger. Dette innebærer at de helseøkonomiske analysene sannsynlig underestimerer forskjellene.

Behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser hvor systematiske målinger av effekt av behandling og monitorering av tilstand gjennomføres og brukes har flere positive effekter.^{81,82} For flere alvorlig tilstander har tidlig intervensjon stor betydning på kort og lang sikt.⁸³ For pasienter med kroniske lidelser, kan teknologiske hjelpemiddel bidra til mer brukerinvolvering i egen helse, og brukerstyrt tilgang til helsehjelp, slik som oppfølging av epilepsipasienter i Vestre Viken.⁸⁴ Dette kan også gi en ny dimensjon for pårørende i oppfølgingen.⁸⁵

⁷⁹ <https://nyemetoder.no/metoder/emeistring>

⁸⁰ <https://www.fhi.no/publ/2018/terapeutveiledet-internettbehandling-ved-psykiske-lidelser--en-fullstendig-/>

⁸¹ Scott & Lewis (2015). Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment, Cogn Behav Pract.

⁸² Lewis et al. (2019). Implementing Measurement-Based Care in Behavioral Health A Review, 76, JAMA Psychiatry.

⁸³ Friis et al. (2016). Early Predictors of Ten-Year Course in First-Episode Psychosis, 67, Psychiatric Services.

⁸⁴ <https://vestreviken.no/om-oss/nyheter/digital-oppfolging-av-pasienter-sparer-tid-og-gir-et-bedre-tilbud>

⁸⁵ Romm et al (2020). Remote Care for Caregivers of People With Psychosis: Mixed Methods Pilot Study. JMIR Ment Health, 7.

Digitale helsetjenester kan redusere geografiske avstander slik at pasienten kan veksle mellom fysiske og digitale møter etter behov, og ulike internettassistert behandlingsformer gjør at dialogen mellom pasient og behandler kan skje raskere. Avstandsoppfølging og brukerstyrte poliklinikker vil bidra til at pasienter med langvarige tilstander og lidelser i større grad vil kunne få oppfølging over tid, men hvor oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser. Tradisjonelt har oppfølging av kronisk syke pasienter vært sykehusstyrt gjennom faste fysiske møtepunkter på sykehuset, uten at det nødvendigvis er samsvar mellom pasientens reelle behov og tidspunkt for når konsultasjonen settes opp. I enkelte tilfeller kan det være mer hensiktsmessig å tilby tilpassede pasientforløp der pasienten får oppfølging ved behov, i stedet for fastsatte intervaller (PRO-oppfølging). PRO-oppfølging er brukerstyrt oppfølging av pasienter med kronisk lidelse og/eller sykdom er behovsstyrt. Det kan f. eks. gjøres ved at pasienten har tilgang til en nettportal der de besvarer et sett av spørsmål om sin sykdom elektronisk. Svarene som pasienten gir i skjemaet sendes automatisk til sykehuset som har utarbeidet prosedyrer som plukker ut de pasienten som har behov for å kontaktes for videre oppfølging. Pasienter som rapporterer lite plager får ikke innkalling til oppfølging fra sykehuset. Endres sykdomsbildet innen neste planlagte oppfølging, kan pasienten på eget initiativ levere en besvarelse som automatisk vurderes på sykehuset. PRO-oppfølging og brukerstyrt poliklinikk kan bidra til at forverringer blir mer kortvarige. PRO-oppfølging er et viktig supplement til dagens tilbud, og bør være basert på pasientens ønsker og behov.

Digitale helsetjenester bør kunne tilbys på tvers av nivåer. Det er samtidig lite hensiktsmessig å se for seg at hver kommune skal utvikle selvstendige tilbud. Videre arbeid bør se på koordinering av slikt utviklingsarbeid, slik at flest mulig, så fort som mulig, kan ta i bruk eksisterende kunnskap.

6. Særskilt om vektig av historiske trender

I en planlegging av framtidig aktivitetsbehov eller kapasitet, er det viktig å se hen til observert utvikling de siste år. Det å kun benytte seg av siste tilgjengelige observasjonsperiode (i.e. siste års tilgjengelige data) kalles naiv framskriving, og vil kunne være statisk og heftet med tilfeldigheter, uteliggere og andre konfunderende faktorer.

Behandling av psykiske lidelser og ruslidelser er i kontinuerlig utvikling. Eksempler på dette er høyintensitetsbehandling og digitaliserte tjenester. For å fange opp utviklingen som skjer i behandling og pasientsammensetning er det nødvendig å ta hensyn til den historiske utviklingen.

Et distinkt problem er dersom det er endringer i pasientpopulasjonen over tid, og særlig dersom de ulike pasientgruppene har ulik kontaktform eller behandlingsbehov i

helsetjenesten. Ett eksempel vil kunne være at epidemiologisk kunnskap tilsier at andelen med schizofreni og komorbide rustilstander er stabil, mens andelen som har komorbid illegalt rusmiddelbruk øker. Samtidig vet vi at denne pasientgruppen har andre forløpstyper enn pasienter med schizofreni uten komorbiditet og med alkohol som komorbid tilstand. Det å ikke ta hensyn til endringer i pasientsammensetningen innebærer en risiko for å underestimere aktivitetsbehov, og dermed kapasiteten. Kapasiteten vil være aktivitetsbegrensende dersom aktivitetsbehovet er underestimert.

Følgende eksempel vil forsøke å illustrere problemet. Vi har et tenkt opptaksområde på 100 000 innbyggere som over en 20 års periode vil øke til 150 000 innbyggere. Pasientpopulasjonen består av 3 sykdomsgrupper, med økende alvorlighet og behandling (aktivitetsbehov). Disse 3 sykdomsgruppene har ulik utvikling, slik at de mildeste gruppene har en årlig vekst på 1%, mens den mest alvorlige gruppen (som er den minste i pasientpopulasjonen) har en vekst på 3%. Tabell nedenfor viser aktivitetsbehovet gitt en naiv framskriving av aktivitet i utgangår versus en framskriving som tar høyde for endringer i pasientpopulasjoner over tid. Den årlige endringer er anvendt på syv år i framskrivingsperioden.

Tabell 30 Eksempel på konsekvens av naiv framskriving versus vektet for historiske trender

Sykdomsgruppe	Antall individer	Aktivitet per individ	Total aktivitet	Snitt årlig endring	Naiv framskriving	Framskriving vektet for historisk utvikling	Avvik
Mild	1000	3	3000	1 %	4500	4815	7 %
Moderat	500	5	2500	2 %	3750	4275	14 %
Alvorlig	200	7	1400	3 %	2100	2541	21 %
Total	1700	4,1	6900		10350	11631	12 %

Ved en ren naiv framskriving ville vi definert aktivitetsbehovet til 10 350 kontakter, og dette vil være kapasitetsdefinerende. Ved å ta hensyn til den historiske utviklingen ser vi at det gir et høyere aktivitetsbehov som vil måtte håndteres.

7. Vedlegg:

7.1. Deltakere i arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen er satt sammen av brukerrepresentant og tillitsvalgt, KS, representanter fra kommuner, Sykehusbygg og fagpersoner fra psykisk helsevern for voksne, barn og unge, og TSB.

Følgende personer har deltatt på ett eller flere møter i perioden fra februar 2020:

Tillitsvalgt

Hanne Indregard Lind – Helse Sør-Øst

Brukerrepresentant

Astrid Grete Gryti – Helse Vest

Sykehusbygg

Lilian Leistad – sykehusbygg

Helse Sør-Øst

Oddvar Sæther – Sørlandet sykehus
Espen Arnevik – Oslo Universitetssykehus
Inger Meland Buene – Sykehuset i Vestfold
Torhild T. Hovdal – Helse Sør-Øst
Nikolai Møkleby – Helse Sør-Øst RHF
Christian Thoresen – Helse Sør-Øst RHF

Helse Vest

Ola Jøsendal – Helse Vest RHF
Signe Gevik – Helse Vest RHF

Helse Midt-Norge

Brit Ingunn Hana – Helse Møre og Romsdal
Anne Slungard – Helse Nord-Trøndelag
Kristin Øien Kvam – St. Olavs hospital

Helse Nord

Ruben Sletteng – Universitetssykehuset Nord-Norge
Kristin Johannesen – Universitetssykehuset Nord-Norge
Børge Mathiassen – Universitetssykehuset Nord-Norge
Jon Tomas Finnsson – Helse Nord RHF
Linn Gros – Helse Nord RHF

KS

Åse Snåre – KS
Anne Kristine Nitter – KS/Fredrikstad kommune
Martin Fjordholm – KS
Mats Berntsen – KS/Tromsø kommune

Jon Qvortrup – KS
Anne Gamme – KS
Tone Bodal – KS/Drammen kommune
Liz Sjøgren – KS/Drammen kommune
Kari Anne Fauchald – KS /Oslo kommune
Tor Helge Tjelta – KS/Oslo kommune
Trude Lønning – KS/Sandnes kommune

Helsedirektoratet

Solfrid Lilleeng – Helsedirektoratet (observatør)
Jin Marthe Øvreide – Helsedirektoratet (observatør)
Hanne Strømsvik – Helsedirektoratet (observatør)
Åste Herheim – Helsedirektoratet (observatør)
Turid Nygaard Dager – Helsedirektoratet (observatør)
Tor-Erik Befring – Helsedirektoratet (observatør)
Tone Kaldestad – Helsedirektoratet (observatør)
Anette Jørve Ingjer – Helsedirektoratet (observatør)
Torunn Janbu – Helsedirektoratet (observatør)

Arbeidsgruppens oppdrag har vært å:

- Gi anbefalinger til fremtidige arbeidsformer for utvalgte diagnosegrupper, for å sikre bærekraftige og effektive pasientforløp.
- Gi anbefaling om forventet behov for behandlingsskapasitet for ulike omsorgsnivå.
- Vurdere hvem som trenger helsetjenester og som ikke får dette i dag. Dette skal danne grunnlag for å kunne vurdere samlet behov for helsetjenester.
- Vurdere om helsetjenesten framover må overta oppgaver som i dag løses av andre sektorer og som derfor ikke er inkludert i dagens framskrivingsmodell.

7.2. Diagnoser som inngår i GBD's tilstandsgrupper

GBD kategori	Tilhørende ICD-10 koder
Schizophrenia	F20-F20.9, F25-F25.9
Depressive disorders	F32-F33.9, F34.1
Major depressive disorder	F32-F33.9
Dysthymia	F34.1
Bipolar disorder	F30-F31.9, F34.0
Anxiety disorders	F40-F44.9, F93-F93.2
Eating disorders	F50-F50.9
Anorexia nervosa	F50.0-F50.1
Bulimia nervosa	F50.2-F50.5
Autism spectrum disorders	F84-F84.9
Attention-deficit/hyperactivity disorder	F90-F90.9
Conduct disorder	F91-F92.9
Idiopathic developmental intellectual disability	F70-F79.9, Z81.0
Other mental disorders	F04-F06.1, F06.3-F07.0, F08-F09.9, F21-F24, F26-F29.9, F34, F34.8-F34.9, F38-F39, F45-F49, F51-F52.9, F55-F55.8, F56-F69.0, F80-F83, F85-F89.0, F93.3-F99.0, G47-G47.29, G47.4-G47.9, R40-R40.4, R45-R55.0, Z03.2, Z04.6-Z04.72, Z13.4, Z64, Z81, Z81.8, Z86.5-Z86.59
Alcohol use disorders	F10-F10.99, G31.2, R78.0, X45-X45.9, X65-X65.9, Y15-Y15.9, Z81.1
Drug use disorders	F11-F19.99, P96.1, R78.1-R78.9, Z81.2-Z81.4
Opioid use disorders	F11-F11.99, R78.1
Cocaine use disorders	F14-F14.99, R78.2
Amphetamine use disorders	F15-F15.99
Cannabis use disorders	F12-F12.99
Other drug use disorders	F13-F13.99, F16-F19.99, P96.1, R78.3-R78.9

Sammenligninger av estimert forekomst fra GBD gjøres mot samlet diagnostikk av de angitte diagnoser i helse spesialisthelsetjenesten, ikke utelukkende psykisk helsevern og TSB.

7.3. Variasjonskoeffisient (CV)

Variasjonskoeffisient (CV): Variasjonskoeffisienten (Standardavvik/gjennomsnitt) benyttes i dette dokument som et uttrykk for variasjon mellom opptaksområder eller kommuner i Norge. Gjennomsnittsraten og standardavviket beregnes på bakgrunn av rate per 100 000. CV uttrykkes i prosent, og leses slik at lave verdier angir lav variasjon, mens høyere verdier indikerer større variasjon. I psykisk helsevern og TSB er de laveste anslagene på variasjon omkring 10%. Variasjon over 30% viser ofte både områder som er avvikende, men at spredningen i utvalget begynner å bli større. CV > 50% viser stor variasjon over opptaksområder.

7.4. Funksjonsvurdering i kommunen

Funksjonsvurdering i kommunale helsetjenester	
Funksjon	Ny kategorisering
Sosial deltagelse	Sekundærfunksjon
Skaffe seg varer og tjenester	Sekundærfunksjon
Beslutninger i dagliglivet	Kontrollfunksjon
Ivareta egen helse	Kontrollfunksjon
Bevege seg innendørs	Primærfunksjon
Alminnelig husarbeid	Sekundærfunksjon
Personlig hygiene	Primærfunksjon
På og avkledning	Primærfunksjon
Lage mat	Sekundærfunksjon
Spise	Primærfunksjon
Toalett	Primærfunksjon
Bevege seg utendørs	Sekundærfunksjon
Syn	Kognitiv funksjon
Hørsel	Kognitiv funksjon
Hukommelse	Kognitiv funksjon
Kommunikasjon	Kognitiv funksjon
Styre atferd	Kontrollfunksjon
Ivareta egen økonomi	Kontrollfunksjon

7.5. Grunnlag for justert aktivitet



7.6. Tabelloversikt

Tabell 1 Estimert prevalens av antall personer med psykisk lidelse og rus- og avhengighetslidelser (GBD) per 100 000 innbygger 2019 fordelt etter fylker	8
Tabell 2 Estimert antall individer og rate per 100 000 innbygger med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser etter tilstandskategori (GBD), antall individer i PHV og TSB (inkl. avtalespesialister) andel i spesialisthelsetjenesten og snitt rate per 100 000 innbygger over opptaksområder	9
Tabell 3 Antall husstander med definert lavinntekt etter OECD-skala over fylker i Norge 2018 (kilde SSB)	13
Tabell 4 Oversikt aktivitetsparametere per 100 000 innbygger (snitt/standardavvik) og variasjonskoeffisient (CV).....	16
Tabell 5 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2050 etter opptaksområder i Norge	20
Tabell 6 Pasienter i psykisk helsevern og TSB med oppfølging hos fastlege/legevakt i 2018/2019.....	24
Tabell 7 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med vedtaksbaserte kommunale helse og omsorgstjenester i 2018/2019.....	25
Tabell 8 Antall individer med kontakt i PHV/TSB 2018/2019 med vedtaksbaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter selekterte grupper	27
Tabell 9 Antall pasienter i BUP per år og rate per 100 000 innbygger mellom 0-17 år	28
Tabell 10 Antall pasienter og opphold i poliklinisk og dagbehandling BUP 2019 etter diagnose (Akse 1) ..	31
Tabell 11 Diagnostisk fordeling døgnbehandling BUP 2019	32
Tabell 12 Utvikling antall pasienter, totale opphold (døgn, dag og polikliniske opphold) og liggedøgn for pasienter med spiseforstyrrelser i perioden 2016-2019.	32
Tabell 13 Antall individer i BUP og individer med medfødte og varige tilstander i perioden 2016-2019....	33
Tabell 14 Gjennomsnittlige rate per 100 000 mellom 0-19 år over opptaksområder, standardavvik og variasjonskoeffisient	34
Tabell 15 Utvikling av alminnelige og utbredte tilstander i spesialisthelsetjenesten 2016-2019.....	38
Tabell 16 Pasienter med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse i poliklinisk behandling i perioden 2016-2019 ved offentlig og avtalespesialist.....	39
Tabell 17 Oppholdstid, opphold per pasient, liggedøgn per pasient for pasienter med alvorlig psykisk lidelse over opptaksområder, ett år, to år og fire år	42
Tabell 18 Antall personer med alvorlig psykisk lidelse og ROP-lidelser (ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse i samme år) inntil 5 bidiagnoser og rater per 100 000 innbygger over 18 år.	43
Tabell 19 Antall personer og aktivitetsparametere for pasienter innlagt til døgnbehandling i psykisk helsevern voksen med alvorlig psykisk lidelse som primærdiagnose og ROP-lidelse i 2018/2019.....	43
Tabell 20 Antall og rater per 100 000 innbygger 2019 - opphold, personer og liggedøgn øyeblikkelig hjelp innleggelse	45
Tabell 21 Liggedøgn i psykisk helsevern og TSB	46
Tabell 22 Antall personer og rate per 100 000 innbygger 65 år og eldre i psykisk helsevern og TSB	48
Tabell 23 Antall personer med rusrelatert hoved- eller bidiagnose 2016-2019 alle tjenesteområder.....	50
Tabell 24 Diagnostisk fordeling, antall pasienter med rus som hoveddiagnose i 2016-2019 uavhengig av tjenesteområde	51
Tabell 25 Pasienter med rusrelatert hoveddiagnose og tjenesteområde i perioden 2016-2019.....	51
Tabell 26 Poliklinikk og dagbehandling for pasienter i TSB ekskl. LAR-populasjon 2018-2019.....	53
Tabell 27 Døgnbehandling for pasienter i TSB 2018-2019 ekskl. LAR-pasienter.....	53
Tabell 28 Døgnbehandling TSB ved helseforetak og private tilbydere 2018 og 2019 ekskl. LAR-pasienter .	54
Tabell 29 Tilbud til innbyggere med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser i Fredrikstad.....	57
Tabell 30 Eksempel på konsekvens av naiv framskriving versus vektet for historiske trender	60

7.7. Figuroversikt

Figur 1 Justert aktivitet fordelt over opptaksområder	15
Figur 2 Antall personer innlagt til døgnbehandling i BUP og antall personer med kommunale tjenester med medfødte og varige tilstander i 2018/2019	18
Figur 3 Framskrivning av befolkning 2020-2040 for pasienter bosatt i kommuner med under en halvtime reisetid til DPS.....	21
Figur 4 Framskrevet befolkning 2020 - 2040 for kommuner med mer enn 30 minutter til DPS.....	21
Figur 5 Justert aktivitet over ulike helsetjenester og alder	22
Figur 6 Antall pasienter i psykisk helsevern og TSB med registrert boligtilbud per 100 000 innbygger i 2018/2019.....	26
Figur 7 Antall pasienter og kontakter per pasient fordel etter CGAS funksjonsgruppe (Antall pasienter: venstre akse og søyler; Kontakter per pasient: høyre akse og linje)	29
Figur 8 Antall pasienter innlagt til døgnbehandling i BUP og liggedøgn i perioden 2016-2019 per 100 000 innbygger 0-17 år (gjennomsnitt av årene).....	34
Figur 9 Antall individer til døgnbehandling og liggedøgn per 100 000 innbygger over 19 år med depresjon, angst, fobi, OCD, belastningslidelse og kompleks belastningslidelse.	40
Figur 10 Antall personer innlagt til øyeblikkelig hjelp per 100 000 innbygger TSB 2019	47
Figur 11 Antall pasienter i TSB per 100 000 innbygger etter opptaksområde.....	52
Figur 12 Antall pasienter innlagt privat tilbyder TSB per 100 000 innbygger 2019	55

Møtedato: 9. juni 2021
Arkivnr.:
2020/999-31

Saksbeh/tlf:
Skår/ 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 2. juni 2021

RBU-sak 61-2021

Oppfølging av prioriterte kvalitetsindikatorer i Helse Nord

Formål

Formål med saken er å orientere om oppfølging av prioriterte kvalitetsindikatorer og be om innspill fra Regionalt brukerutvalg til dette arbeidet.

Ett av tre overordne styringsmål er å sikre tilgjengelig og likeverdig pasientbehandling av god kvalitet. Nasjonale kvalitetsindikatorer, helseatlas og kvalitetsregistre bidrar til å belyse hvor fastsatte mål nås og hvor det er utfordringer med å nå målene.

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

I styresak 44-2021 *Vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for kvalitet i pasientbehandlingen*, ble følgende områder trukket frem med særlig risiko:

Tall fra hjerte-kar registret viser at alle helseforetak i Helse Nord ligger under landsgjennomsnittet, og har lav grad av måloppnåelse på indikatoren reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid. Til dels store avstander i regionen bidrar til utfordringen, og setter særlige krav til lokalt tilpassede tiltak.

Resultater fra nasjonale kvalitetsregister viser at det fortsatt er noe uønsket variasjon i kvaliteten i Helse Nord innenfor ortopedi. Spesielt gjelder dette bruken av sementert stamme ved hoftebrudd, hvor UNN fortsatt har lav måloppnåelse, og skiller seg fra resten av helseforetakene i nord som har høy måloppnåelse. For hoftebrudd operert innen 24 timer har Finnmarkssykehuset moderat måloppnåelse, mens de øvrige helseforetakene har lav måloppnåelse. Innen 48 timer har samtlige helseforetak moderat måloppnåelse. Tiltak skal iverksettes for å redusere tid til operasjon.

Graden av måloppnåelse innenfor kreftpakkeforløpene er fortsatt ikke tilstrekkelig. Det er fortsatt uønsket variasjon i måloppnåelse i regionen som må følges tett opp i samarbeidet med helseforetakene.

Andelen sykehusopphold med minst en pasientskade skal reduseres til 10% eller lavere innen 2023. For de fleste områder i Helse Nord hvor det gjøres undersøkelser (GTT-team), er andelen høyere. Videre implementering av nasjonale faglige råd (tidligere tiltakspakker) må intensiveres. Det legges opp til en prioritering av innsatsområder i samråd med helseforetakene.

Innen psykisk helse og rus ble det i styresaken vist spesielt til økning i antall barn henvist for behandling av spiseforstyrrelser og psykoser, og til særlige utfordringer med tilstrekkelig samhandling omkring barn med psykiske lidelser. Dette er en klar risiko i behandlingstilbudet som krever en langsiktig og koordinert oppfølging i samarbeidet med kommunene.

Styret vedtok å ta disse risikoområdene inn i den overordnede risikostyringen i Helse Nord.

Prioriterte kvalitetsindikatorer for oppfølging innen somatikk og psykisk helse

Som et ledd i arbeidet med å oppnå overordnet styringsmål om å levere tjenester med bedre kvalitet og pasientsikkerhet har vi sett nærmere på spesifikke områder med manglende måloppnåelse. I tillegg til områdene som er tatt opp og prioritert i styresak 44-2021 er det identifisert andre områder som krever særskilt fokus i styringsdialogen med helseforetakene.

Her har vi valgt å se nærmere på diabetes, strykninger av planlagte operasjoner, ortopedi og pakkeforløp i psykisk helsevern.

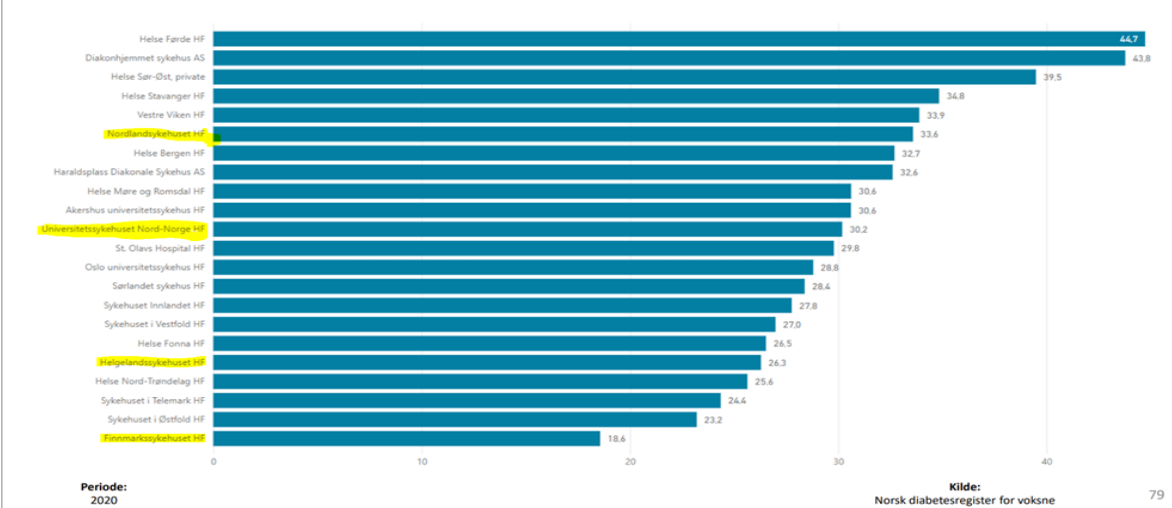
Diabetes

Diabetes type 1 rammer ca. 1 prosent av den norske befolkning og gir redusert forventet levetid. God diabetesbehandling kan forhindre og forebygge utvikling av alvorlige komplikasjoner, som nyreskade, nerveskade og synsskade, samt aterosklerose i blodkar til hjerte, hjerne og føtter.

Nasjonale kvalitetsindikatorer for HbA1c (langtidsblodsukker) hos diabetespasientene viser at pasienter i Helse Nord har dårligere måloppnåelse sammenlignet med resten av landet. Det er også stor variasjon mellom helseforetakene i måloppnåelse, som figurene nedenfor viser.

Blodsukkerregulering ved type 1 diabetes hos voksne

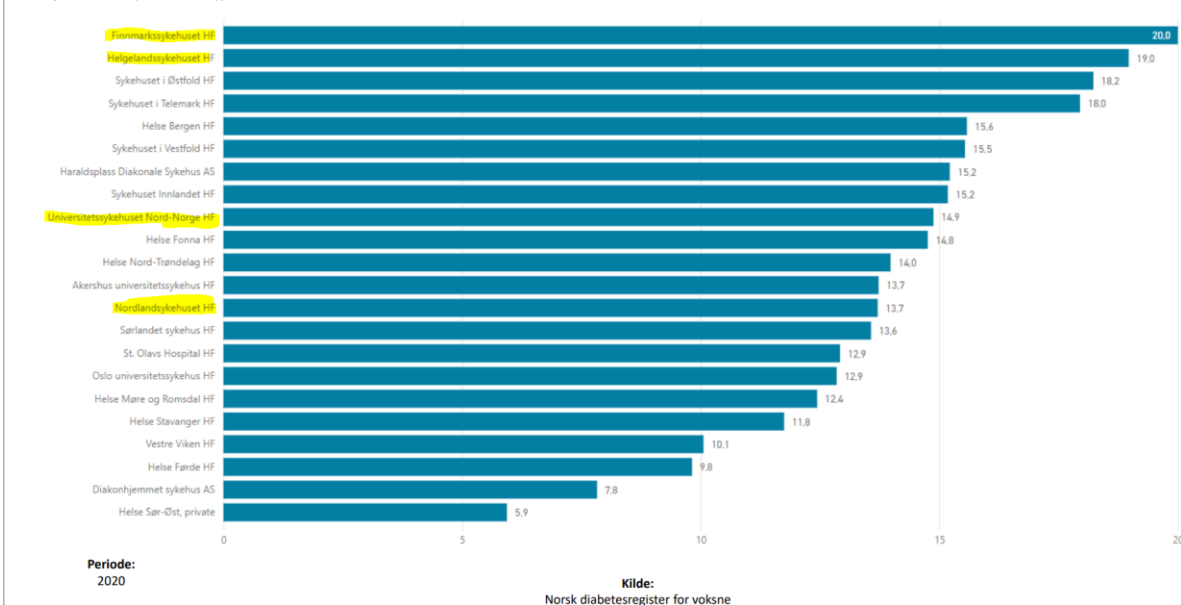
Definisjon: Andelen av pasienter med type 1 diabetes som ved årskontroll har HbA1c under eller lik 53 mmol/mol



Figur 1 Andelen av pasienter med type 1 diabetes som ved årskontroll har HbA1c under eller lik 53 mmol/mol, per helseforetak 2020. Målet er at minst 25 prosent av pasientene skal ligge under eller lik 53 mmol/mol.

Blodsukkerregulering ved type 1 diabetes hos voksne

Definisjon: Andelen av pasienter med type 1 diabetes som ved årskontroll har HbA1c over eller lik 75 mmol/mol



Figur 2 Andelen av pasienter med type 1 diabetes som ved årskontroll har HbA1c over eller lik 75 mmol/mol, per helseforetak 2020. Målet er at under 15 prosent av pasientene skal ligge over eller lik 75 mmol/mol.

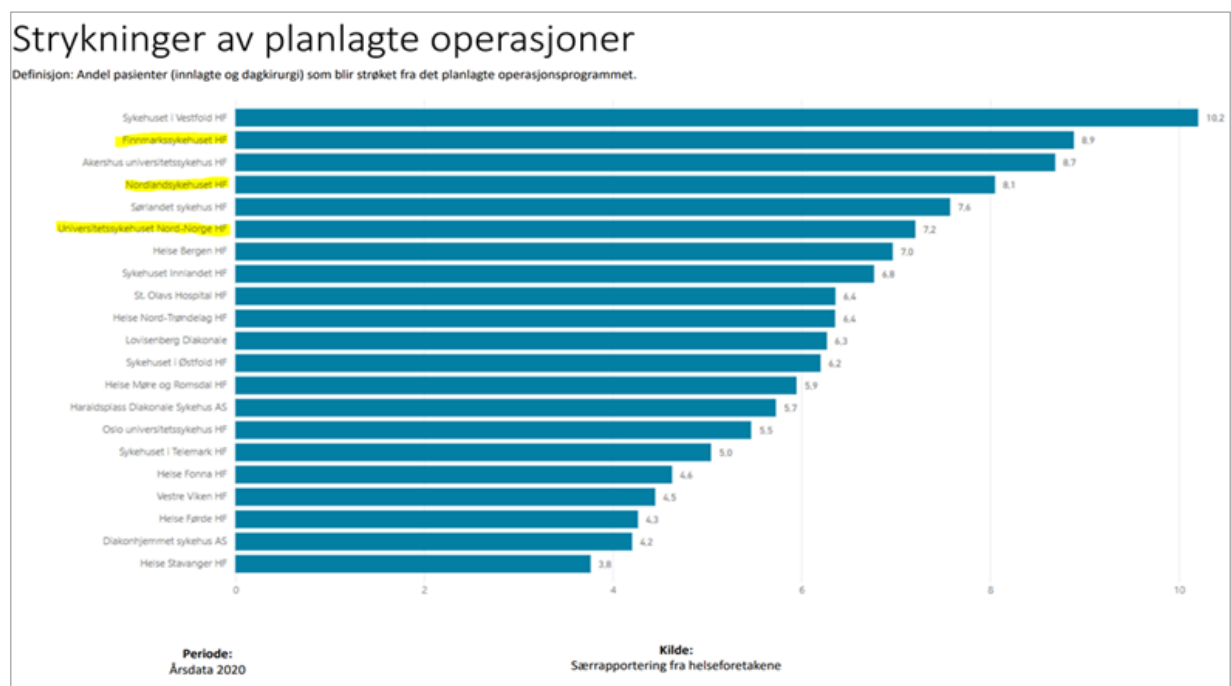
Strykninger av planlagte operasjoner

Et viktig mål i pasientbehandling er at pasienten skal oppleve forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet. Strykninger av planlagte operasjoner er således en belastning for

pasienten, og kan føre til unødvendige kostnader til pasientreiser og samfunnsøkonomiske konsekvenser med tap av arbeidskraft. Ressursutnyttelsen i sykehusene forringes.

Kvalitetsindikatoren viser at helseforetakene i Helse Nord har høyest andel strykninger sammenlignet med resten av landet.

Det er mange og sammensatte årsaker til strykninger, som f.eks. mangel på kapasitet til ø- hjelpsoperasjoner, mangel på personell, mangelfull kommunikasjon med pasienten, mangelfull utredning og forberedelser. Kjennskap til årsaker gir mulighet til korrigerende og forbedringsarbeid.



Figur 3 Strykninger av planlagte operasjoner, alle helseforetak 2020. Målet er under 5 prosent strykninger. Helgelandssykehuset har ikke levert data for 3. tertial 2020, og vises derfor ikke i oversikten.

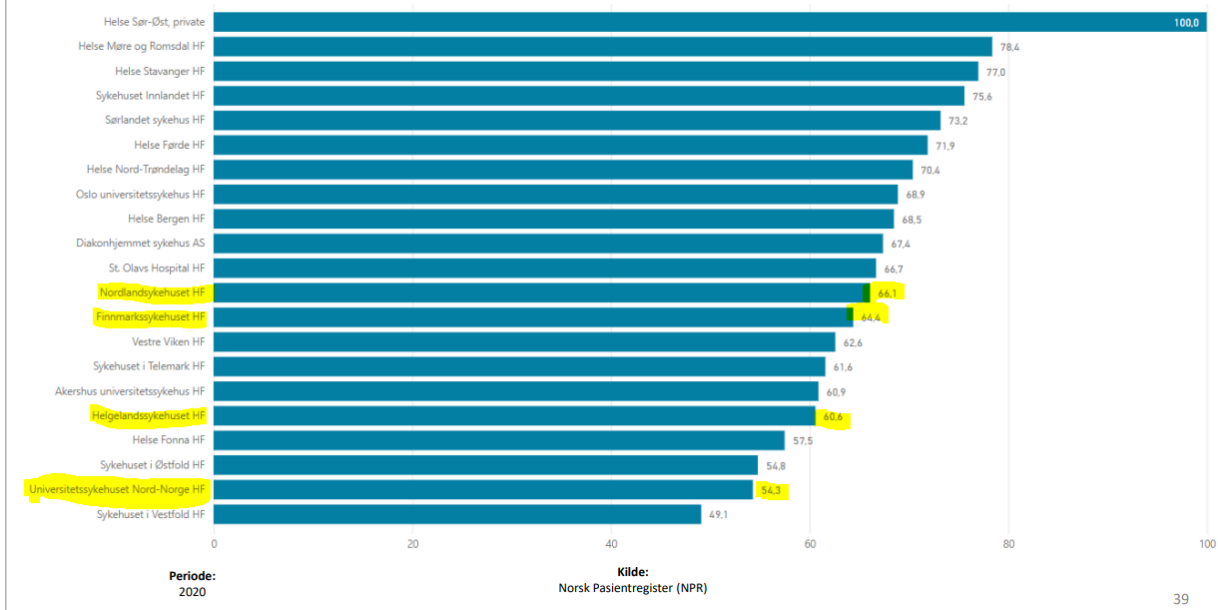
Ortopedi

Innen ortopedi er det utfordringer når det gjelder ventetider, fristbrudd og kvalitet i tilbudet. Lårhalsbrudd rammer oftest eldre mennesker med flere sykdommer. Funksjon og overlevelse kan påvirkes av hvor raskt pasienten blir operert og hvilken type operasjon som velges.

Kvalitetsindikatorer viser at Helse Nord ligger på nasjonalt nivå i 2019 når det gjelder overlevelse etter lårhalsbrudd, men tall for 2020 dokumenterer at andel pasienter som blir operert innen 24 timer er lavt. Resultatene varierer mellom sykehusene i nord.

Hoftebrudd operert innen 24 timer

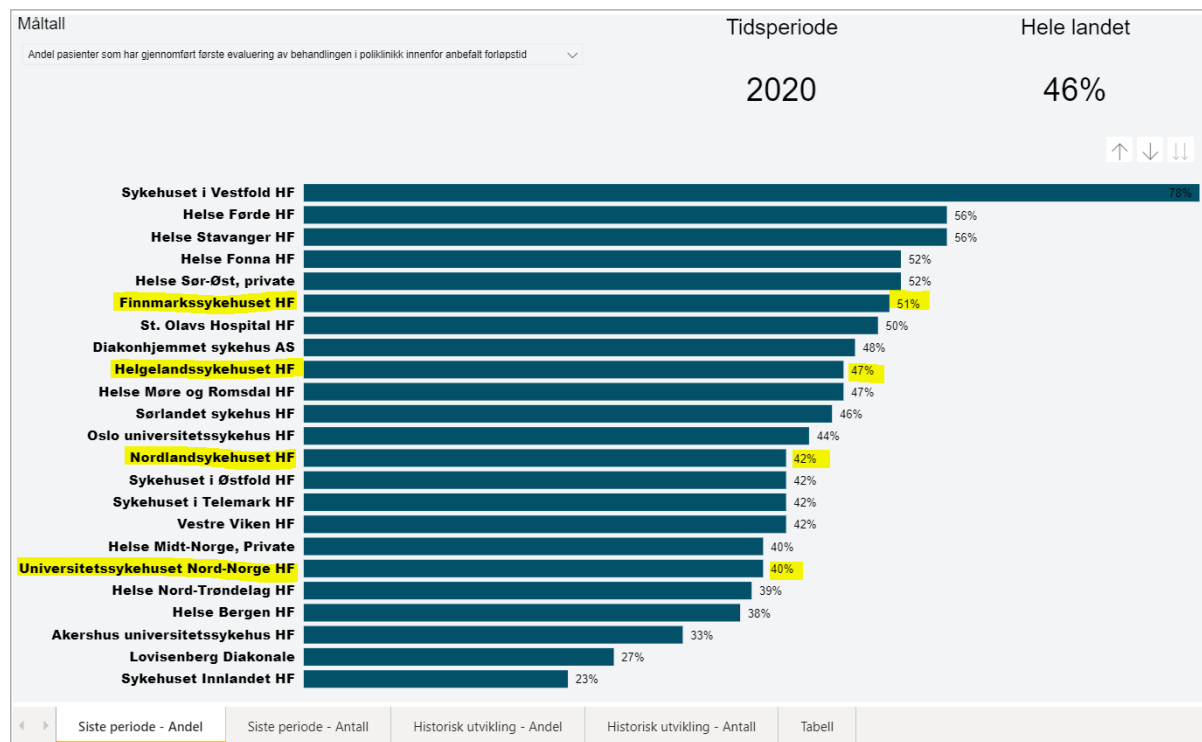
Definisjon: Andel pasienter over 65 år med hoftebrudd som blir operert innen 24 timer etter innleggelse ved behov for øyeblikkelig hjelp.



Figur 3 Hoftebrudd operert innen 24 timer etter innleggelse ved behov for øyeblikkelig hjelp, alle helseforetak 2020. Målet er at ≥ 80 prosent blir operert innen 24 timer.

Psykisk helse

Innen psykisk helse er det prioritert å følge opp pakkeforløpene. Indikatorer som ventetider, fristbrudd og den gylne regel rapporteres jevnlig i Helse Nords virksomhetsrapporter. Pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført gradvis gjennom 2019. Helseforetakene startet med registrering og rapportering i ulike deler av året, og Helse Nord ikke var i gang før november 2019. Registrering og uttrekk av pakkeforløpsdata har vært påvirket av tekniske problemer, dette gjelder spesielt i Helse Vest og Helse Nord. De tekniske problemene er løst og vi vil nå begynne å rapportere på og følge opp resultater fra de ulike pakkeforløpsindikatorerne innen psykisk helsevern. Her vises indikator for andel av pasienter i pakkeforløp som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid.



Figur 4 Andel pasienter som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid, alle helseforetak 2020. Målet er en andel på minst 80 prosent. Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer

Vurdering

Helse Nord RHF er opptatt av å sikre tilgjengelig og likeverdig pasientbehandling av god kvalitet. Resultatene avdekker at det er variasjon i tilbudet, både innad i regionen og sammenlignet med resten av landet.

For å oppnå bedre resultater, vil Helse Nord RHF følge opp dette i styringsdialogen med helseforetakene.

Konklusjon

Helse Nord RHF ber Regionalt brukerutvalg om innspill til prioriteringen som er gjort, og til det videre arbeidet som skal gjøres.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. RBU tar orienteringen om utfordringene som avdekkes i kvalitetsindikatorerne og kvalitetsregistrene til etterretning.
2. RBU har følgende innspill til arbeidet:

Bodø, den 2. juni 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Møtedato: 9. juni 2021

Arkivnr.:
2020/999-31

Saksbeh/tlf:
Strehle/ 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 2. juni 2021

RBU-sak 62-2021

Oppnevning Fagråd rehabilitering

Formål

Oppnevning av brukerrepresentant til fagråd rehabilitering.

Om fagråd:

Det er utarbeidet et felles, likelydende mandat for alle fagrådene i Helse Nord. Mandatet kan leses på Helse Nords nettsider (<https://helse-nord.no/helsefaglig/fagrad-og-fagnettverk/hva-er-et-fagrad-mandat>).

Fagrådet er rådgivende for fagdirektør i Helse Nord RHF i faglige spørsmål med relevans for behandlingsskjeder innad og på tvers av foretaksgrensene og for oppgavefordeling mellom helseforetakene.

Fagrådet skal gi råd om viktige faglige og strategiske veivalg i tjenesten, ut fra aktuell situasjon for fagområdet og regionale og nasjonale planer og vedtak.

Fagrådet skal gi råd til fagdirektør med bakgrunn i innspill fra øvrige regionale nettverk innen fagområdet.

Fagrådet skal behandle saker på bestilling fra fagdirektør i Helse Nord RHF.

Fagrådet skal utrede saker som har interesse for helseforetakene og på forespørsel fra enkelte HF.

Fagråd rehabilitering er et godt etablert fagråd som møtes jevnlig. Det er behov for ny brukerrepresentant.

Kostnader

Kostnader knyttet til deltakelse i fagrådene dekkes etter gjeldende regionale satser.

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner *NN* som brukerrepresentant i fagråd rehabilitering.

Bodø, 9. juni 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

Møtedato: 9. juni 2021
Arkivnr.:
2019/1466

Saksbeh/tlf:
Kari Bøckmann, 91196023

Sted/Dato:
Bodø, 01.06.2021

RBU-sak 63-2021 Oppnevning Fagråd for pasient- og pårørendeopplæring

Formål

Oppnevning av brukerrepresentant til Regionalt fagråd for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord RHF.

Problemstillinger

Opplæring av pasienter og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens fire oppgaver (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8). Opplæringen foregår både individuelt og i grupper og begrunnelsen for at dette er en lovpålagt oppgave er at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2) og at det å støtte pasienters mestrings- og endringsprosesser ofte er en sentral del av helsehjelpen. Ansvar for opplæring av pasienter og pårørende er regulert i flere lovverk, inkludert Kommunehelseloven og Lov om folkehelsearbeid.

Fagrådet for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord RHF ble opprettet i 2019 og er et rådgivende organ for fagdirektør. Det har vært et aktivt fagråd siden oppstart, med 4-5 møter pr år.

Fagrådet består i dag av følgende personer:

- Kristin Lernes, UNN HF (leder)
- Jorunn Brendeford, Nordlandssykehuset HF
- Elin Sagbakken, Finnmarkssykehuset HF
- Astri Merete Gullesen, Helgelandssykehuset HF
- Eva Grønning, UNN HF
- *(ikke oppnevnt)*, Sámi klinihkka
- Gro Anita Ytterstad, Nordlandssykehuset HF
- Anne May Knudsen, kommunikasjonsdirektør, Helse Nord RHF
- Asbjørn Larsen (brukerrepresentant)
- Marie Dahlskjær (ungdomsrepresentant)

Seniorrådgiver Kari Bøckmann er sekretær for fagrådet.

Asbjørn Larsen ber om avløsning som brukerrepresentant. Ønsket erfaringskompetanse som brukerrepresentant i fagrådet er deltakelse på et eller flere LMS-kurs samt erfaring fra brukerutvalg, ungdomsråd eller RBU.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg oppnevner NN som brukerrepresentanter til Regionalt fagråd for pasient- og pårørendeopplæring.

Bodø, den 1. juni 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Møtedato: 9. juni 2021
Arkivnr.:
2020/999-31

Saksbeh/tlf:
Kristina Lindstrøm, 934 83077

Sted/Dato:
Bodø, 31. mai 2021

RBU-sak 64-2021 Oppnevning av brukerrepresentant til programkomitéen for Helse Nords regionale forsknings- og innovasjonskonferanse 2022

Formål

Helse Nords regionale forsknings- og innovasjonskonferanse planlegges arrangert høsten 2022. Konferansen arrangeres i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet og legges opp til samme typen arrangement som sist konferansen ble arrangert (januar 2020, se [lenke](#)).

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

Arbeidsutvalget for det regionale samarbeidsorganet for forskning og innovasjon (USAM) har fattet følgende vedtak om komiteens sammensetning:

Vedtak (AU USAM-sak 08-2021):

- 1. Det nedsettes en programkomite med følgende sammensetning:*
 - UNN: forsknings- og utdanningsjef Einar Bugge (leder av komitéen), og én medarbeider fra innovasjonsfeltet.*
 - UiT: prodekan forskning (p.t. Johanna E. Sollid) og én medarbeider fra fakultets-administrasjonen*
 - Nordlandssykehuset, Nord universitet og Regionalt brukerutvalg bes utnevne én representant hver.*
 - Helse Nord RHF deltar med Tove Klæboe Nilsen og Kristina Lindstrøm i komitéen. Lindstrøm er koordinator for komiteen, og kaller inn til første møte.*
- 2. RHFet påtar seg et særlig ansvar for planlegging og gjennomføring av konferansen, med bistand fra Klinisk forskningsavdeling ved UNN og fra Helsefak UiT i det praktiske arbeidet.*

Komiteens oppgave er å utforme programmet og øvrige rammer for konferansen. Det må påregnes 2-3 arbeidsmøter via Teams i 2021, og ca. 4-5 møter i 2022. Det er forventet at komitéen deltar på selve konferansen.

Konklusjon

Regionalt brukerutvalg bes oppnevne én representant til programkomitéen for konferansen.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. RBU oppnevner XX som representant til programkomitéen for Helse Nords regionale forsknings- og innovasjonskonferanse 2022.

Bodø, den 2. juni 2021
Cecilie Daae
Adm. direktør

Møtedato: 9. juni 2021
Saksnr.:
2020\999-31

Saksbeh./tlf.:
Lindekleiv/Rolandsen

Sted/dato:
Bodø, 27. mai 2021

RBU-sak 65–2021

Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering. Oppnevning

Formål

Formål med saken er å orientere Regionalt Brukerutvalg om plan for gjennomgang av regionale tjenester (kompetansesentre, behandlingstjenester og andre funksjoner) med sikte på å vurdere tidshorisont for varighet.

Gjennomgangen bygger på tilsvarende prosess nasjonalt, der utgangspunktet er at nasjonale kompetansetjenester som er eldre enn 10 år som hovedregel skal fases ut og avløses av nettverk uten særskilt finansiering, og at tjenester som er eldre enn 5 år skal vurderes tilsvarende. Det er ønskelig at RBU er representert i styringsgruppa til prosjektet.

Beslutningsgrunnlag

Flere regionale funksjoner ved sykehusforetakene mottar særskilt finansiering fra Helse Nord RHF.

Funksjonene er i hovedsak opprettet som en del av faglig utvikling i regionene, basert på beslutninger i administrasjonen i Helse Nord RHF eller vedtak i styret i Helse Nord RHF. I noen tilfeller med bakgrunn i krav i lov og forskrift, nasjonale faglige anbefalinger, eller vedtak i Stortinget.

Funksjonene med særskilt finansiering håndteres utenom regional inntektsfordelingsmodell, og utgjør i 2021 i overkant av 450 mill. kr/år. Det er vurdert behov for å skjerme tjenester som har særskilt finansiering knyttet til:

- Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Tjenester knyttet til overgangsordninger som senere skal fases inn i inntektsmodellen
- Tjenester knyttet til samiske helsetjenester

Dette betyr at det i hovedsak er tjenester knyttet til somatiske tilbud som skal vurderes. Samlet kostnad utgjør ca. 102 millioner kroner årlig for denne gruppen. Flere av funksjonene har eksistert i mange år. Arbeidet er planlagt i to trinn, første pulje fremgår av vedlegg.

Vurderingskriterier

Kriterier for vurdering er lagt nært opp til tilsvarende kriterier for revidering av nasjonale funksjoner: I hvilken grad (liten, middels stor) bidrar tjenesten til:

- A. Kompetansespredning i regionen
- B. Veiledning/rådgivning
- C. Grunnlag for forskning
- D. Dokumenterte resultater
- E. Kvalitet
- F. Pasientbehandling

Vurdering av fremtidig behov

Vurdering blir gjort med fokus på om behovet om funksjonene med særskilt finansiering er redusert, kan ivaretas i annen form, eller kan fases helt ut.

Målsetting

Gjennomgangen skal resultere i en komplett oversikt over særskilt finansierte funksjoner innenfor utvalgt gruppe av tjenester. Gjennomgangen skal vise en transparent vurdering av hver enkelt tjeneste, og begrunnelse for videreføring eller endring, samt tidspunkt for ny vurdering.

Flere interessegrupper

De regionale funksjoner med særskilt finansiering involverer mange interessenter. Dette gjelder både pasienter og pårørende, ansatte, fagmiljø og i noen tilfeller kommuner og andre samarbeidsparter. Det er avgjørende at gjennomgangen gjøres på en måte som er åpen, transparent og involverende.

Prosess

Gjennomgangen organiseres som et prosjekt, se vedlagt prosjektplan og mandat. Tjenestene/funksjonene deles inn i tre faser, der første fase utgjør 10-12 funksjoner.

Det legges opp til at de regionale funksjonene gjennomgås høsten 2021 av en prosjektgruppe med deltagere fra fagdirektør i Helse Nord RHF, fagsjefene i sykehusforetakene, brukerrepresentant og tillitsvalgt. Prosjektgruppen vil gi sin anbefaling til prosjekteier, adm. direktør i Helse Nord RHF.

Endringer planlegges forelagt styret i Helse Nord RHF for endelig beslutning i februar 2022.

Det etableres styringsgruppe bestående av «Direktørmøtet» samt brukerrepresentant og representant for konserntillitsvalgte/-verneombud.

Eventuelt frigjorte midler

Helse Nord vil de neste årene ha behov for regionale satsninger på blant annet informasjonssikkerhet, utdanning og persontilpasset medisin. Eventuelt frigjorte midler vil bli kanalisert inn i finansiering av disse områdene.

Medvirkning

Prosjektgruppa vil be om brukerrepresentant til prosjektgruppa fra ett av brukerutvalgene i foretakene.

Regionalt Brukerutvalg inviteres til å delta med en person i styringsgruppen. Det forventes at styringsgruppa vil ha 1-2 månedlige møter i perioden.

Innstilling til endringer vil bli lagt frem for formell behandling i Regionalt Brukerutvalg i forkant av beslutning hos adm. direktør i Helse Nord RHF.

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Informasjonen om gjennomgang av regionale funksjoner tas til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg oppnevner NN til å sitte i styringsgruppa til eierdirektør i Helse Nord RHF.
3. Regionalt brukerutvalg ber om at innstilling til endringer legges frem for RBU i forkant av behandling i styret i Helse Nord RHF og aktuelle helseforetak.

Bodø, 27. mai 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

Mandat – versjon 0.9

Prosjektplan og mandat

Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord

Versjon 0.9 – 31. mai 2021

Denne fylles ut ved behandling, ved BP1.

Prosjektnummer i Agresso:	Saksnummer i Elements:	
Behandlet dato:	Behandlet av (ansvarlig linjeleder):	Mandat utarbeidet av:
Beslutning:		
Bemanning av neste fase Leder av utredningsarbeidet: Andre:		Neste fase ferdig: <dato>
Signatur ved godkjenning (BP1):		

Innhold

1. Bakgrunn	3
2. Prosjektets mål.....	3
3. Forutsetninger og rammer	4
4. Organisering og ansvar	4
5. Plan for arbeidet	5
5.1 Fase en.....	5
5.2 Fase to.....	6
6. Medvirkning	7
7. Budsjett	7
8. Kommunikasjonsplan.....	8
8.1 Målsetning.....	8
8.2 Hovedbudskap.....	8
8.3 Kommunikasjonsutfordringer.....	8
8.4 Målgrupper og interessenter	8
8.5 Kanaler	8
8.6 Koordinering av mediehenvendelser.....	8
8.7 Aktiviteter	8
9. Tidsramme	9
10. Vedlegg	12
10.1 Funksjoner som skal vurderes som del av fase en	12
10.2 Funksjoner som skal vurderes som del av fase to	12

1. Bakgrunn

Flere regionale funksjoner ved sykehusforetakene mottar særskilt finansiering fra Helse Nord RHF. Funksjonene er i hovedsak opprettet som en del av faglig utvikling i regionene, basert på beslutninger i administrasjonen i Helse Nord RHF eller vedtak i styret i Helse Nord RHF. I noen tilfeller med bakgrunn i krav i lov og forskrift, nasjonale faglige anbefalinger, eller vedtak i Stortinget.

Funksjonene med særskilt finansiering håndteres utenom regional inntektsfordelingsmodell, og utgjør i 2021 i overkant av 450 mill. kr/år. Det er vurdert behov for å skjerme tjenester som har særskilt finansiering knyttet til:

- Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Tjenester knyttet til overgangsordninger som senere skal fases inn i inntektsmodellen
- Tjenester knyttet til samiske helsetjenester

Dette betyr at det i fase 1 i hovedsak er tjenester knyttet til somatiske tilbud som skal vurderes. Samlet kostnad utgjør ca. 102 millioner kroner årlig for denne gruppen. Flere av funksjonene har eksistert i mange år. Arbeidet er planlagt i to trinn, første pulje fremgår av vedlegg.

Videre er det nødvendig å vurdere om det er regionale funksjonene med særskilt finansiering der behovet for funksjonen er redusert, kan ivaretas i annen form, eller bør fases ut med overgangsordning før finansieringen anses dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen.

De regionale funksjoner med særskilt finansiering involverer mange interessenter. Dette gjelder både pasienter og brukere, arbeidsplasser til helsepersonell, fagmiljø og samfunnet. Det er avgjørende at gjennomgangen gjøres på en måte som er åpen, transparent og involverende. Endringer i særskilt finansiering medfører ikke nødvendigvis at den regionale funksjonen avvikles, men at den videreføres i redusert omfang, i annen form eller at den videre finansieringen overføres til ordinær drift.

Eventuelt frigjorte midler

Helse Nord vil de neste årene ha behov for regionale satsninger på blant annet informasjonssikkerhet, utdanning og persontilpasset medisin. Eventuelt frigjorte midler vil vurderes kanalisert inn i finansiering av disse områdene.

2. Prosjektets mål

Vurdere de enkelte regionale tjenestene og funksjonene med særskilt finansiering og gi en anbefaling om hvilke som skal:

- videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå
- videreføres med særskilt finansiering på annet nivå
- videreføres i annen form (f.eks nettverk)
- kan fortsette, men den særskilte finansieringen fases ut med en overgangsordning på tre år før videre finansiering anses dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen
- avvikles

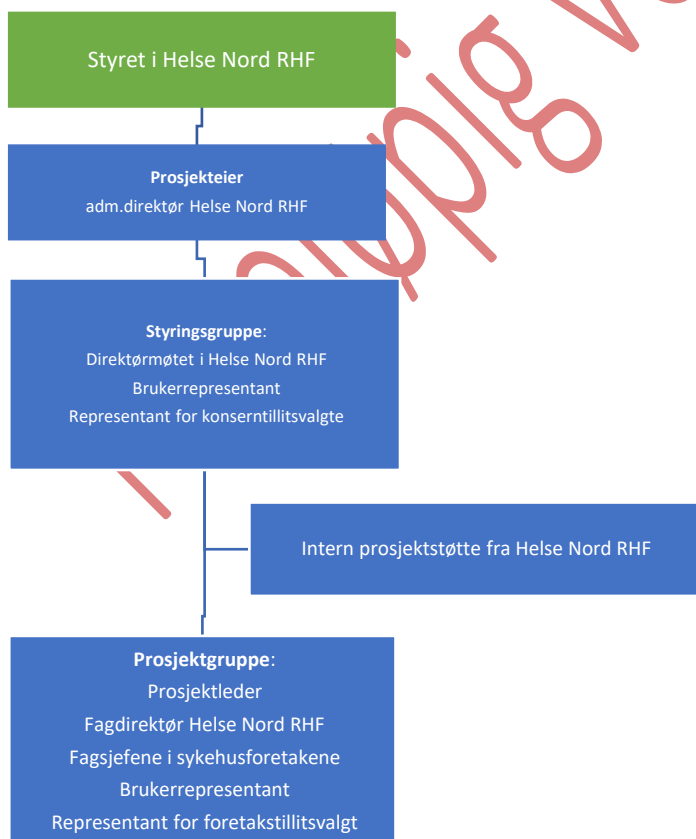
3. Forutsetninger og rammer

1. Prosessen skal være åpen, transparent og involverende
2. Endringer som foreslås skal være i tråd med lov og forskrift, nasjonale handlingsplaner, anbefalinger og retningslinjer fra normerende myndigheter, vedtak i Stortinget og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Helse Nords retningslinjer for etablering, organisering og finansiering av regionale kompetansetjenester skal legges til grunn. Regionale kompetansetjenester skal etter fem år vurderes omgjort til annen form (f.eks. nettverk) og skal som hovedregel ikke ha en varighet som overskrider 10 år. Det bemerkes at funksjonen kan ha lengre varighet dersom den er hjemlet i lov og forskrift, nasjonale handlingsplaner, anbefalinger og retningslinjer fra normerende myndigheter eller vedtak i Stortinget eller krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.
4. Prosessen skal bruke sammenlignbare kriterier som ved lignende nasjonale prosesser
5. Vurdering av regionale funksjoner uten særskilt finansiering og regionale funksjoner med særskilt finansiering gjennom forskningsbudsjett inngår ikke i mandatet

4. Organisering og ansvar

Figur 1 beskriver organiseringen av prosjektet.

Figur 1. Organiseringen av prosjektet Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord



Styret i Helse Nord RHF skal holdes orientert om arbeidet. Dersom forslag til endringer blir omfattende, er styret endelige beslutningsmyndighet.

Prosjekteier er adm. direktør ved Helse Nord RHF. Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av Helse Nord RHF i samsvar med retningslinjer og pålegg styret gir.

Administrerende direktør skal holde styret informert om vesentlige forhold internt og eksternt. Administrerende direktør skal redegjøre både for saker av generell art og i saker av særskilt interesse når styret ber om det.

I den grad forslag til endringer blir så omfattende at de «... etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning», skal endelig beslutning forelegges styret.

Styringsgruppe er det regionale direktørmøtet i Helse Nord RHF supplert med en brukerrepresentant og en representant for konserntillitsvalgte.

Prosjektgruppe består av intern prosjektleder fra Helse Nord RHF, fagdirektør i Helse Nord RHF, fagsjefene i sykehusforetakene, en brukerrepresentant fra enten UNN eller NLSH, og en representant for foretakstillitsvalgte.

Intern prosjektstøtte gis fra administrasjonen i Helse Nord RHF.

5. Plan for arbeidet

Det er mange regionale tjenester og funksjoner med særskilt finansiering. Det synes hensiktsmessig å gjennomgå dette i tre faser:

- Fase en består av regionale funksjoner med særskilt finansiering som inkluderer enten en regional kompetansetjeneste eller en regional behandlingstjeneste.
- Fase to består av øvrige regionale funksjoner med særskilt finansiering.
- Fase tre gjelder funksjoner med særskilt finansiering der det pågår nasjonale prosesser i forhold til finansiering.

Vedlegget beskriver hvilke funksjoner som inngår i fase en, to og tre. Helse Nord har i tillegg andre funksjoner med særskilt finansiering finansiert gjennom forskningsbudsjett. Disse inngår ikke i mandatet til prosjektgruppen.

5.1 Fase en

I fase én skal prosjektgruppen gjennomgå regionale funksjoner med særskilt finansiering som inkluderer enten en kompetansetjeneste eller en behandlingstjeneste. Hvilke funksjoner dette gjelder er angitt i vedlegget.

Prosjektgruppen skal vurdere disse utfra forutsetningene og rammer som er angitt i kapittel 3.

Dette innebærer at prosjektgruppen skal gi en begrunnet vurdering av hver tjeneste med tanke på:

- Er funksjonen pålagt gjennom lov eller forskrift, handlingsplan/retningslinjer eller anbefalinger fra normerende myndigheter, vedtak i Stortinget eller krav fra Helse- og omsorgsdepartementet? (ja/nei)
- Er tjenesten rettet spesielt mot en prioritert gruppe i Nasjonal helse og sykehusplan eller mot særskilte hensyn i strategiplan eller styrevedtak? (ja/nei)
- Bidrar funksjonen til å spre kompetanse og styrke kvalitet i alle helseforetakene (i liten grad/i noe grad/i stor grad/ikke aktuell)
- Kan funksjonen dokumentere at den har bidratt til helsemessig tilleggsgevinst i form av bedre prognose og livskvalitet for pasienter i alle helseforetakene (i liten grad/i noe grad/i stor grad/ikke aktuell)
- Hvor lenge har tjenesten eksistert (under 5 år, 5-10 år og >10 år).
- Er det fortsatt behov for tjenesten som regional funksjon med særskilt finansiering? (i liten grad, i noe grad, eller i stor grad)
- Kan tjenesten videreføres i annen form? (ja/nei)
- Anses finansieringen dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen slik at den særskilte finansiering skal fases ut (ja/nei)

Basert på dette skal prosjektgruppen gi en samlet og begrunnet anbefaling av hvilke tjenester som bør:

- videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå
- videreføres med særskilt finansiering på annet nivå
- videreføres i annen form (f.eks nettverk)
- kan fortsette, men den særskilte finansieringen fases ut med en overgangsordning på tre år før videre finansiering anses dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen.

De ulike regionale funksjonene skal gis mulighet til å gjøre egevaluering av overnevnte som forelegges prosjektgruppen. Dette organiseres samlet i hvert helseforetak.

De ulike regionale funksjonene skal gis anledning til å kommentere på prosjektgruppens endelige anbefaling før det presenteres for styringsgruppe. Dette organiseres samlet i hvert helseforetak

5.2 Fase to

I fase to skal arbeidsgruppen gjennomgå øvrige regionale funksjoner. Hvilke funksjoner dette gjelder er angitt i vedlegget.

Prosjektgruppen skal vurdere disse utfra forutsetningene og rammer som er angitt i kapittel 3. Vurderingen av funksjonene i fase to skiller seg fra vurderingene i fase en ved at fase to ikke inkluderer kompetanse- eller behandlingstjenester.

Dette innebærer at prosjektgruppen skal gi en begrunnet vurdering av hver tjeneste med tanke på:

- Er funksjonen pålagt gjennom lov eller forskrift, handlingsplan/retningslinjer eller anbefalinger fra normerende myndigheter, vedtak i Stortinget eller krav fra Helse- og omsorgsdepartementet? (ja/nei)
- Er tjenesten rettet spesielt mot en prioritert gruppe i Nasjonal helse og sykehusplan eller mot særskilte hensyn i strategiplan eller styrevedtak? (ja/nei)
- Hvor lenge har tjenesten eksistert (under 5 år, 5-10 år og >10 år).
- Er det fortsatt behov for tjenesten som regional funksjon med særskilt finansiering? (i liten grad, i noe grad, eller i stor grad)

- Kan tjenesten videreføres i annen form? (ja/nei)
- Anses finansieringen dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen slik at den særskilte finansiering skal fases ut (ja/nei)

Basert på dette skal prosjektgruppen gi en samlet og begrunnet anbefaling av hvilke tjenester som bør:

- videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå
- videreføres med særskilt finansiering på annet nivå
- videreføres i annen form (f.eks nettverk)
- kan fortsette, men den særskilte finansieringen fases ut med en overgangsordning på tre år før videre finansiering anses dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen.

De ulike regionale funksjonene skal gis mulighet til å gjøre egevaluering av overnevnte som forelegges prosjektgruppen. Dette organiseres samlet i hvert helseforetak.

De ulike regionale funksjonene skal gis anledning til å kommentere på prosjektgruppens endelige anbefaling før det presenteres for styringsgruppe. Dette organiseres samlet i hvert helseforetak.

5.3 Fase tre

Helse Nord har i tillegg noen andre regionale funksjoner med særskilt finansiering der det pågår nasjonale prosesser i forhold til finansiering. Dette gjelder nasjonale medisinske kvalitetsregister som regionen har ansvar for. Det er naturlig å avvente nasjonal prosess før en regional vurdering.

Det vil gjennomføres en egen prosess for disse når nasjonal prosess er ferdig, samt at fase en og to er gjennomført.

6. Medvirkning

Prosjektplan og mandat drøftes med konserntillitsvalgte og -verneombud, og KTV/KVO oppnevner en person til styringsgruppen

Endringen vil i første rekke berøre ansatte ved UNN og NLSH. Foretakstillitsvalgt fra et av disse foretakene bes oppnevne en person til prosjektgruppen.

Brukermedvirkning ivaretas ved at Regionalt brukerutvalg oppnevner en person til styringsgruppen og en til prosjektgruppen,

Det planlegges dialogmøter, se kommunikasjonsplan kapittel 8, med de regionale funksjonene i hvert helseforetak.

7. Budsjet

Prosjektet har ikke avsatt eget budsjett. Gjennomføres gjennom intern omprioritering av ressurser. Helseforetakene dekker egne utgifter i forbindelse med prosjektet.

8. Kommunikasjonsplan

8.1 Målsetning

- Skape tillit til prosessen og bidra til åpenhet om eventuelle endringer
- Bidra til at beslutningstakere, prosjektmedlemmer, øvrige interessenter og omverdenen har felles forståelse for hva som er formålet med prosjektet

8.2 Hovedbudskap

Det vises til prosess for gjennomgang av nasjonale funksjoner. Funksjoner som er opprettet med tidsbegrenset formål skal som hovedregel fases ut når formålet med tjenesten/opprettelsen er oppnådd. Tilsvarende prosess planlegges nå for regionale funksjoner med særskilt finansiering.

Eventuelle frigjorte midler kan omprioriteres og gir rom for nye regionale satsninger.

8.3 Kommunikasjonsutfordringer

Det er mange interessenter både internt i fagmiljøene, pasient- og brukerorganisasjoner og i samfunnet. Det er nødvendig å etablere og beholde tillit til aktørene, prosessen og verdien av det som er formål med prosessen.

8.4 Målgrupper og interessenter

- Pasienter og brukere som omfattes av regionale funksjoner med særskilt finansiering
- Helsepersonell som jobber i de regionale funksjonene med særskilt finansiering
- Helsepersonell som benytter de regionale funksjonene med særskilt finansiering
- Tillitsvalgte
- Helseforetakene
- Styrene i det regionale helseforetaket og sykehusforetakene
- Andre helseregioner
- Samfunnet

Det vil i august 2021 utarbeides en interessentanalyse for å tilpasse kommunikasjonstiltak til de viktigste interessentene.

8.5 Kanaler

Det skal informeres gjennom etablerte informasjonskanaler.

Det opprettes en internettside med blant annet:

- oppdateringer av status i arbeidet
- oppdatert milepælsplan
- referater fra prosjektgruppe og styringsgruppe publiseres

8.6 Koordinering av mediehenvendelser

Kommunikasjonsavdelingen i Helse Nord RHF koordinerer mediehenvendelser i samarbeid med kommunikasjonsavdelingene i sykehusforetakene.

8.7 Aktiviteter

- Prosjektgruppen skal ha dialogmøte med de regionale funksjonene. Det kan avholdes fellesmøte med flere regionale funksjoner for hvert foretak. Møtene skal

- holdes ved 1) oppstart av arbeidet i henholdsvis fase en og fase to og 2) etter ferdigstilling av prosjektgruppens anbefalinger i henholdsvis fase en og fase to
- Internettsiden
 - Ledermøter, styringsgruppemøter, møter i prosjektgruppen
 - Dialogmøter med tillitsvalgte og brukerutvalg
 - Styresaker

9. Tidsramme

Figur 2 beskriver tidsplan med milepæler.

Foreløpig versjon - 0.9

Figur 2. Tidsplan med milepæler.

Aktivitet	2021							2022		
	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Januar	Februar	Mars
Drøfting og behandling i ulike organ	Uke 24									
Styrebehandling Helse Nord RHF	Uke 25									
Opprette internettside og igangsette kommunikasjonsplan	Uke 25									
Fase en										
Dialogmøte med de regionale funksjonene			Uke 34 og 35							
Egenvurdering av kriteriene				Uke 36-38						
Prosjektgruppens vurderer funksjonene				Uke 38-40						
Prosjektgruppens anbefaling ferdigstilles					Uke 42					
Fase to										
Dialogmøte med de regionale funksjonene				Uke 39-40						
Egenvurdering av kriteriene					Uke 41-43					
Prosjektgruppens vurderer funksjonene					Uke 43-45					
Prosjektgruppens anbefaling ferdigstilles						Uke 47				
Helseforetakene gir samlede skriftlige innspill på vurderingene gjort av prosjektgruppen							Uke 50			
Styringsgruppemøter			X	X	X	X	X	X		
Prosjekteier innstiller til styret								X		
Drøfting og behandling i ulike organ								X		
Styrebehandling									X	

10. Vedlegg

10.1 Funksjoner som skal vurderes som del av fase en

- KORSN - kompetansetjeneste for smittevern/smittevern for komm.h.tjenesten
- Lindring i Nord - kompetansesenter for lindrende behandling
- Reg. kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet
- Regional tjeneste forbedringsutdanning
- Reg senter for astma, allergi og overfølsomhet
- Regionalt senter for sykkelig overvekt
- Samvalgsenteret
- Barnepalliativt team
- Senskade kreft
- Diagnostisk enhet uavklarte tilstander
- Traumekoordinator
- Koordinering rehabilitering
- Pasienttelefon
- Arbeids- og miljømed. Senter
- Reg. kompetansetjenester for arbeid og psykisk helse

10.2 Funksjoner som skal vurderes som del av fase to

- KoRus Nord - kompetansetjeneste rus Nord-Norge
- RVTS - Ressurssenter for vold, traumatisk stress og s.m.foreb.
- Regionalt senter for spiseforstyrrelser B&U
- PIT - psykiatrisk innsatsteam
- Regional behandling OCD (tvangslidelser) voksne
- Regional behandling OCD (tvangslidelser) barn og unge
- Regionalt senter for spiseforstyrrelser (Voksne)
- Regional enhet for psykoser
- Sosialpediater v/barnehus
- Henteteam nyfødte
- Antibiotikasenter
- LIS-stilling anestesi
- Smittevernoverlege (ansv. Finnmark)
- Kompetansetjeneste nyfødt intensiv
- KAK - Kompetansetjeneste for arvelig kreft
- Kompetansetjeneste for diagnostisk fysikk
- Prostatasenter
- Tuberkoloseprogram
- Nukleærmedisin
- Mammografertilbud
- Reg. enhet - LIS-utdanning
- REGSIM
- Miljøgiftsenter (Artic Monitoring Assessment Program 1991)

10.3 Funksjoner som skal vurderes som del av fase tre

Helse Nord har i tillegg noen andre regionale funksjoner med særskilt finansiering der det pågår nasjonale prosesser i forhold til finansiering som det er naturlig å avvete før en regional vurdering. Disse er ikke omtalt i saken, men kan bli gjenstand for en egen prosess på et senere tidspunkt. Dette inkluderer:

- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Foreløpig versjon - 0.9

Møtedato: 9. juni 2021

Saksnr.:
2021/474

Saksbeh./tlf.:
Anita Mentzoni-Einarsen, 96 23 97 23
Halvor Hygen, 95 13 17 54

Sted/dato:
Bodø, 1. juni 2021

RBU sak 66-2021

Delstrategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord RHF

Formål

Orienterer RBU om utvikling av delstrategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord RHF, og inviterer RBU til å medvirke.

Delstrategien skal være forankret i [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#), [Regional utviklingsplan i Helse Nord 2035](#) og [Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024](#).

Strategien skal beskrive viktige tiltak for å nå styringsmålene og understøtte arbeidet med kvalitet, trygghet, respekt og lagspill i Helse Nord. Vi skal ha stabile, helsefremmende og attraktive arbeidsplasser, som tiltrekker, utvikler og beholder kompetansen vi trenger for å yte sikker og god pasientbehandling. Trygge og kompetente medarbeidere med gode og forutsigbare arbeidsvilkår, gir sikker pasientbehandling. Trygghet for å si ifra og foreslå nye løsninger, gir rom for kontinuerlig forbedring og innovasjon. Det vil over tid bidra til god kvalitet. Lagspill og godt partssamarbeid hvor vi møter brukere, medarbeidere og samarbeidspartnere med åpenhet, respekt og forståelse, er et sentralt fundament for attraktive arbeidsplasser.

Strategien vil være retningsgivende, men ikke erstatte foretakenes egne strategiske planer på området. Prioriterte tiltak innarbeides i oppdragsdokument og økonomisk langtidsplan.

Beslutningsgrunnlag

Arbeidet med strategien var planlagt gjennomført i 2020, men ble utsatt til 2021 som følge pandemisituasjonen. Det er viktig å få fortgang i dette arbeidet, noe som ble understreket av styret i Helse-Nord RHF i møte 24. februar 2021, ref. [sak 10-2021](#):

Styret ber om at arbeidet med delstrategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling får høy prioritet, og at mandat for delstrategi legges frem til styrets orientering i mai 2021. Styret ber om at spesialsykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere får høy prioritet.

Helseforetakene har allerede fått oppdrag om å delta i arbeidet med en slik strategi. Oppdraget ble først gitt i 2020, men det ble utsatt til 2021, ref. pkt. 67 i [OD 2021](#).

Mandat

Vedlagt saken ligger mandat for delstrategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord RHF.

Regionalt samarbeidsorgan for utdanning (SAMUT) ga sine innspill til arbeidet 11. mars.

Utkast til mandat ble behandlet første gang av ledergruppen i Helse Nord RHF 16. mars, saknr. 117/221.

Saken har deretter vært til behandling i HR-sjef møte 17. mars og i direktørmøte 14. april, saknr. 61/2021. De administrerende direktørene og HR-sjefene har gitt sin tilslutning.

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud ble først orientert på samarbeidsmøte 13. april. De ba da om at det ble gjennomført drøftingsmøte. Dette ble avholdt 27. april og partene er enige om mandatet. KTV/KVO deltar også med to representanter i arbeidsgruppen som utarbeider utkast til strategi.

Innspillene gitt av aktørene nevnt over er innarbeidet i det endelige mandatet vedtatt av administrerende direktør 4. mai.

Målsettinger

Delstrategi for personell, utdanning og kompetanse skal bidra til å samle og videreutvikle Helse Nord RHF's regionale strategier på området, med en struktur som gir helhet, sammenheng og oversikt.

Overordnet målsetting er at helseforetakene skal være stabile, helsefremmende og attraktive arbeidsplasser som tiltrekker, utvikler og beholder kompetansen som trengs for å yte sikker og god pasientbehandling. Tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse til sårbare fagmiljø vil bli prioritert.

Sluttproduktet skal være kortfattet og kommuniserbart i ulike kanaler, og ha samme design/profil som strategi for Helse Nord RHF.

HR-sjef Helse Nord RHF har gjennomført en interessentanalyse for å kartlegge personer, grupper og virksomheter som har interesse av arbeidet, og på hvilken måte disse interessentene skal ivaretas i prosjektperioden.

Med bakgrunn i interessentanalysen vil det bli utviklet en kommunikasjonsplan og plan for innspillsmøter og høringsrunde. Dette for å engasjere, tilfredsstillende, informere og følge opp interessentene, slik at prosjektet oppnår aksept og forståelse for mål og resultat av arbeidet.

Medvirkning

Arbeidsgruppen vil innhente synspunkter og innspill fra aktuelle interessenter som beskrevet i saken, herunder RBU.

Det skal også gjennomføres en høringsrunde når utkast til strategi er klart.

Endelig forslag legges fram for administrerende direktør til godkjenning og som orienteringssak i styret for Helse Nord RHF i mai 2022.

Konklusjon

Delstrategi for personell, utdanning og kompetanse vil kunne ha stor betydning for både pasienttilbudet og pasientopplevelsen.

RBU bør medvirke aktivt med innspill til arbeidet.

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. RBU takker for orienteringen om arbeidet med delstrategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord RHF.
2. RBU har følgende innspill til arbeidet:

Bodø, 1. juni 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

Mandat for arbeidet med delstrategi for personell, utdanning og kompetanser i Helse Nord RHF

Delstrategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord RHF

Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser

Godkjent mandat

Prosjektnummer i Agresso:	Saksnummer i Elements: 2021/474	
Behandlet dato: 4. mai 2021	Behandlet av (ansvarlig linjeleder): Anita Mentzoni-Einarsen	Utarbeidet av: Halvor Hygen
<p>Beslutning: Regionalt samarbeidsorgan for utdanning (SAMUT) ga sine innspill til arbeidet 11. mars. Utkast til mandat ble behandlet første gang av ledergruppen i Helse Nord RHF 16. mars, saknr. 117/221. Saken har deretter vært til behandling i HR-sjef møte 17. mars og i direktørmøte 14. april, saknr. 61/2021. De administrerende direktørene og HR-sjefene har gitt sin tilslutning. Innspillene gitt av aktørene nevnt over er innarbeidet i det endelige mandatet vedtatt av administrerende direktør 4. mai 2021.</p>		
<p>Bemanning av neste fase Anita Mentzoni-Einarsen, Halvor Hygen, Lisbet Tjønnna, Silje Paulsen, Bente Mietinen, Ann-Mari Jenssen og Sissel Alterskjær</p>		<p>Neste fase ferdig: 1. mai 2022</p>
<p>Signatur ved godkjenning (BP1):</p>		

Innhold

1. Bakgrunn.....	3
1.1 Problemstilling.....	3
1.2 Strategisk kobling	3
1.3 Interessenter.....	4
1.4 Er anskaffelse(r) av varer og tjenester aktuelt?.....	5
2. Krav til leveransen.....	5
3. Tidsramme og ressursbehov	5
4. Organisering og ansvar	6

1. Bakgrunn

1.1 Problemstilling

Helse Nord RHF vil utvikle en ny delstrategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK-strategi) som skal være retningsgivende for hele foretaksgruppen Helse Nord. Den skal beskrive de tiltakene Helse Nord RHF må iverksette for å nå de langsiktige, strategiske målene og styringsmålene innenfor fagområdet.

Menneskene og deres samlede kompetanse er den aller viktigste ressursen i helsetjenesten. For å nå våre mål innen pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell og forskning og innovasjon må vi skaffe, utvikle, beholde og anvende denne knappe ressursen riktig.

Framskrivninger av helsetilstanden i befolkningen og prognoser om demografisk utvikling viser særskilte utfordringer for spesialisthelsetjenesten. Bosettingsmønstre forandres, vi blir flere eldre, sykdomsbyrden endres, og vi blir færre til å hjelpe.

I tiden fremover kommer tilgangen til kvalifisert arbeidskraft til å bli knappere. Helse Nord RHF må ta strategiske grep for å gjøre spesialisthelsetjenesten mer robust og mindre avhengig av vikarer fra utlandet. Investeringer i avansert utstyr stiller høye krav til kunnskap om rutiner og prosedyrer, og redusert tilgang til utenlandske vikarer, høye kostnader, samt beredskap er hensyn som gjør at det er nødvendig å ta slike grep.

1.2 Strategisk kobling

Delstrategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling skal være forankret i [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#), [Regional utviklingsplan i Helse Nord 2035](#) og [Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024](#). Delstrategien skal konkretisere tiltakene som er presentert i de overordnede planene.

Strategien skal ha et langsiktig perspektiv mot år 2035, men det legges opp til revidering hvert fjerde år. Prioriterte tiltak innarbeides i oppdragsdokument og økonomisk langtidsplan. Strategien skal ta opp i seg de store utfordringene og mulighetene som ligger innenfor personellområdet.

Arbeidet med strategien var planlagt gjennomført i 2020, men det ble utsatt til 2021 som følge pandemisituasjonen. Det er viktig å få fortgang i dette arbeidet, noe som ble understreket av styret i Helse-Nord RHF i møte 24. februar 2021, ref. [sak 10-2021](#):

Styret ber om at arbeidet med delstrategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling får høy prioritet, og at mandat for delstrategi legges frem til styrets orientering i mai 2021. Styret ber om at spesialsykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere får høy prioritet.

Helseforetakene har allerede fått oppdrag om å delta i arbeidet med en slik strategi. Oppdraget ble først gitt i 2020, men det ble utsatt til 2021 som følge av pandemisituasjonen, ref. pkt. 67 i [OD 2021](#):

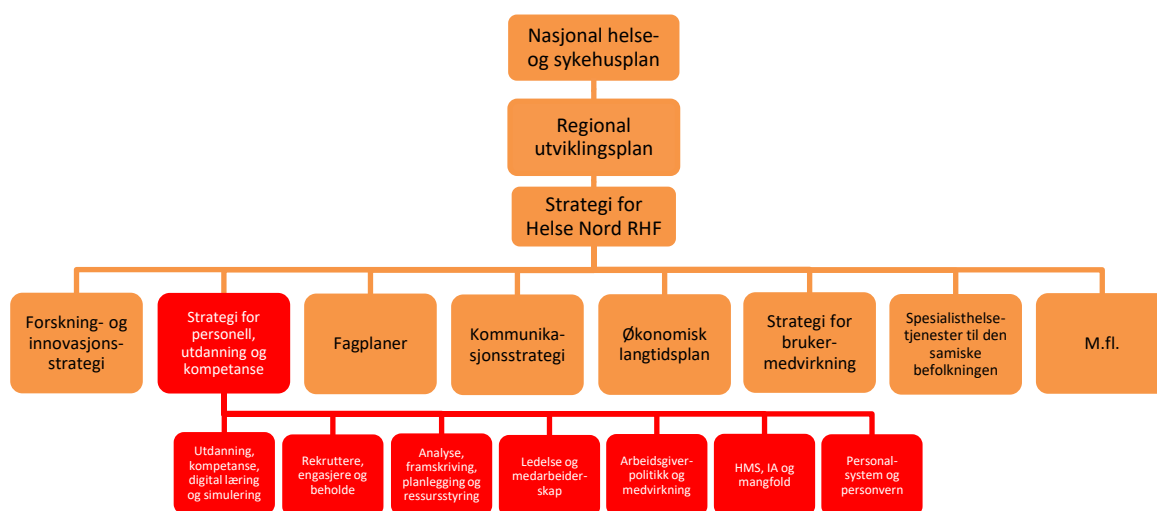
Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF.

Overordnet målsetting er at helseforetakene skal være stabile, helsefremmende og attraktive arbeidsplasser som tiltrekker, utvikler og beholder kompetansen som trengs for å yte sikker og god pasientbehandling. Tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse til sårbare fagmiljø skal prioriteres.

PUK-strategien skal dekke følgende områder:

- Utdanning, kompetanse, digital læring og simulering
- Rekruttere, engasjere og beholde
- Analyse, framskrivning, planlegging og ressursstyring
- Ledelse og medarbeiderskap
- Arbeidsgiverpolitikk og medvirkning
- Helse, miljø, sikkerhet, inkluderende arbeidsliv og mangfold
- Personalsystem og personvern

Figuren under illustrerer hvordan strategien er tenkt koblet til øvrige strategiske planer på nasjonalt og regionalt nivå.



Figur 1: Strategi for personell, utdanning og kompetanse som del av Helse Nord RHF's strategihierarki

1.3 Interessenter

Interessentanalyse og kommunikasjonsplan som sikrer engasjement i utarbeidelse og implementering av strategien skal utvikles. De mest sentrale interessentene inkluderes i arbeidet med strategien, se pkt. 4.

1.4 Er anskaffelse(r) av varer og tjenester aktuelt?

Anskaffelser av innholds- og profilerings tjenester kan være aktuelt. Disse vil ligge under terskelverdi for offentlige anskaffelser.

2. Krav til leveransen

- Det skal være god sammenheng med eksisterende strategier og fagplaner på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå. De strategiske innsatsområder angitt i Helse Nord RHF strategi kapittel 7.4 *Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser* skal være retningsgivende i det videre arbeidet.
- Delstrategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling er RHF-ets strategi, og skal ikke erstatte de foretaksvise strategiene på området.
- Delstrategien skal bidra til å samle og videreutvikle Helse Nord RHF's regionale strategier på de aktuelle delområdene. Arbeidet skal lede frem til en struktur/metodikk som gir helhet, sammenheng og oversikt.
- Sluttproduktet skal være kortfattet og kommuniserbart i ulike kanaler, og ha samme design/profil som strategi for Helse Nord RHF.
- Strategiforslaget skal bygge på en analyse av nåsituasjonen, utfordringsbildet og mulighetene som ligger innenfor personell, utdanning og kompetanse området.
- Det skal utarbeides egne handlingsplaner for de ulike delområdene i strategien. Handlingsplanene skal oppdateres årlig og tydeliggjøre ansvar for tiltak og oppfølgingspunkter.
- Endelig forslag til strategi legges fram for administrerende direktør til godkjenning og som orienteringssak i styret for Helse Nord RHF.

3. Tidsramme og ressursbehov

Tidsramme

Arbeidsgruppen utarbeider en detaljert milepælsplan som sikrer at arbeidet slutføres innen 1. mai 2022. Det tas forbehold om mulige forsinkelser som følge av pandemisituasjonen. Under følger en grov skisse av planlagt fremdrift.

Mars/april 2021

- Utarbeidelse og godkjenning av mandat
- Orientering til ulike innspills aktører
- Strukturering av arbeidet og plan for innspillsdialog

Mai 2021

- Detaljert milepælsplan og interessentanalyse/kommunikasjonsplan utarbeides
- Styret i Helse Nord RHF orienteres om arbeidsgruppens sammensetning, mandat og milepælsplan for arbeidet.

Oktober/november 2021

- Innspillsseminar med bred representasjon

November 2021 - februar 2022

- Ferdigstille utkast til strategi og handlingsplaner

Mars 2022

- Høringsrunde

April/mai 2022

- Ferdigstille, forankre og beslutte

Kostnadsramme

Helse Nord RHF dekker utgifter begrenset oppad kr. 200 000,- til møter og profilering. Helseforetakene dekker selv arbeidstid og eventuelle reise og oppholdsutgifter.

4. Organisering og ansvar

Oppdragsgiver

Administrerende direktør Helse Nord RHF.

Oppdragsansvarlig

HR-sjef Helse Nord RHF.

Styringsgruppe

Ledermøte i Helse Nord RHF.

Arbeidsgruppe

HR-sjef Helse Nord RHF leder en partssammensatt arbeidsgruppe med representanter fra det regionale helseforetaket.

Helse Nord RHF ivaretar sekretariat og administrative oppgaver.

Referansegrupper

For å sikre god helhet og sammenheng med eksisterende strategier og handlingsplaner skal det innhentes innspill fra eksisterende nettverk, grupper og aktører på de ulike delområdene. Eksempler: Regionale fagråd, Regionalt utdanningscenter, Regional systemenhet, fagnettverk for ledelse og lederutvikling, rekruttering og stabilisering, nærværarbeid, utdanning og kompetanseutvikling, regionalt tariffnettverk, ulike fagorganisasjoner m.fl. Det lages en egen plan for dette, ref. pkt. 3.

Andre arenaer for løpende forankring og innspill er:

- Foretaksdirektørmøte
- HR-sjef møte
- Fagsjef møte
- Økonomisjef møte
- Samarbeidsmøte KTV/KVO
- Regionalt brukerutvalg (RBU)
- Dialogmøter med universitetene
- Samarbeidsorgan for utdanning (SAMUT)
- Universitetssamarbeidet (USAM)
- Råd for samarbeid med arbeidslivet (RSA)
- Andre aktuelle interesser gjennom innspillsseminar og høringsrunde

Møtedato: 9. juni 2021
Arkivnr.:
2020/999-31

Saksbeh/tlf:
Bøckmann/ 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 2. juni 2021

RBU-sak 67-2021

Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Orienteringssak

Formål

RBU ba i møte 12. mai 2021 om en orientering om Strategidokumentet for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, med særlig fokus på strategien som omhandlet overordnet organiseringen av tilbudet.

Beslutningsgrunnlag

Regjeringen la i 2015 frem plan for helhetlig og konkret utvikling av spesialisthelsetjenesten gjennom Meld. St.11. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Med bakgrunn i denne planen ble Helse Nord gitt følgende oppdrag i oppdragsdokument 2017:

- Helse Nord RHF skal ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen innenfor de rammer og prinsipper som framgår av Nasjonal helse- og sykehusplan.

For å svare ut oppdraget opprettet Helse Nord RHF et samarbeid med Sametinget. Partene utarbeidet et felles prinsippdokument som dannet grunnlaget for videre arbeid. I henhold til prinsippdokumentet ble det opprettet et prosjekt, «*Strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*». Helse Nord RHF og de tre andre regionale helseforetakene utarbeidet i nært samarbeid med Sametinget strategidokumentet «*Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*». Strategidokumentet ble behandlet i Regionalt brukerutvalg 13. mai 2020 (Sak 28/2020) og følgende vedtak ble fattet:

1. Regionalt brukerutvalg takker for en god og gjennomarbeidet rapport med god brukermedvirkning.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill:
 - a. Brukermedvirkning bør vektlegges i videre strategiarbeid og i forskning.
 - b. Utvikling av digitale tjenester til samiske pasienter bør være et prioritert tiltak.
3. Regionalt brukerutvalg anbefaler at rapporten "Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen" behandles som felles styresak i alle landets regionale helseforetak.

Alle regionale helseforetak har styrebehandlet strategidokumentet med følgende felles vedtak:

1. *Styret slutter seg til strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» og dokumentet oversendes oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet med følgende prioriteringer:*
 - *Strategi for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten prioriteres i første fase, i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.*
 - *Det utarbeides en nasjonal handlingsplan som omfatter helsetjenester til den samiske befolkningen.*
 - *I henhold til de regionale helseforetakenes sørge for ansvar bør det jobbes videre med overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester. Modell 1, videreutvikling av dagens organisering, anbefales.*

I interregionalt AD-møte 23. november 2020 ble sak 110-2020: Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen - oppfølging, behandlet med følgende konklusjon:

1. AD-ene i RHF-ene peker på at økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, fordrer at alle regionale helseforetak er delaktig i det videre arbeidet.
2. AD-ene i RHF-ene støtter at det opprettes en interregional arbeidsgruppe, under ledelse av Helse Nord RHF, som følger opp det videre arbeidet med strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» Fagdirektørene og AD-ene i RHF-ene skal holdes oppdatert om det videre arbeidet. Representant fra KTV/KVO inviteres inn i arbeidsgruppen.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe for oppfølging av strategidokumentet regionalt. Arbeidet er godt i gang og de enkelte helseforetakene er i gang med å utvikle lokale handlingsplaner for arbeidet. Den interregionale arbeidsgruppen er under oppnevning og vil ha sitt første møte 25. juni 2021.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om arbeidet med strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, til orientering.

Bodø, 1. juni 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Ikke trykt vedlegg:
Strategidokumentet [Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#)

Møtedato: 9. juni 2021

Saksnr.:
2020/999-31

Saksbeh./tlf.:
Dokmo/Klæboe Nilsen

Sted/dato:
Bodø, 19.mai 2021

RBU-sak 68-2021 Nasjonale kompetansetjenester - prosess og endringer

Formål

Informere om endringer i styringssystemet for Nasjonale kompetansetjenester.

Hva er en nasjonal tjeneste

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten er en fellesbetegnelse for nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten.

Systemet omfatter høyspesialisert behandling som bør sentraliseres til ett eller to steder i landet: nasjonale eller flerregionale behandlingstjenester. I tillegg inngår nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten i styringssystemet, herunder Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.

Styringssystemet for alle nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2011 og er regulert i egen forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven. Departementet har utarbeidet en veileder som omhandler bestemmelsene i kapittel 4 i forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, og gir utfyllende kommentarer til disse.

Oversikt over godkjente nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester er gitt i vedlegg til veilederen.

Endringene som beskrives under gjelder kun nasjonale kompetansetjenester, og er gitt i oppdrag i oppdragsdokument 2021 fra HOD til alle regionene: *Helse Nord RHF skal følge opp endringene i system for nasjonale tjenester, jf. omtale i Prop. 1 S (2020-2021), herunder legge rammene for nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og etablere nasjonalt servicemiljø med regionale noder.*

Helse Nord har ansvaret for seks nasjonale tjenester:

- Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde UNN
- **Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (KIB) UNN**
- **Nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens (K-res) UNN**
- Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi UNN

- SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus) (FIN)
- **Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse (Valnesfjord helsesportsenter)**

Tre av våre nasjonale tjenester vil bli omfattet av endringen (uthevet).

Beskrivelse av oppdrag

Basert på evalueringen og innspillrunden fra de regionale helseforetakene og de nasjonale tjenestene høsten 2019, har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) besluttet å gjennomføre endringer i organisering og videreføring av dagens nasjonale kompetansetjenester. Endringene innebærer blant annet å etablere nye nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk som skal fungere som et naturlig utviklingstrinn for kompetansetjenester som har oppfylt sitt formål. Dette er drøftet med tjenestene i møter med HOD høsten 2020.

Regionale helseforetak (RHF) har i oppdragsdokumentet for 2021 fått oppgaven med å utforme innhold og rammer for kvalitets- og kompetansenettverk, basert på føringene gitt i brev 25. juni 2020 fra HOD, se vedlegg.

RHF-ene legger vekt på å samordne dette oppdraget, slik at rammene for nye nettverk er nasjonale. For å følge opp oppdraget har interregionalt fagdirektørmøte 4. mars 2021 etablert en arbeidsgruppe for å utarbeide et utkast til rammeverk.

Kvalitets- og kompetansenettverk skal bidra til likeverdige helsetjenester med god kvalitet, og ha som mål å redusere variasjon i praksis. Dette kan gjøres gjennom at nettverket bidrar til kompetansespredning slik at eksisterende og ny kunnskap fra forskning og kvalitetsregistre blir tatt i bruk i alle regioner.

Videre prosess

Rammeverk og videre prosess skal forankres i ledelsen i hvert RHF. RHF-ene kommer til å legge til grunn en lik finansiering av nettverkene. Overgangen fra å være en nasjonal kompetansetjeneste til å bli et nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk eller en annen organisasjonsform vil ha betydning for både medarbeidere og brukere knyttet til tjenestene. Regionene vil sørge for at brukerrepresentanter og tillitsvalgte involveres på en god måte, og prosessen mot hver tjeneste vil bli ivaretatt i tråd med etablerte retningslinjer for omorganisering.

Hvert RHF skal ha møte med det helseforetaket som er ansvarlig for tjenestene. Helseforetakene vil være ansvarlige for prosessen for den enkelte tjeneste, inkl. involvering av medarbeidere, tillitsvalgte og brukere. Følgende må avklares:

- Tidspunkt for ny organisering, inkl. endelig avklaring av organisasjonsform.
- Synliggjøring av oppgaver som ligger til en kompetansetjeneste som skal videreføres, men ikke som del av oppgavene til nettverket, f.eks. LIS-utdanning og drift av medisinske kvalitetsregistre.

De regionale helseforetakene skal i fellesskap avgjøre når tjenestene skal informeres og involveres i den videre prosessen. Det skal også arrangeres møter med hver tjeneste om rammeverk, oppgavespekter og plan for gjennomføring av endringene.

Likelydende brev sendes fra regionale helseforetak til alle helseforetak med nasjonale kompetansetjenester i landet.

Konklusjon

Saken legges fram for RBU for informasjon og diskusjon.

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar saken til orientering.
- 2.

Bodø, 9. juni 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Trykte vedlegg:

- Brev fra HOD 25. juni 2020 Status og videre prosess med gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester

Utrykte vedlegg

- Oppdragsdokument – regjeringen.no
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Nasjonale tjenester - regjeringen.no
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-tjenester/id614574/>



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ifølge liste

Deres ref

Vår ref

Dato

16/742-129

25. juni 2020

Status og videre prosess med gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester

I 2018 ga Helse- og omsorgsdepartementet oppdrag til de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet om å evaluere nasjonale kompetansetjenester, i tråd med føringene i regelverket om en helhetlig gjennomgang ca. hvert 5 år. Evalueringen omfattet blant annet gjennomgang av styrings- og rapporteringskrav, om drift av den enkelte tjenesten var i tråd med regelverket og formålet. Basert på evalueringen og innspillsrunden fra de regionale helseforetakene og de nasjonale tjenestene høsten 2019, har departementet besluttet å gjennomføre endringer i organisering og videreføring av dagens nasjonale kompetansetjenester. Endringene gjennomføres innenfor dagens regelverk. Endringene innebærer blant annet å:

* tydeliggjøre krav om tidsbegrenset funksjon for nasjonale kompetansetjenester og kategorisering av tjenestene i to kategorier. Disse vil være (i) nasjonal kompetansetjeneste med funksjon opplæring med en virketid på 5 år og (ii) Nasjonal kompetansetjeneste med funksjon kompetanseoppbygging med en virketid på 10 år.

* etablere nye nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk som skal fungere som et naturlig utviklingstrinn for kompetansetjenester som har oppfylt sitt formål.

* etablere et nasjonalt servicemiljø med regionale noder for alle nasjonale tjenester og fremtidige nettverk

Nasjonale kompetansetjenester som faller inn under de to nevnte kategoriene skal videreføres innenfor styringsystemet for nasjonale tjenester med tilhørende regelverk, mens nettverkene videreføres utenfor regelverket for nasjonale tjenester.

Postadresse

Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

postmottak@hod.dep.no

Kontoradresse

Teatergt. 9

www.hod.dep.no

Telefon*

22 24 90 90

Org.nr.

983 887 406

Avdeling

Saksbehandler

Torunn Omland

Granlund

22 24 84 79

Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av høsten 2020 starte prosessene for å implementere disse endringene. Eventuelle endringer i organisering og videreføring av dagens nasjonale kompetansetjenester vil bli drøftet med hver enkelt tjeneste, ansvarlig helseforetak og regionalt helseforetak. Departementet legger til grunn at disse prosessene kan gå over flere år, og at de enkelte nasjonale kompetansetjenester derfor videreføres som før inntil noe annet eventuelt er besluttet.

Vi ber om at de regionale helseforetakene videreformidler dette brevet til aktuelle helseforetak og nasjonale tjenester. Vi ber også om at de regionale helseforetakene bistår departementet med å legge til rette for å kunne gjennomføre møter med de nasjonale kompetansetjenestene. Det er ønskelig å få oppnevnt en kontaktperson fra hvert regionalt helseforetak innen 20. august 2020 som departementet kan ha kontakt med om praktiske forhold knyttet til møtene.

Nærmere om bakgrunnen for endringene

Formålet til nasjonale kompetansetjenester er å bygge opp og spre kompetanse på kompetansesvake områder innenfor en begrenset tidsperiode ved å utvikle fagområdet, samt å etablere og drifte kvalitetsregistre, fagnettverk og forskning. Dagens styringssystem er ikke dynamisk, da svært få nasjonale tjenester er avviklet eller videreført i andre former de siste tiårene på tross av at mange nasjonale kompetansetjenester har nådd formålet. Samtidig synliggjorde tilbakemeldingene fra innspillsrunden departementet gjennomførte høsten 2019 at det er krevende å bygge opp regional kompetanse og at oppbygget regional kompetanse ikke minsker behovet for en nasjonal koordinerende enhet som kan bidra til kompetansespredning og sikre enhetlig medisinsk praksis. Mange nasjonale kompetansetjenester drifter også nasjonale medisinske kvalitetsregistre. De fleste nasjonale kompetansetjenestene ønsker å bli en varig tjeneste, uten tidsbegrensning. På denne bakgrunn har departementet sett behov for:

- (i) å lage tydeligere føringer for at oppgaven med kompetanseoppbygging innenfor dagens regelverk
- (ii) å etablere et system som sikrer videreføring av de fag- og kompetansemiljøene som er bygget opp over mange år etter avvikling som nasjonale kompetansetjenester

Tilbakemeldingene synliggjorde også et stort behov for bedre oppfølging fra de regionale helseforetakene, samt enklere og mer individuelt tilpasset rapportering og en forenkling av dagens veileder til forskriften.

Tydeliggjøring av krav om tidsbegrenset oppbygging av nasjonale kompetansetjenester innenfor et avgrenset fagområde i dagens styringssystem

I henhold til forskriften skal nasjonale kompetansetjenester bygge opp kompetanse på et fagområde innenfor en avgrenset tidsperiode. På denne bakgrunn, og etter innspill fra evalueringen og innspillsrunden, har departementet besluttet å dele nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten inn i to ulike kategorier, med ulik tidshorisont.

- (i) Nasjonal kompetansetjeneste – funksjon opplæring f.eks. albuekirurgi (5 årig)
- (ii) Nasjonal kompetansetjeneste – funksjon kompetanseoppbygging f.eks. antibiotikaresistens, flåttbårne sykdommer (10 årig)

Nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk

Departementet ser behov for å opprette en mer permanent nettverksfunksjon som kan bidra til å videreutvikle de nasjonale miljøene som er bygget opp ved avvikling av en nasjonal kompetansetjeneste. Der det er etablert kvalitetsregistre, vil disse nettverkene driftes eller være tett koblet på drift av nasjonale kvalitetsregistre innenfor eget område, som f.eks. leddproteser / hoftebrudd og MS. Oppgaven for disse nettverkene vil være noe annerledes enn for nasjonale kompetansetjenester og vil bestå av blant annet å redusere variasjon i praksis, å bidra til kontinuerlig kunnskaps- og kompetanseutvikling, forskning, kvalitetsforbedring og spredning av kompetanse. Det vil også kunne bidra til bedre og mer helhetlig samordning av det nasjonale systemet for kvalitetsregistre og nasjonale kompetansetjenester.

De nasjonale nettverksfunksjonene skal forankres i de regionale helseforetakene uten lov- og forskriftsregulering. Samtidig vil det være behov for en nasjonal samordning, styring og rapportering også på disse tjenestene. Departementet legger derfor opp til en formalisering av disse nettverkene etter modell og ansvarsfordeling som for dagens nasjonale medisinske kvalitetsregistre, herunder vurdere en hensiktsmessig modell for nasjonal status etter visse kriterier.

Nasjonalt servicemiljø med regionale noder

nnsfillsrunden høsten 2019 avdekket også at de nasjonale tjenestene har behov for mer støtte fra regionalt og lokalt nivå og behov for økt nasjonal samordning. Det nevnes blant annet behov for veiledning og opplæring innenfor kompetanseformidlings- og kvalitetsforbedringsarbeid, samt en bedre integrering av tjenester og deres oppgaveportfølje i strategiarbeidet til helseforetak/regionale helseforetak. Veiledning i forhold til oppgaver, evaluering og rapportering er også etterspurt. Disse støttefunksjonene er ønsket fra både nasjonale kompetanse- og behandlingstjenester.

De regionale helseforetakene fikk i justert oppdragsdokument i juni 2020 i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt servicemiljø med regionale noder for alle nasjonale tjenester, samt de fremtidige nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk etter modell fra kvalitetsregistre, med mål om etablering i løpet av 2021. Oppdragsdokumentet påpeker at servicemiljøet på egnet måte skal være samordnet med nasjonale og regionale støttefunksjoner for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Med hilsen

Maiken Engelstad (e.f.)
avdelingsdirektør

Torunn Omland Granlund
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Kopi

Helsedirektoratet
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Adresseliste

Helse Midt-Norge RHF	Postboks 464	7501	STJØRDAL
Helse Nord RHF	Postboks 1445	8038	BODØ
Helse Sør-Øst RHF	Postboks 404	2303	HAMAR
Helse Vest RHF	Postboks 303 Forus	4066	STAVANGER

Møtedato: 09.juni 2021

Arkivnr.:
2020/999-31

Saksbeh/tlf:
Bente Mietinen/47283081

Sted/Dato:
Bodø 28.mai 2021

RBU-sak 69-2021 Orientering om Kontaktfamilieordningen

Formålet med saken er å informere RBU om et felles oppdrag til de Regionale helseforetakene fra Helse og omsorgsdepartementet om etablering av Kontaktfamilieordningen, og å be RBU om innspill til saken. Saken har betydning for gravide som har fått påvist en tilstand i graviditeten og involverer aktuelle brukerorganisasjoner.

Bakgrunn

Ved behandling av *prop 34 L (2019-2020) Endringer i Bioteknologiloven*, bestemte Stortinget at alle gravide skulle få tilgang til ultralyd i første trimester gjennom det offentlige helsevesenet og at NIPT (Non invasi prenatal test) skulle være tilgjengelig for alle gravide. Gravide som fyller 35 eller er eldre ved termin, og andre som har indikasjon for fostermedisinsk undersøkelse, skal få NIPT test som en del av den offentlige helsetjenesten. Andre gravide som ønsker test kan få utført testen mot egenbetaling.

Lovendringen tillater screening ved bruk av NIPT for å avdekke trisomi 13 (Patau syndrom), trisomi 18 (Edward syndrom) og trisomi 21 (Downs syndrom).

Strukturelle utviklingsavvik påvises i ca 3 % av alle graviditeter. Ved ultralydundersøkelse i første trimester kan nesten 30 % av strukturelle avvik hos fosteret avdekkes. Endringene i helsetilbudet til gravide vil føre til flere funn i graviditeten.

Oppdrag ble gitt til de Regionale helseforetakene i Oppdragsdokument for 2021: *«Helse X RHF skal etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner.*

Det er opprettet en tilskuddsordning i Helsedirektoratet der aktuelle pasientorganisasjoner kan søke om tilskudd for å etablere Kontaktfamilieordning for den aktuelle diagnosen. Kriterier for innvilgelse av stønad er satt av Helsedirektoratet.

På vegne av de Regionale helseforetakene inviterte Helse Nord til et dialogmøte med aktuelle brukerorganisasjoner. Møtet ble avholdt i april.

Invitasjon til møtet ble sendt til paraplyorganisasjonene Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO). Målet med dialogmøtet var å få innspill fra brukerorganisasjoner som kunne bidra til å øke de regionale helseforetakenes forståelse av oppdraget.

Synspunkter til oppdraget fra brukerorganisasjonene og forslag til hvordan oppdraget kunne løses dannet grunnlag for møtet. De regionale helseforetakene ønsket innspill til organisering, synspunkter rundt rekruttering, hvilke tilstander ordningen skal gjelde for og eventuelle erfaringer fra lignende ordninger.

Behovet som skal dekkes gjennom opprettelse av Kontaktfamilieordningen beskrives som et supplement til den informasjon og oppfølging som tilbys i spesialisthelsetjenesten. Det uttrykkes behov for en samtalepartner som kan støtte den gravide og partneren i prosessen ved å ta et vanskelig valg og kanskje være med på å gi familien et bredere beslutningsgrunnlag.

Det oppfattes at brukerorganisasjonene kan påta seg å rekruttere medlemmer som kan inngå i ordningen. Flere av organisasjonene har allerede etablert en form for likepersonsarbeid. De regionale helseforetakene har avtalt et oppfølgende dialogmøte i juni der også en professor i etikk vil delta.

Konklusjon

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. RBU tar informasjon om kontaktfamilieordningen til etterretning
2. RBU har følgende innspill til saken
 - a)
 - b)
 - c)

Bodø, den 9. juni 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Møtedato: 9. juni 2021
Saksnr.:
2020/999-31

Saksbeh./tlf.:
Siw Skår, 75 51 29 00

Sted/dato:
Bodø, 31.05.2021

RBU-sak 70-2021 Fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt i Helse Nord

Formål

Formål med saken er å legge frem utkast til rapport om fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt. Foreløpig orientering om arbeidet med rapporten var behandlet i [RBU-sak 20/2019](#).

Beslutningsgrunnlag

Bakgrunn for arbeidet er sak 31-2017 i *Beslutningsforum for nye metoder*, hvor følgende beslutning ble protokollført:

- 1. Mekanisk trombektomi kan videreføres til behandling ved truende eller manifest hjerneslag.*
- 2. Hver helseregion skal som følge av dette utrede organiseringen av hjerneslagsbehandlingen og den prehospitale tjenesten for å ivareta sitt «sørge-for» ansvar.*
- 3. Helseregionene skal etter en slik gjennomgang, som er anbefalt i punkt 2, samordne føringer for tilbud om mekanisk trombektomi slik at det er felles førende prinsipper på tvers av regionene.*

Dette prosjektet har som hovedmål å svare ut beslutningspunkt 2.

Status for hjerneslagbehandling i Helse Nord

Basert på arbeidsgruppens kartlegging har alle sykehusene i Helse Nord slagenheter og rutiner og prosedyrer for mottak, undersøkelse og behandling av pasienter med akutt hjerneslag. Gode rutiner og prosedyrer er et viktig verktøy for å sikre et likeverdig tilbud. I tillegg er samarbeidet mellom involverte klinikker og avdelinger internt i helseforetakene, og mellom helseforetakene, av stor betydning for et optimalt pasientforløp.

Registerdata og pakkeforløp

Data fra norsk hjerneslagregister (1) og pakkeforløpsdata viser at pasientene i Helse Nord oppnår nokså gode resultater, men alle sykehusene har områder hvor de kan bli bedre.

F.eks. ser vi at andelen pasienter som ankommer sykehus innen fire timer etter symptomdebut varierer i regionen. Tidsfaktoren er av stor betydning for om pasienten er aktuell for behandling med trombolyse¹ og trombektomi². Det er også variasjon mellom sykehusene når det gjelder andelen som får trombolyse og andelen som får trombektomi.

Trombektomi

Det finnes ulike beregninger for hvor mange pasienter med hjerneinfarkt som er aktuell for trombektomi. En beregning tilsier ti prosent av alle med hjerneinfarkt, dvs. om lag 100 pasienter i Helse Nord.

Antall pasienter som er behandlet med trombektomi ved UNN Tromsø har økt fra under ti i årene 2010-2016, til 63 pasienter i 2020. Foreløpige data viser at pasientene kommer fra hele regionen, og kvaliteten på behandlingen er god.

Prosjekteier og styringsgruppe har understreket at tilbudet ved UNN Tromsø skal styrkes slik at det blir et robust senter med god kvalitet på behandlingen, før en eventuell etablering ved Nordlandssykehuset Bodø kan finne sted. En viktig forutsetning er god tilgang til kvalifisert fagpersonell for å utføre trombektomi, men også øvrig fagpersonell, utstyr og lokaler er viktige for den totale kvaliteten i tilbudet.

Vurdering og konklusjon

Det sentrale i arbeidet med å vurdere hvordan tilbudet om trombektomi bør organiseres i Helse Nord kan belyses med et sitat fra metodevurderingen (3):

All behandling som skal gjenopprette blodsirkulasjonen ved hjerneslag haster. Det kan derfor oppstå motstridende hensyn og interesser mellom behovet for å organisere tilbudet om trombolyse og generell slagbehandling så nær pasientene som mulig i en desentralisert modell, og behovet for å sentralisere høyspesialiserte tjenester som endovaskulær slagbehandling. Det ligger klare utfordringer i det å skulle ivareta disse to hensyn på en måte som gir lik tilgang til et effektivt behandlingstilbud uavhengig av bosted og samtidig en behandling som holder et tilstrekkelig høyt faglig nivå og kvalitet.

Arbeidsgruppen har definert forutsetninger som kompetanse og opplæring, arealer, utstyr og bemanning som bør være tilstede ved etablering av trombektomi, samt ulike måter å organisere et slik tilbud på i Helse Nord.

Ved ett senter (Tromsø) er det særlig tilgjengeligheten som er utfordrende. Her vil direkte triagering, rask avklaring og effektiv transport være sentralt for å øke befolkningens tilgang til trombektomi. St. Olavs hospital tar allerede imot pasienter fra vår region, men det bør inngås en formell avtale med Helse Midt-Norge, for å gjøre vurderingen om hvor pasienten skal sendes mer forutsigbar.

¹ Trombolyse gis for å løse opp blodproppen. Behandlingen bør starte tidligst mulig, fortrinnsvis innen 3 timer, men kan gis inntil 4,5 time fra symptomdebut. (2)

² Trombektomi anbefales utført så raskt som mulig og senest innen 6 timer, og for selekterte pasienter innen 6-24 timer etter symptomdebut. (2)

Ved to senter (Tromsø og Bodø) er det særlig kvaliteten i behandlingen/kompetanse og tilstrekkelig tilgang til intervensjonister (radiolog med kompetanse til å utføre trombektomi) som kan være utfordrende. I internasjonale anbefalinger er det anbefalt minimum 50 trombektomier årlig per senter, og minimum 15 trombektomier per intervensjonist for å sikre god kvalitet.

Ny teknologi kan åpne for mulighet til å gjennomføre trombektomi «på distanse» via robotteknologi.

I rapporten gis det anbefalinger innen tre hovedområder:

- Videreutvikle rutiner, prosedyrer og samarbeid i dagens pasientforløp for pasienter med akutt hjerneslag, herunder rutiner for prehospitalet selektering til trombektomi.
- Tiltak for å styrke tilbudet om trombektomi ved UNN Tromsø.
- Evaluering av trombektomitilbudet ved UNN Tromsø innen tre år, og ny vurdering av om det bør etableres flere tilbud i regionen.

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg gir sin tilslutning til rapporten om fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt i Helse Nord.

Bodø, 31.mai 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

Utkast til rapport om fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt i Helse Nord

Referanseliste:

- (1) Norsk hjerneslagregister, årsrapport 2019
- (2) Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.
- (3) Mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt. Fullstendig metodevurdering.

Fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi til pasienter med akutt hjerneinfarkt i Helse Nord

UTKAST 28.5.2021

Innholdsfortegnelse

Ordliste/forkortelser.....	3
Sammendrag.....	4
1. Innledning.....	5
2. Organisering av arbeidet.....	6
3. Forekomst av hjerneslag.....	7
4. Akuttbehandling ved hjerneslag.....	9
4.1 Trombolysebehandling.....	9
4.2 Mekanisk trombektomi.....	10
4.3 Dagens trombektomitilbud.....	11
5. Kompetansekrav og krav til kvalitet i trombektomisenter.....	13
5.1 Faglige forutsetninger.....	13
5.2 Kompetansekrav.....	13
5.3 Utvikling og vedlikehold av kompetanse.....	14
5.4 Kvalitetskrav og monitorering.....	14
6. Prehospitaltjenester og samhandling mellom prehospitaltjenester og sykehus.....	15
6.1 Prehospital seleksjon til trombektomi.....	15
6.2 Bruk av luftambulans ved hjerneslag.....	16
6.3 Prehospital forsinkelse.....	20
7. Økonomiske konsekvenser.....	21
8. Risikovurdering.....	22
8.1 Befolkningens tilgang til trombektomi/tilgjengelighet.....	22
8.2 Kvalitet i behandlingen.....	24
8.3 Tilstrekkelig kompetent personell.....	24
8.4 Areal og utstyr.....	24
8.5 Økonomi.....	25
9. Anbefaling på kort og lang sikt.....	26
9.1 Arbeidsgruppens anbefaling.....	26
9.2 Tiltak for å forbedre dagens forløp ved akutt hjerneslag.....	26
9.3 Tiltak ved UNN Tromsø for å styrke tilbudet om trombektomi.....	27
9.4 Tiltak ved Nordlandssykehuset for å etablere tilbud om trombektomi.....	28
10. Referanser.....	29
11. Vedlegg.....	30

Ordliste/forkortelser

Begrep	Forklaring
Rekanalisering	Åpne en tilstoppet blodåre, her brukt om å åpne arterier i hjernen etter hjerneslag forårsaket av en blodpropp, enten ved trombolytisk behandling eller mekanisk trombektomi.
Trombolytisk behandling	Medikamentell behandling med siktemål å oppløse blodpropp.
Mekanisk trombektomi	Akuttbehandling ved hjerneinfarkter forårsaket av tilstopping av store blodårer som forsyner hjernen. Et kateter føres inn fra blodåre i lysken og gjennom karsystemet til hjernen, der blodproppen fjernes med ulike metoder og utstyr.
PASS-kriterier	Kriterier for å vurdere storkarsokklusjon ¹ : 1. Foreligger blikkdeviasjon? 2. Er pasienten våken? 3. Foreligger det lammelse i arm eller ben og underekstremitet faller mot underlaget? 4. Foreligger noen form for taleproblem? Hvis ja på spm 1 + 2 eller 2 + 3+ 4 mistenkes storåre-okklusjon
Penumbra	Et volum i hjernen der hjernecellene får en viss blodtilførsel, men ikke mer enn at de bare kan overleve minutter til timer. Dette volumet kan reddes hvis blodtilførselen raskt reetableres.
Modified Rankin scale, mRS	Skala som angir grad av funksjonsnedsettelse ved hjerneslag: 0: Ingen symptomer 1: Ingen signifikant funksjonshemning. Personen er i stand til å utføre alle vanlige aktiviteter trass i symptomene 2: Lett funksjonshemning. Personen er i stand til å ivareta egen livsførsel uten assistanse, men er ikke i stand til utføre alle aktiviteter som før sykdomsdebut 3: Moderat funksjonshemning. Personen behøver noe hjelp, men kan gå uten assistanse 4: Moderat alvorlig funksjonshemning. Personen er ute av stand til å ivareta kroppslige behov uten assistanse, og ute av stand til å gå uten assistanse 5: Alvorlig funksjonshemning. Krever konstant pleie, sengebundet, inkontinent 6: Død
National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS	Funksjonsscore som reflekterer alvorlighetsgrad av hjerneslaget. Gir viktig informasjon når resultatindikatorer som beskriver prognose (f. eks. dødelighet) skal tolkes ved sykehusene. Et viktig mål er derfor at alle pasienter vurderes med NIHSS ved innleggelse. ²
TICI-score	Skala som angir i hvor stor grad åpning av tett blodkar lykkes. Graderes fra 0-3, hvor 0 er dårligst
Insidens	Insidens er mål for hyppigheten av sykdom og dødsfall i en befolkning. Uttrykkes ved antall nye sykdomstilfeller eller dødsfall i løpet av en bestemt tidsperiode, for eksempel et år, delt på antall personer i befolkningen (kilde Store medisinske leksikon).
Prevalens	Prevalens er tallet på personer som har en viss sykdom, funksjonshemning eller risikofaktor i en gitt befolkning på et gitt tidspunkt eller innenfor en gitt tidsperiode (kilde Store medisinske leksikon).

¹ I denne sammenhengen store blodårer i hjernen som er tilstoppet

² Ved våre sykehus varierte andelen som ble vurdert med NIHSS fra 85,7 prosent til 46,7 prosent i 2017. Gjennomsnitt for landet var 75,3 prosent.

Sammendrag

Trombektomi som behandling for akutt hjerneslag ble innarbeidet i nasjonal retningslinje for hjerneslag i 2017. De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å gjennomgå hjerneslagbehandlingen med vekt på å etablere tilbud om trombektomi. Helse Nord videreførte dette oppdraget til helseforetakene i oppdragsdokumentet i 2018.

Utredningsarbeidet har vært organisert som et prosjekt under ledelse av Helse Nord RHF og med deltakelse fra helseforetakene, brukerrepresentant og tillitsvalgt. Utredningsarbeidet har pågått over lang tid og tok utgangspunkt i retningslinjen slik den forelå i 2017.

Rapporten gir en beskrivelse av diagnostikk, utredning og behandling i akuttforløpet og legger særlig vekt på to forhold:

- Tiltak for å optimalisere forløpet inkludert tilgang til dagens trombektomitolbud som er etablert i UNN Tromsø og ved St Olavs Hospital Trondheim.
- Vurdering av en utvidelse av trombektomitolbudet i regionen til to sentra.

Det er enighet i arbeidsgruppen om tiltak for å bedre dagens forløp ved akutt hjerneslag. Dette omfatter styrking av samarbeidet mellom alle ledd i kjeden slik at trombolyse kan gis på rett tidspunkt til de pasientene hvor dette er indisert. Samtidig vil et systematisk samarbeid legge til rette for at pasienter som vil kunne ha nytte mekanisk trombektomi, identifiseres, stabiliseres og transporteres så tidlig som mulig i forløpet.

Spørsmålet om å etablere et trombektomitolbud i Nordlandssykehuset, Bodø i tillegg til dagens tilbud ved UNN Tromsø, har vært grundig drøftet i arbeidsgruppen uten at man har oppnådd enighet. Argumenter for ett senter ved UNN Tromsø er at trombektomi er og vil være et behandlingstilbud med nokså lavt pasientvolum, og et samlet fagmiljø én plass vil gi best pasientsikkerhet og kvalitet, samt redusere sårbarheten i tilbudet. Argumenter for to sentra er at hjerneslag er en tidskritisk tilstand. Ved ett senter er det høy risiko for at pasienter i Finnmark, Lofoten, Vesterålen, Salten og Helgeland ikke rekker frem til senteret og får påbegynt behandling innen tidsrommet. To sentra vil øke befolkningens tilgang til trombektomi og bidra til et mer likeverdig tilbud i regionen.

Arbeidsgruppen anbefaler å videreutvikle tilbudet om trombektomi ved UNN Tromsø slik at regionen her har et tilstrekkelig solid fagmiljø og et forutsigbart behandlingstilbud. Det anbefales i tillegg å inngå formelle avtaler med Helse Midt-Norge, samt etablere bedre rutiner for overføring av aktuelle pasienter fra Helgeland til St. Olavs hospital.

Tilbudet bør evalueres etter tre år med særlig vekt på kvalitet og tilgjengelighet. En evaluering må også ta hensyn til revisjoner av den faglige retningslinjen og nye muligheter for å ta i bruk teknologiske hjelpemidler.

Regional variasjon i diagnostikk og behandling av hjerneslag bør følges opp av en faglig gruppe med representanter fra sykehusene i regionen slik at uønsket variasjon avdekkes og tiltak kan iverksettes.

1. Innledning

I 2017 besluttet *Beslutningsforum for nye metoder* å videreføre trombektomi som behandling ved hjerneslagbehandlingen med vekt på etablering av trombektomi.

Mandat for arbeidet ble utarbeidet med utgangspunkt i beslutningen (vedlegg 1). I styresak 4-2018 *Oppdragsdokument 2018 til helseforetakene* ble UNN og Nordlandssykehuset særskilt bedt om å delta i utredningen.

Utredningen er gjort i samsvar med anbefalinger i *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*, og *Pakkeforløp for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*.

Med bakgrunn i mandatet har arbeidsgruppen vurdert to alternativer for organisering av trombektomitilbudet i Helse Nord:

1. Ett regionalt trombektomisenter lokalisert til UNN Tromsø. Modellen forutsetter en forpliktende avtale med St. Olavs hospital i Trondheim for å ivareta pasientene sør på Helgeland. En slik avtale er nødvendig for å korte ned transporttiden, slik at inngrepet kan gjøres innenfor anbefalt tid.
2. To senter, ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø. Denne modellen sikrer et tilgjengelig tjenestetilbud for større deler av regionen, også for pasienter fra Salten og Helgeland.

Helse Nords formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Uavhengig av hvilket alternativ som velges vil geografi og bosettingsmønster, som alltid, ikke kunne gi identiske tilbud til alle aktuelle pasienter. Det må derfor lages praktiske løsninger tilpasset befolkningsstruktur akutt hjerneinfarkt, og de regionale helseforetakene fikk i oppdrag å gjennomgå og geografi i de ulike sykehusområdene, som sikrer likeverdige tilbud i henhold til nasjonale føringer og felles førende prinsipper på tvers av regionene.

I behandling av hjerneslag skiller man mellom hjerneinfarkt og hjerneblødning. Mekanisk trombektomi er en aktuell behandling for akutt hjerneinfarkt, og i denne utredningen skal vi beskrive hvordan vi vil organisere helsetjenester til disse pasientene. Den overordnede målsettingen er at flest mulig pasienter med akutt hjerneinfarkt som har behov for mekanisk trombektomi, får slik behandling.

2. Organisering av arbeidet

Utredningen er laget av en arbeidsgruppe med representanter fra alle helseforetakene, samt brukerrepresentant og konsernverneombud. Det er gjennomført seks møter, ett i samarbeid med prehospital gruppe. Gruppen har hatt bistand fra UNN og Nordlandssykehuset i risikovurderingen.

Prosjekteier

Cecilie Daae, administrerende direktør Helse Nord RHF (fram til 13. januar 2020 var tidligere adm. direktør Lars Vorland prosjekteier)

Prosjektstyre

Geir Tollåli, fagdirektør Helse Nord RHF, leder

Anita Schumacher administrerende direktør, Universitetssykehuset Nord-Norge

Paul Martin Strand, administrerende direktør, Nordlandssykehuset

Siri Tau Ursin, administrerende direktør, Finnmarkssykehuset

Hulda Gunnlaugsdottir, administrerende direktør, Helgelandssykehuset

Prosjektgruppe

Siw Skår, rådgiver, Helse Nord RHF, prosjektleder

Aloys De Windt, nevrolog, Helgelandssykehuset

Jon Andre Totland, radiolog, UNN

Linn Hofsøy Steffensen, nevrolog, UNN

Stein Harald Johnsen, nevrolog, UNN

Heinrich Backmann, radiolog, Nordlandssykehuset

Kirsti Andersen, radiograf, Nordlandssykehuset

Maria Carlsson, nevrolog, Nordlandssykehuset

Harald Sunde, fagsjef, Finnmarkssykehuset

Arne Kjetil Hafstad, brukerrepresentant

Bengt-Ole Larsen, konsernverneombud, representerte tillitsvalgt- og vernetjenesten

Referansegruppe

Randi Brendberg, fagsjef, Helse Nord RHF

Haakon Lindekleiv, fagsjef, UNN

Tonje Hansen, fagsjef, Nordlandssykehuset

Fred Mürer, fagdirektør, Helgelandssykehuset

Harald Sunde, fagsjef, Finnmarkssykehuset

Margaret Aarag Antonsen, fagsjef, Sykehusapotek Nord

3. Forekomst av hjerneslag

Årlig blir 10 000–11 000 personer innlagt med hjerneslag i Norge, i Helse Nord er antallet ca. 1200. Rundt 85 prosent er hjerneinfarkt, resten er blødning og uspesifiserte hjerneslag. Forekomsten av hjerneslag er avtakende. Fra 2012–2016 sank insidensraten for førstegangstilfeller av akutt hjerneslag med om lag åtte prosent. Det er ikke grunn til å tro at forekomsten av hjerneslag er høyere i befolkningen med samisk bakgrunn (1).

Antall pasienter innlagt med akutt hjerneslag i Helse Nord, registrert i Norsk hjerneslagregister (NHR), er vist i tabell 1.

<i>Helseforetak/sykehus</i>	Antall slagtilfeller, registrert i NHR				Dekningsgrad i NHR, %			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
<i>Finnmarkssykehuset HF</i>	124	126	94	113	72*	81*	70	
Finnmarkssykehuset Hammerfest	87	65	58	57			75	72
Finnmarkssykehuset Kirkenes	37	61	36	56			63	89
<i>UNN HF</i>	520	492	517	520	94*	93	92	
UNN Tromsø	349	355	373	369		94	93	91
UNN Narvik	66	42	49	52		84	82	84
UNN Harstad	105	95	95	99		90	92	92
<i>Helgelandssykehuset HF</i>	149	141	141	144	92*	87*	86	
Helgelandssykehuset Mo i Rana	52	43	48	56			74	80
Helgelandssykehuset Mosjøen	34	39	48	40			94	89
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	63	59	45	48			94	96
<i>Nordlandssykehuset HF</i>	282	258	236	252		83	87	
Nordlandssykehuset Bodø	182	135	152	151	89	83	84	90
Nordlandssykehuset Lofoten	42	48	31	53	87	96	89	90
Nordlandssykehuset Vesterålen	58	75	53	48	100	89	98	92
Helse Nord	1075	1017	988	1029	90	88	87	89
Norge	8650	8789	8840	9022	84	86	87	87

Tabell 1 Forekomst av hjerneslag i Helse Nord og nasjonalt. Kilde: Norsk hjerneslagregister, (NHR)

* For gjeldende sykehus er dekningsgrad målt på helseforetaksnivå. Dekningsgrad er beregnet ved en individbasert sammenstilling av registreringer i NHR og Norsk pasientregister, NPR

Innleggelsesraten er registrert siden 2017, er høyere i Helse Nord og Helse Midt-Norge enn i resten av landet, og varierer i regionen.

<i>Helseforetak</i>	Innleggelsesrater pr. 100 000 innbyggere		
	2017	2018	2019
<i>Finnmarkssykehuset</i>	305	256 (257)	285 (283)
<i>UNN</i>	317	315 (304)	316 (305)
<i>Helgelandssykehuset</i>	292	285 (251)	310 (270)
<i>Nordlandssykehuset</i>	298	259 (236)	285 (262)
<i>Gjennomsnitt Norge</i>	249	240 (240)	248 (248)

Tabell 2 Innleggelsesrater per 100 000 innbygger over 18 år, fordelt til helseforetak ut fra bostedsadresse i foretakets opptaksområde. Ratene er basert på summen av opphold med akutt hjerneslag registrert i NHR, opphold registrert med hoveddiagnose i NPR og opphold registrert i begge registre. Ratene er beregnet ut med befolkningstall fra SSB per 1. januar 2017 og 2018. Ratene i parentes er aldersjustert, de øvrige er ikke det. Kilde: NHR, årsrapport 2017 og 2018

Dødeligheten som følge av akutt hjerneslag ble også redusert i perioden 2012–2016 med ca. 25 prosent (2). Nord-Norge, og særlig Finnmark, har hatt høyere hjerte- og kardødelighet enn landsgjennomsnittet, men forskjellen er redusert de senere årene (3).

Demografisk utvikling

Antall registrerte førstegangstilfeller av akutt hjerneslag har over tid vært størst i aldersgruppen 70–89 år (2). I Helse Nord vil befolkningen øke med ca. 3,8 prosent frem til 2035. Hele veksten kommer i aldersgruppen over 70 år, som vil øke med omlag 31 000. Det tilsvarer en økning på 50 prosent sammenlignet med i dag. I Finnmark vil befolkningen over 70 år øke med 54 prosent, i Troms med 55 prosent og i Nordland med 46 prosent. Dersom forekomsten av hjerneslag ikke endrer seg kan dette bety at antall pasienter med akutt hjerneslag vil øke de neste 15 årene.

UTKAST

4. Akuttbehandling ved hjerneslag

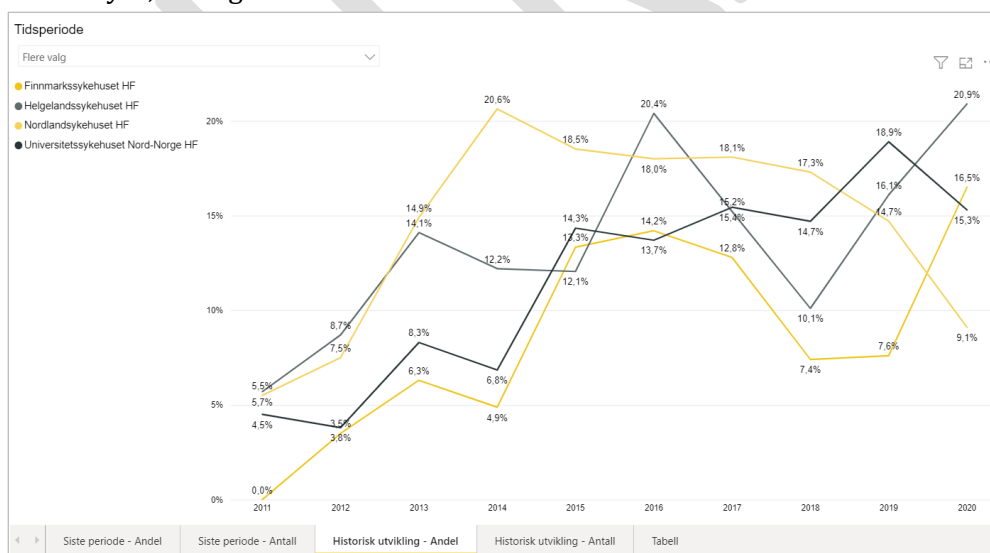
Målet med akuttbehandlingen ved hjerneslag er å begrense hjerneskadene slik at pasienten oppnår et bedre langsiktig funksjonsnivå. Behandlingen er tidskritisk, og etter at pasienten så raskt som mulig er kommet til sykehus blir han undersøkt med CT for å avklare om hjerneslaget skyldes blødning eller blodpropp. Trombolysebehandling tilbys ved alle sykehusene i Helse Nord. Kapasitet og organisering av slagtilbudet i Helse Nord er beskrevet i vedlegg 2.

Trombolytisk behandling (heretter trombolyse) og mekanisk trombektomi er behandling som har til hensikt å løse opp eller fjerne blodproppen som hindrer blodsirkulasjonen. Pasientforløpet er organisert slik at pasienten skal til et sykehus hvor diagnose kan stilles og trombolyse gis, og pasienten vurderes for trombektomi. I tilfeller der trombolyse er kontraindisert, kan pasienten etter gitte kriterier transporteres til trombektomisenter.

4.1 Trombolysebehandling

Trombolytisk behandling gis intravenøst for å løse opp blodproppen som hindrer blodsirkulasjonen i hjernen. Effekten er best dersom behandlingen gis kort tid etter symptomdebut, og dersom blodproppen er liten. Trombolytisk behandling bør gis så tidlig som mulig, og ikke senere enn 4,5 timer fra symptomdebut. Pasienten bør derfor ankomme sykehuset senest innen fire timer³. Tall fra NHR for 2017 og 2018 viser stor regional variasjon i andel pasienter som ankom sykehuset innen fire timer fra symptomdebut. (4) Landsgjennomsnittet i 2018 var 46 prosent, i Helse Nord fra 28 til 62 prosent.

Det er også stor variasjon mellom helseforetak og år i hvor stor andel⁴ av pasientene som får trombolyse, slik figur 1 viser.



Figur 1 Nasjonal kvalitetsindikator: Andel pasienter over 18 år innlagt med blodpropp i hjernen, som har fått behandling med trombolyse⁵. Kilde: helsenorge.no

³ Nasjonalt mål er at minst 60 prosent av pasientene skal ankomme sykehus innen fire timer etter symptomdebut

⁴ Nasjonalt mål er at minst 20 prosent av pasientene skal få trombolyse.

⁵ Det registreres flere trombolysebehandlinger i NHR enn i Norsk pasientregister. Det indikerer at det fortsatt er en del pasienter som ikke kodes korrekt med nasjonal særkode for trombolyse. Dette kan være en forklaring på noe av variasjonen mellom sykehus.

⁶ I 2020 ble det ved Nordlandssykehuset observert et fall i trombolyseandel i forbindelse med utbruddet av Covid-19.

For å sikre at pasienten får effektiv diagnostikk og behandling innen anbefalt tid i alle faser i sykdomsforløpet, ble *Pakkeforløp for hjerneslag, fase 1* innført i 2018 (5).

4.2 Mekanisk trombektomi

Mekanisk trombektomi ble tatt inn i retningslinjene i 2017, basert på en rekke internasjonale studier som alle viste en signifikant positiv effekt ved hjerneinfarkt forårsaket av tilstopping av en stor pulsåre i hjernen (6). Ved bruk av mekanisk trombektomi oppnås rekanalisering hos 70–80 prosent av pasienter med tilstopping av store kar mot 30 prosent med trombolysbehandling. Dette innebærer en betydelig større mulighet for å bli helt selvhjulpent etter et hjerneslag. Muligheten øker jo tidligere i forløpet behandlingen gis (7).

Ved mekanisk trombektomi er målet å fjerne blodproppen slik at blodsirkulasjonen gjenopprettes. Et kateter føres inn fra arterien i lysken og opp gjennom karsystemet til hjernen, og tromben kan «fiskes» ut. Alternativt kan tromben «suges» ut, eller en kombinasjon av metodene kan benyttes.

Trombektomi anbefales utført så raskt som mulig og senest innen seks timer etter symptomdebut. For selekterte pasienter anbefales trombektomi også mellom 6-24 timer etter symptomdebut. (8). Dette gjelder pasienter hvor blodsirkulasjonen til det området i hjernen som den tilstoppede blodåren skal forsyne, er delvis opprettholdt via kollaterale blodårer. For hver times forsinkelse reduseres muligheten for effekt av behandlingen med 16 prosent (9). For de fleste pasientene vil rask behandling fortsatt være den viktigste faktoren for et godt resultat.

Seleksjon av pasienter

Trombektomi er anbefalt basert på randomiserte studier knyttet til tilstopping av de store blodårene i fremre kretsløp, med ledsagende uttalte/alvorlige slagsymptomer. Disse pasientene utgjør den største andelen som er aktuelle for slik behandling.

Behandling i mer perifere blodkar er mulig, men dette er en mer kompleks behandling med større risiko, som også krever høyere erfaringsnivå hos operatøren. For tilstopping av blodårer i bakre kretsløp finnes det ingen randomiserte kontrollerte studier. Prognosen er dårlig for disse pasientene. Der det er påvist okklusjon kan trombektomi vurderes, da erfaring viser at noen kan ha effekt (8). I Helse Nord utgjør disse pasientene en svært liten andel.

I studiene bak anbefalingen om trombektomi hadde pasientene god funksjon⁷ før hjerneslaget. Det er anbefalt at denne seleksjonen følges som retningsgivende for trombektomi i klinisk praksis, inntil eventuell annen dokumentasjon foreligger. Det er ikke grunnlag for å anbefale noen øvre aldersgrense, og det fins ingen randomiserte studier for pasienter under 18 år (8).

Noen pasienter kan vurderes selektert direkte til trombektomi:

- Pasienter med kontraindikasjoner mot trombolys, som nylig gjennomførte kirurgiske inngrep eller pågående antikoagulasjonsbehandling, men som vurderes aktuelle for trombektomi.

⁷ Modified Rankin Scale (mRs) 0-2, dvs. ingen til lett funksjonshemming

- Pasienter der det foreligger sterk mistanke om storåreokklusjon (etter f.eks. PASS-kriterier⁸), og hvor pasienten uansett skal transporteres med luftambulansse, og der effektiv transporttid til lokalsykehus og trombektomisenter er omtrent lik.

Beregning av antall pasienter aktuell for trombektomi kan gjøres ved ulike tilnærminger. Prosjektgruppen har valgt å ta utgangspunkt i at 10–15 prosent av alle med hjerneinfarkt har storkarsokklusjon i fremre kretsløp. 1/3 av disse vil ikke være aktuell for trombektomi. Estimert antall pasienter aktuell for trombektomi i Helse Nord utgjør omlag 90–130 per år (8).

4.3 Dagens trombektomitilbud

Fram til 2018 ble trombektomi utført ved fem sykehus i Norge: UNN Tromsø, St. Olavs hospital, Helse Bergen - Haukeland universitetssykehus, Helse Stavanger - Stavanger universitetssykehus og Oslo universitetssykehus - Rikshospitalet. I Helse Sør-Øst er det nå etablert dagtilbud ved Akershus universitetssykehus og Sørlandet sykehus, planlagt utvidet til full døgndrift fra 2022. Ved OUS Ullevål ble det etablert dagtilbud i oktober 2020, utvidet til døgntilbud fra 2021. Innføringen monitoreres og det er planlagt å gjennomføre evaluering av tilbudene i løpet av 2022, hvor oppstart ved nye helseforetak også skal vurderes. Helse Vest og Helse Midt-Norge har valgt å videreføre dagens organisering uten å utvide tilbudet ytterligere.

Trombektomi ved hjelp av robotteknologi kan åpne muligheter for samarbeid mellom flere senter.

På landsbasis har andelen pasienter behandlet med trombektomi økt de siste årene, fra 1,1 prosent i 2014 til 6,3 prosent i 2019. I Helse Nord var andelen 5,6 prosent i 2019.

	Antall		Andel, %	
	2018	2019	2018	2019
Trombektomi	367	487	4,8	6,3
Behandlet med trombolyse før trombektomi	220	238	59,8	48,9
Trombektomi ≤ 80 år	277	349	5,6	6,8

Tabell 3 Antall og andel pasienter i Norge behandlet med trombektomi i 2018 og 2019. Kilde NHR

I Helse Nord opprettet UNN Tromsø tilbud om trombektomi som eksperimentell behandling i 2010. Antall trombektomier har økt fra åtte i 2016 til 63 i 2020.

Trombektomi UNN Tromsø										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antall	6	3	9	3	7	8	27	43	56/50 ⁹	63

Tabell 4 Antall trombektomier utført ved UNN Tromsø i årene 2011–2020. Kilde UNN Tromsø

Geografisk fordeling av pasienter behandlet med trombektomi i 2018–2020 viser at flest pasienter var primærinnlagt ved UNN Tromsø.

⁸ PASS-kriterier: Kriterier for å vurdere storkarsokklusjon: 1. Foreligger blikkdeviasjon? 2. Er pasienten våken? 3. Foreligger det lammelse i arm eller ben og underekstremitet faller mot underlaget? 4. Foreligger noen form for taleproblem? Hvis ja på spørsmål 1 + 2 eller 2 + 3 + 4 mistenkes storkarsokklusjon.

⁹ Data fra NHR avviker noe fra data rapportert fra UNN

Sykehus	2018	2019	2020
UNN Tromsø	22	28 ¹⁰	31 ¹¹
UNN Harstad	4	10	9
UNN Narvik	3	1	3
Finnmarkssykehuset Hammerfest	2	0	3
Finnmarkssykehuset Kirkenes	1	2	2
Nordlandssykehuset Bodø	6	7	2
Nordlandssykehuset Vesterålen	1	5	5
Nordlandssykehuset Lofoten	3	1	3
Helgelandssykehuset Mo i Rana	1	1	4
Helgelandssykehuset Mosjøen	0	1	0
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	0	0	1

Tabell 5 Pasienter behandlet med trombektomi ved UNN Tromsø 2018–2020, fordelt etter hvor de var primærinnlagt.
Kilde UNN Tromsø

Vi har ingen registrering av hvor mange pasienter som er overført til trombektomisenter uten å bli trombektomert, men det er vanlig med 30–50 prosent overtriagering (12). Vi har heller ikke tall for hvor mange som vurderes aktuelle for trombektomi, men som ikke overføres fordi tidsfristen allerede er eller vil bli overskredet før ankomst.

¹⁰ Inkludert to pasienter direkteinnlagt fra annen del av regionen

¹¹ Inkludert tre pasienter direkteinnlagt fra annen del av regionen

5. Kompetansekrav og krav til kvalitet i trombektomisenter

5.1 Faglige forutsetninger

Sykehus som skal ha tilbud om trombektomi må oppfylle flere kriterier (8):

- Velfungerende slagenhet med tilstrekkelig kapasitet til overvåkning.
- Effektivt og tverrfaglig slagteam som består av nevrologisk vakt (teamleder), radiologisk vakt, intervensjonsradiolog og anestesilege. (evt. også nevne øvrige)
- Slagteamet må ha god opplæring, kunnskap og kompetanse, og må øve regelmessig.

Tilstrekkelig kunnskapsnivå og kompetanse i hele behandlingsskjeden, ikke bare i slagteamet:

- Prehospital tjeneste med forståelse for hastegrad (Load and go)
- Anestesistøtte med spesialkompetanse innen trombektomi
- Assistent (lege) med tilsvarende kjennskap til prosedyren som operatøren
- Slagnevrologer og overvåkningsavdelinger med spesiell erfaring med å overvåke pasienter med lavsymptomatisk storkarsokklusjon (LVO) samt etter vellykket behandling

Internasjonalt er det anbefalt minimum 50 trombektomier årlig pr senter, og minimum 15 trombektomier pr intervensjonist for å sikre god kvalitet (13). I Norge er det ingen slike anbefalinger, og i faglige retningslinjer er det ikke anbefalt et spesifikt krav til behandlingsvolum for trombektomisentra i Norge:

- *På grunn av Norges geografi og demografi kan det ikke anbefales et spesifikt volumkrav til sentre som skal tilby trombektomi, men det må vektlegges at faglige forutsetninger og kvalifikasjoner er tilstede. Dette er i tråd med Kunnskapscenterets metodevurdering og de Europeiske anbefalingene.*
- *Lavt volum kan være en utfordring i forhold til kvalitet, men lang avstand som medfører sterkt forsinket behandling eller ingen behandling, vil være mer alvorlig for pasienten. (8)*

Data fra trombektomisentra i Norge¹² viser at man også ved lavt volum oppnår gode tekniske resultater ved trombektomi. Ved UNN ble det i perioden 2017–2018 utført totalt 71 trombektomier. Resultatet for revaskularisering var godt for 83 prosent av pasientene. Ved Stavanger Universitetssykehus, hvor det i perioden 2014–2018 ble behandlet mellom 17–45 pasienter årlig, var tilsvarende tall 78–91 prosent, og ved St Olavs hospital, hvor man i 2018 behandlet 45 pasienter, 84 prosent.

5.2 Kompetansekrav

Helsedirektoratet anbefaler at trombektomi bør utføres av nevrointervensjonsradiologer eller intervensjonsradiologer med tilstrekkelig opplæring i metoden (8). Opplæringens innhold og omfang kan sikres ved hospitering ved sentra med høyt volum.

Anbefalinger for kompetansekrav/utdanningskrav for generelle intervensjonsradiologer som skal utføre mekanisk trombektomi er utarbeidet i forbindelse med *Utreddning av fremtidig*

¹² Presentert på det 4. nasjonale møtet om endovaskulær intervensjon ved akutt hjerneinfarkt

organisering av tilbud om mekanisk trombektomi til pasienter med akutt hjerneinfarkt i Helse-Sør Øst (vedlegg 3). Det var dissens i denne arbeidsgruppen når det gjaldt krav til opplæring. Arbeidsgruppen i Helse Nord sluttet seg til anbefalingene til gruppe 1, som anbefalte lengst hospiteringsperiode på 3–6 måneder ved Rikshospitalet. De konkluderte videre med at hospitering ved høyvolumsenter i utlandet kan korte ned tiden. Europeisk sertifiseringsprogram er forventet å komme for slagbehandling.

I dagens organisering av trombektomi har intervensjonistene ulike kompetanse/spesialisering. Ved OUS Rikshospitalet utføres inngrepet av nevrointervensjonsradiologer og ved Stavanger Universitetssykehus utføres inngrepet av intervensjonsradiologer, en modell som også brukes ved Sørlandet sykehus og på Ahus. Ved øvrige sykehus utføres inngrepet av både intervensjonsradiologer og nevrointervensjonsradiologer. Ved UNN Tromsø er inngrepet hittil utført av nevrointervensjonsradiolog. Intervensjonsradiologer er under opplæring.

5.3 Utvikling og vedlikehold av kompetanse

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i tilgjengelig kompetanse i dagens bemanning, og vurdert hvilken kompetanse det er nødvendig å bygge opp i tillegg, samt hvordan dette kan skje. (vedlegg 4).

Regelmessig trening/simulering er viktig for å vedlikeholde kompetanse og sikre et samkjørt team, hvor alle har dedikerte roller og ansvar. Både UNN og Nordlandssykehuset har etablert samarbeid med Stavanger universitetssykehus om simulering av trombektomi, som er knyttet opp mot et forskningsprosjekt. Nordlandssykehuset er allerede i gang med deler av simuleringen; fra mottak av pasient til og med vurdering for trombektomi, mens UNN har planlagt å starte med simulering av gjennomføring av trombektomi.

Andre tiltak for å vedlikeholde kompetanse er regelmessig hospitering ved større senter og å være to intervensjonister ved hver trombektomi. Også trening ved bruk av dyremodell er aktuelt, noe som blir brukt bla på Karolinska Sjukhuset og Limoges. Nord universitet har griselaboratorium (ANILAB) som brukes i forbindelse med somatisk forskning tilknyttet Nordlandssykehuset. Her vil det være mulig å lage en grisemodell for teknisk trening av intervensjonsradiologer i vår region.

5.4 Kvalitetskrav og monitorering

I 2019 ble det innført kvalitetsindikatorer som måler behandlingsresultat og komplikasjonsrate ved trombektomi. Mål på kvalitet er i hvor stor grad tromben blir fjernet og blodtilførselen gjenopprettet, om det oppstår komplikasjoner og hvordan pasientens funksjonsnivå gjenoprettes. I henhold til internasjonale krav bør graden av revaskularisering være over 60 prosent. Høyere grad av rekanalisering er forbundet med bedre behandlingsresultat.

Fra 2019 er enkelte data om trombektomi rapportert til NHR, og fra 2020 utvides rapporteringen til å gjelde flere kvalitetsparametere, som vil gjøre det mulig med en detaljert kartlegging av trombektomipraksis i Norge. Nærmere detaljer finnes i NHR.

6. Prehospitale tjenester og samhandling mellom prehospitale tjenester og sykehus

Nasjonale retningslinjer for hjerneslag anbefaler at prehospital tjeneste er organisert slik at pasienter aktuelle for trombektomi kommer raskest mulig til behandling.

AMK-sentralene styrer og koordinerer ambulansetjenesten. Når pasient, pårørende eller helsepersonell varsler AMK om mulig hjerneslag blir dette behandlet som et akuttoppdrag med «rød respons»¹³.

6.1 Prehospital seleksjon til trombektomi

Det finnes flere kliniske skalaer utviklet for at prehospitalt personell skal kunne gradere slagets alvorlighet. Fellesnevneren er at høy alvorlighetsgrad indikerer sannsynlighet for okklusjon av stor hjernearterie, og for at pasienten er aktuell for trombektomi. Slike skalaer kan brukes for å triagere pasienter aktuelle for direkteinnleggelse i trombektomisenter.

De ulike skalaene har imidlertid en rekke svakheter. Europeiske retningslinjer konkluderer med at det er utilstrekkelig evidens for å bruke en klinisk skala i rutinepraksis (14). I nylig oppdaterte norske retningslinjer konkluderer man med at *selv om høy prehospital NIHSS- skår til en viss grad predikerer storkarsokklusjon, har vi i dag ingen gode ikke-radiologiske verktøy for å selekere trombektomikandidater allerede prehospitalt* (15).

Skalaene vil kunne fange opp en andel av de dårligste pasientene. De er imidlertid mindre sensitive for å fange opp hjerneslag senere i tidsvinduet (16). På sikt vil det mest sannsynlig være aktuelt å behandle pasienter med lettere utfall (16) og disse vil i mindre grad bli identifisert med de prehospitale skalaene. I nylig publiserte europeiske anbefalinger konkluderer man med at det ikke er sikker evidens for direkte transport til trombektomisenter, men at direktetransport kan være aktuelt i urbane områder hvor avstanden til trombektomisenter er mindre enn 30–45 minutter, og at bruk av «drip and ship» (trombolyse på lokalsykehus før overflytting) er mest aktuelt ved lengre transporttider (16). Flere studier pågår for å finne prehospitale diagnostiske verktøy som kan åpne for prehospital actilysebehandling slik at pasienter dermed kan omgå lokalsykehus og fraktes direkte til vurdering for trombektomi. Det pågår også studier hvor man sammenligner direktetransport til trombektomisenter med bruk av «drip and ship». Resultatene fra en spansk randomisert kontrollert studie - RACECAT – ble nylig presentert ved ESOC (European Stroke Organisation Conference). Denne viste ingen effekt av å by-passe lokalsykehus.

I vår landsdel vil prehospital seleksjon kunne være aktuelt for pasienter med store utfall som hentes med helikopter, og hvor den totale transporttiden til trombektomisenter er kort. Også pasienter med kontraindikasjon for trombolyse kan være aktuelle for direktetransport. UNN har utviklet et forslag til regional prosedyre som benytter PASS-kriterier¹⁴ for triagering. Prosedyren

¹³ Rød respons betyr mistanke om akutt livstruende sykdom, skade eller ulykke. Utløser alarm og umiddelbar hjelp. Kilde: Legevakthåndboken

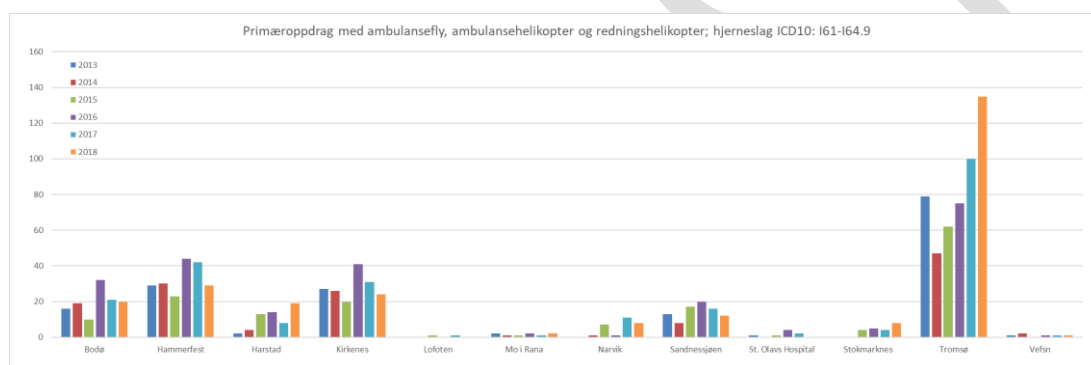
¹⁴ PASS-kriterier: 1. Foreligger blikkdeviasjon? 2. Er pasienten våken? 3. Foreligger parese i arm eller ben og ekstremitet faller mot underlaget? 4. Foreligger noen form for taleproblemer? Dersom kriterium 1+2 eller 2+3+4 er oppfylt er det stor sannsynlighet for okklusjon av stor hjernearterie og for at pasienten er aktuell for trombektomi

er foreløpig ikke implementert, men skal piloteres i eget nedslagsfelt. Med utgangspunkt i dette bør et samlet fagmiljø utarbeide en felles regional prosedyre, som tar høyde for ulike behov og forutsetninger i regionen.

6.2 Bruk av luftambulansse ved hjerneslag

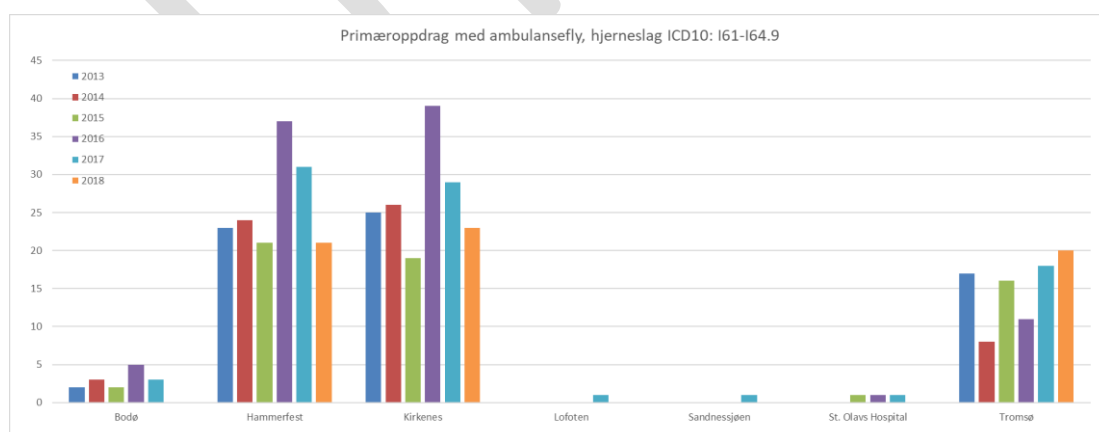
Antall hjerneslag i Helse Nord i 2017 var omlag 1200, men langt flere pasienter transporteres til sykehus med *mistanke* om hjerneslag. De aller fleste transporteres til sykehus med ambulanssebil, men noen har behov for fly eller helikopter. Figurene nedenfor viser antall primær oppdrag hvor pasienter med mistanke om hjerneslag er fraktet fra hjemmet til sykehus med ambulanssefly eller helikopter. Diagnosekodene ICD10 161-164.9 omfatter både hjerneblødning og –infarkt.

I perioden 2013–2015 ble gjennomsnittlig 155 pasienter årlig med mistanke om hjerneslag fraktet til sykehus med fly eller helikopter. Antallet er økt til gjennomsnittlig 245 i perioden 2016–2018. Økningen er innen bruk av ambulanssehelikopter.



Figur 2 Antall oppdrag/pasienter med mistanke om hjerneslag, fraktet til sykehus i Helse Nord med ambulanssefly, ambulanssehelikopter eller redningshelikopter i perioden 2013-2018. Kilde: Luftambulanssetjenesten HF

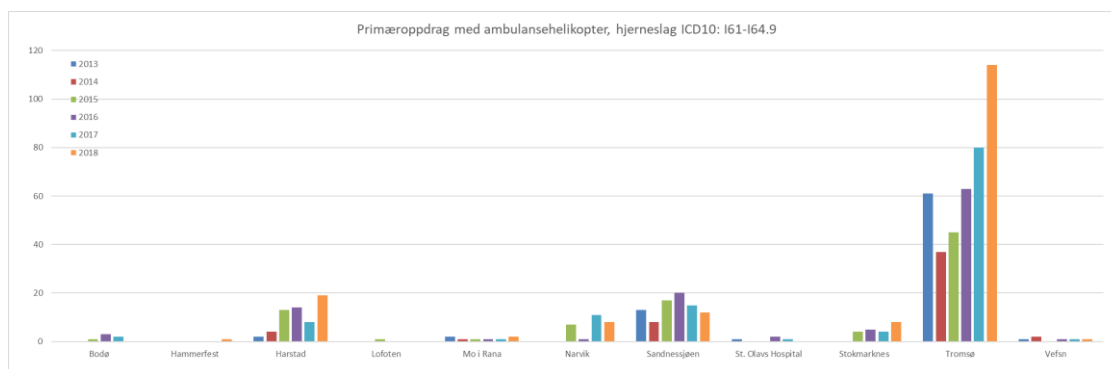
Fly brukes hovedsakelig til Kirkenes, Hammerfest og Tromsø, og helikopter brukes mest til Tromsø, Harstad, Sandnessjøen, Bodø¹⁵ og Hammerfest¹⁶.



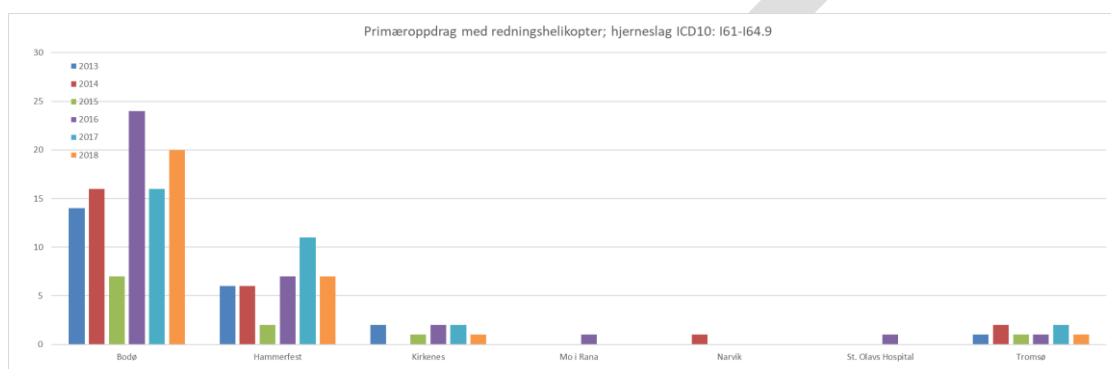
Figur 3 Antall oppdrag/pasienter med mistanke om hjerneslag, fraktet til sykehus i Helse Nord med ambulanssefly, perioden 2013-2018. Kilde: Luftambulanssetjenesten HF

¹⁵ Hovedsakelig redningshelikopter

¹⁶ Hovedsakelig redningshelikopter

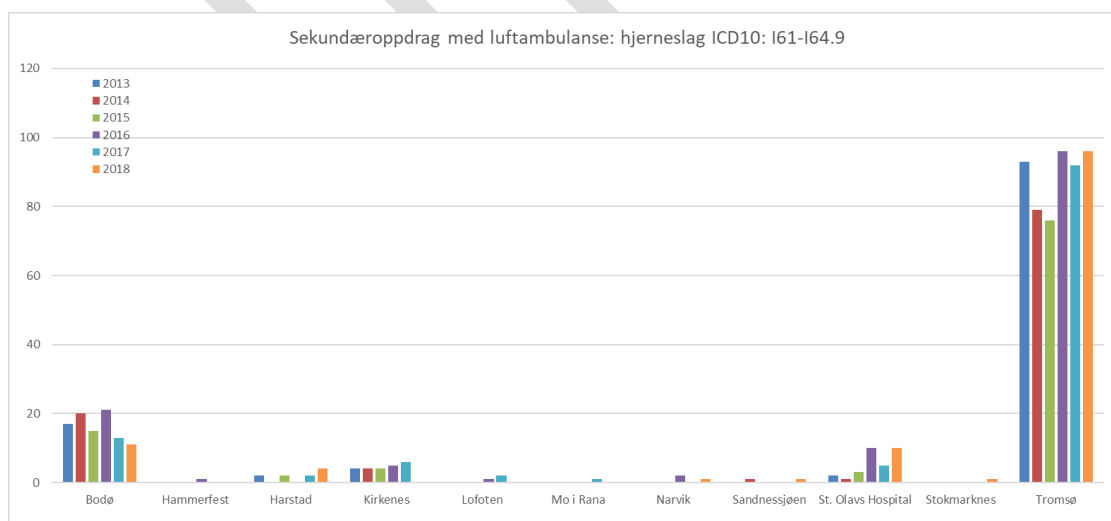


Figur 4 Antall oppdrag/pasienter med mistanke om hjerneslag, fraktet til sykehus i Helse Nord med ambulanshelikopter, perioden 2013-2018 Kilde: Luftambulansetjenesten HF



Figur 5 Antall oppdrag/pasienter med mistanke om hjerneslag, fraktet til sykehus i Helse Nord med redningshelikopter, perioden 2013-2018 Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Når det gjelder sekundæroppdrag (overflytting fra et sykehus til et annet) mottar UNN Tromsø naturlig nok flest pasienter: gjennomsnittlig 87 pasienter årlig i perioden 2013–2018. Dette inkluderer pasienter til trombektomi. 31 pasienter er fraktet fra sykehus i Helse Nord til St. Olavs hospital i perioden 2013–2018.



Figur 6 Antall sekundæroppdrag/pasienter med mistanke om hjerneslag, fraktet mellom sykehus i Helse Nord og St. Olavs hospital med helikopter eller fly, perioden 2013-2018. Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Regionen har store geografiske avstander og betydelige forsinkelser kan oppstå i pasientforløpet knyttet til transport. Ved fly- eller helikoptertransport må det i tillegg til selve flytiden beregnes tid til koordinering og klargjøring, og transport til og fra landingsplass. Videre vil værforhold og tilgjengelighet påvirke hva som er mulig å få til i øyeblikket.

Tabell 6 viser avstander og flytider for ambulanshelikopter fra helikopterbase til sykehus, og fra sykehus til henholdsvis UNN Tromsø, Nordlandssykehuset Bodø og St. Olavs hospital Trondheim.

<i>Fra</i>	<i>Til sykehus (hente)</i>	<i>Distanse nm</i>	<i>Flytid min</i>	<i>Til sykehus (levere)</i>	<i>Distanse nm</i>	<i>Flytid min</i>	<i>Total flytid</i>	<i>Total flytid¹⁷</i>
Evenes	Direkte		0	Nordlandssykehuset Bodø	89	49	49	00:49
	Nordlandssykehuset Lofoten	74	41	Nordlandssykehuset Bodø	54	30	71	01:11
	UNN Harstad	19	12	Nordlandssykehuset Bodø	103	56	68	01:08
	Nordlandssykehuset Vesterålen	40	23	Nordlandssykehuset Bodø	77	43	66	01:06
	UNN Narvik	16	10	Nordlandssykehuset Bodø	97	56	63	01:03
Brønnøysund	Direkte		0	UNN Tromsø	87	48	48	00:48
	Nordlandssykehuset Lofoten	74	41	UNN Tromsø	151	81	122	02:02
	UNN Harstad	19	12	UNN Tromsø	75	42	54	00:54
	Nordlandssykehuset Vesterålen	40	23	UNN Tromsø	110	60	83	01:23
	UNN Narvik	16	10	UNN Tromsø	82	45	55	00:55
	Direkte		0	Nordlandssykehuset Bodø	121	65	65	01:05
	Helgelandssykehuset Mo i Rana	71	39	Nordlandssykehuset Bodø	58	32	71	01:11
	Helgelandssykehuset Mosjøen	33	19	Nordlandssykehuset Bodø	92	50	69	01:09
	Helgelandssykehuset Sandnessjøen	35	20	Nordlandssykehuset Bodø	87	48	68	01:08
	Direkte		0	St Olavs Hospital Trondheim	131	71	71	01:11
Tromsø	Helgelandssykehuset Mo i Rana	71	39	St Olavs Hospital Trondheim	200	107	146	02:26
	Helgelandssykehuset Mosjøen	33	19	St Olavs Hospital Trondheim	162	87	106	01:46
	Helgelandssykehuset Sandnessjøen	35	20	St Olavs Hospital Trondheim	166	89	109	01:09
	Nordlandssykehuset Lofoten	151	69	UNN Tromsø	151	69	138	02:18
	UNN Harstad	75	35	UNN Tromsø	75	35	70	01:10
	Nordlandssykehuset Vesterålen	110	51	UNN Tromsø	110	51	102	01:42
	UNN Narvik	82	39	UNN Tromsø	82	39	78	01:18

Tabell 6 Flytider med ambulanshelikopter fra helikopterbase til sykehusene i Nord-Norge, og videre til henholdsvis UNN Tromsø, Nordlandssykehuset Bodø og St. Olavs hospital i Trondheim. Kilde: Luftambulansetjenesten HF

¹⁷ Med disse avstandene oppgis tidsbruk basert på: 1 minutt for take-off+ 1 minutt for landing, cruisehastighet 125 (H135/H145) og 145 knop (AW139-for base Tromsø), og vindhastighet 10 knop. Dvs. vindhastighet 0–20 knop gir en minimal tidsendring, mens storm gir en vesentlig ekstra bruk av tid.

Tabell 7 viser flytider ved bruk av ambulansefly.

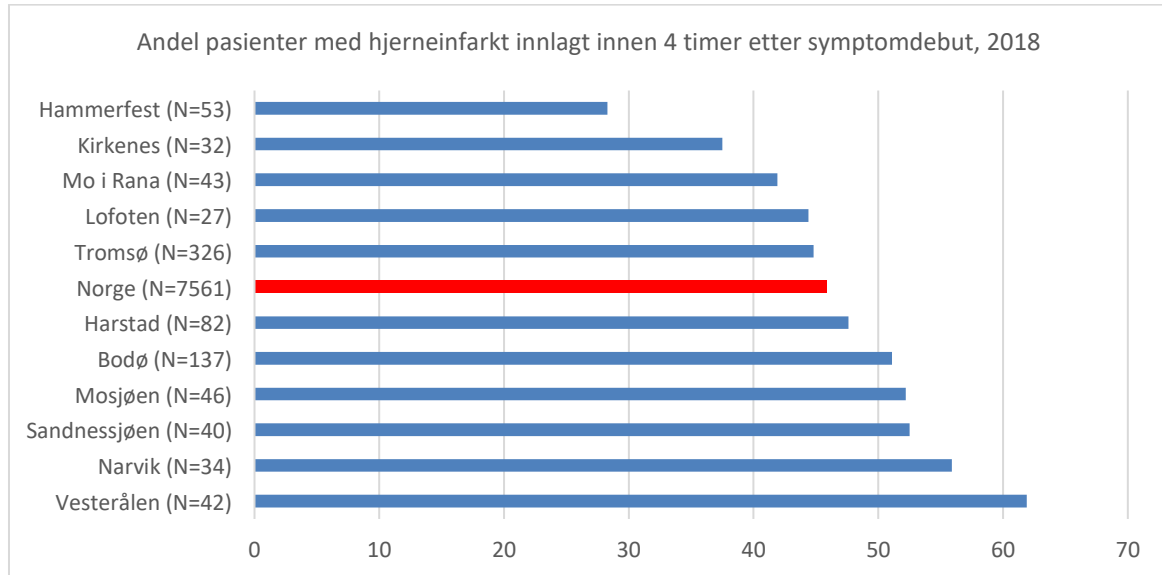
Lufthavner	Tromsø	Bodø	Værnes
Kirkenes	01:00	01:30	02:10
Vadsø	01:00	01:35	02:15
Vardø	01:10	01:40	02:20
Båtsfjord	01:05	01:35	02:20
Berlevåg	01:00	01:35	02:20
Mehamn	01:00	01:30	02:15
Honningsvåg	00:50	01:20	02:05
Lakselv/Banak	00:40	01:10	01:55
Hammerfest	00:35	01:15	02:00
Hasvik	00:30	01:05	01:50
Alta	00:30	01:05	01:55
Sørkjosen	00:20	00:55	01:45
Tromsø		00:45	01:35
Bardufoss	00:20	00:40	01:30
Andenes	00:25	00:35	01:25
Evenes	00:30	00:25	01:20
Stokmarknes/Skagen	00:30	00:25	01:15
Svolvær/Helle	00:40	00:20	01:05
Leknes	00:40	00:20	01:05
Røst	00:55	00:25	01:00
Bodø	00:50		01:00
Mo I Rana	00:55	00:20	00:55
Stokka	01:10	00:25	00:45
Mosjøen	01:10	00:30	00:50
Brønnøysund	01:15	00:35	00:40

Tabell 7 Flytider med ambulansefly fra flyplasser ved sykehusene i Nord-Norge, til henholdsvis Tromsø og Bodø. Kilde: Luftambulansetjenesten HF (Skal oppdateres med Finnmark)

I tillegg til flytid kommer tid for aktivering av ambulansefly samt transport mellom sykehus og flyplass.

6.3 Prehospital forsinkelse

Andelen pasienter med hjerneslag innlagt innen 4 timer varierer, også ut over det som kan skyldes geografi. I Norge var andelen 46 prosent i 2018. Andelen er økende og er på høyde med både Sverige og Danmark (4). I 2018 varierte andelen i Helse Nord mellom 28–62 prosent.



Tabell 8 Andel pasienter med hjerneinfarkt innlagt innen 4 timer etter symptomdebut. Kilde: Norsk hjerneslagregister

En studie fra Ahus viste at pasienter med store nevrologiske utfall kommer tidligere til sykehus enn pasienter med mindre utfall (17). Studien viste i tillegg at en stor del av forsinkelsen skyldes at pasientene kontakter helsevesenet for sent. I tillegg er det sannsynlig flere flaskehalsar prehospitalt, og det er behov for tilstrekkelig kunnskapsnivå i hele behandlingsskjeden, ikke bare i slagteamet.

Ved Nordlandssykehuset pågår et PhD- prosjekt, *Prehospitalt minutter teller ved hjerneslag*, hvor målet er å identifisere forsinkende faktorer prehospitalt i Nordland. Datainnsamlingen er fullført i 2021. Prosjektet vil kunne gi økt kunnskap om lokale forhold og hvor det er behov for å øke innsatsen for å minske prehospital forsinkelse.

For å redusere prehospital tidsbruk må AMK ha klare retningslinjer for når slagteam ved pasientens lokalsykehus skal kontaktes, og for når slagteam ved trombektomisenter skal involveres med tanke på mulig direkte transport til trombektomi. Transporttjenesten må også ha forståelse for hastegrad (Load and go).

7. Økonomiske konsekvenser

Folkehelseinstituttet utførte i 2016 en kostnadseffektivitetsanalyse av mekanisk trombektomi som tilleggsbehandling til trombolyse sammenlignet med trombolyse alene ved akutt hjerneinfarkt pga. storkarokklusjon (18). Analysen indikerer at trombektomi som tilleggsbehandling ved hjerneinfarkt er kostnadseffektiv sammenlignet med standardbehandling alene. Merkostnadene ved å tilby trombektomi som tilleggsbehandling til trombolyse knyttet til prosedyrekostnader, bildediagnostikk og transport er beregnet til 84 331 kroner (51 631–192 631 kroner).

Arbeidsgruppen har vurdert hva som skal til for å:

- Styrke og drifte tilbud om trombektomi ved UNN Tromsø, som eneste senter i Helse Nord, og som ett av to senter.
- Etablere og drifte tilbud om trombektomi ved Nordlandssykehuset Bodø.

Med utgangspunkt i dagens forutsetninger er det beskrevet endringer som konsekvens av de ulike alternativene. UNN har anslått at det vil koste ca. 14 millioner kroner å etablere og drifte et robust tilbud om trombektomi i Tromsø, jf. styresak 34/2018. I budsjett for 2019 er UNN tildelt seks millioner. Ved etablering i Bodø vil kostnader til nye stillinger og drift reduseres noe. Nordlandssykehuset har anslått at tilbudet kan startes opp innenfor dagens ramme. Det vil tilkomme kostnader til opplæring og prosedyrekostnader. Detaljert oversikt over kostnader ved etablering og drift ved de to ulike alternativene er beskrevet i vedlegg 9.

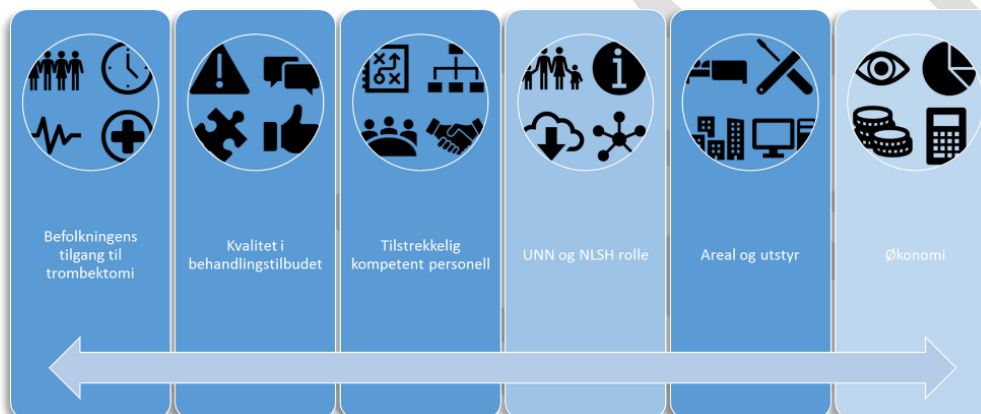
8. Risikovurdering

Arbeidsgruppen har gjennomført en risikovurdering av alternativene ett eller to senter, med utgangspunkt i tilgjengelig data, kunnskap og erfaring. Det er tatt utgangspunkt i seks områder, beskrevet mål og tilhørende kritiske suksessfaktorer. Trusler for å ikke innfri suksessfaktorene er så risikovurdert.

Følgende områder ble planlagt risikovurdert:

1. Befolkningens tilgang til trombektomi.
2. Ivareta pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingen (kvalitet i behandlingstilbudet).
3. Tilstrekkelig kompetent personell (fagfolk, rekruttering, bygge opp og vedlikeholde kompetanse, robusthet/sårbarhet).
4. UNNs rolle som universitetssykehus og regionsykehus, og Nordlandssykehusets rolle som sykehus.
5. Areal og utstyr.
6. Økonomi.

Område 4 og 6 er ikke risikovurdert.



Figur 7 Områder for risikovurderingen

I risikovurderingene er det tatt hensyn til vurderingskriterier for funksjonsdeling i Helse Nord (19). I detaljert matrise omhandler mål 1–6 tilbud om trombektomi ved ett senter (UNN Tromsø), mål 7–12 omhandler tilbud ved to senter (UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø) (vedlegg 5).

8.1 Befolkningens tilgang til trombektomi/tilgjengelighet

I risikovurderingen er det vurdert hvor stor sannsynlighet befolkningen har for å nå frem til et trombektomisenter, henholdsvis raskere enn tre timer, innen tre-fire timer, innen seks timer eller senere enn seks timer, avhengig av bosted. Muligheten for et godt resultat øker jo tidligere tromben blir fjernet, noe som har stor betydning for pasienten.

Tiden er beregnet basert på data fra NHR, opplysninger om flytider og arbeidsgruppens erfaringer. Det er tatt hensyn til tidsbruk i den prehospital fase, tid til diagnostisering og eventuell oppstart av trombolyse, tid for å koordinere transport for overflytting samt selve flytiden og transport til trombektomisenter. Når det gjelder tidsbruk i prehospital fase, som

inkluderer tiden fra symptomdebut til pasient eller pårørende varsler helsetjenesten, vet vi at under 50 prosent av pasientene ankommer sykehus innen fire timer.

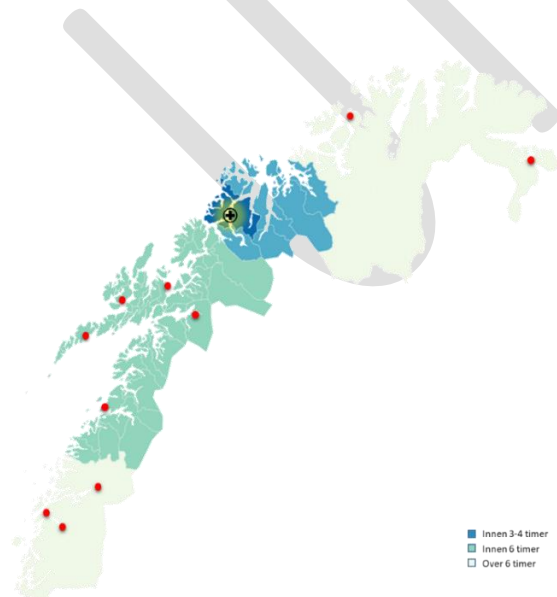
Ett senter

- Høy risiko for at pasienter i Finnmark, Lofoten, Vesterålen, Salten og Helgeland ikke rekker frem til senteret og får påbegynt behandling innen seks timer.
- Lav risiko for at pasienter i Tromsø ikke rekker frem til senteret og får påbegynt behandling innen seks timer.
- Middels risiko for at pasienter i Harstad/Ofoten ikke rekker frem til senteret og får påbegynt behandling innen seks timer.

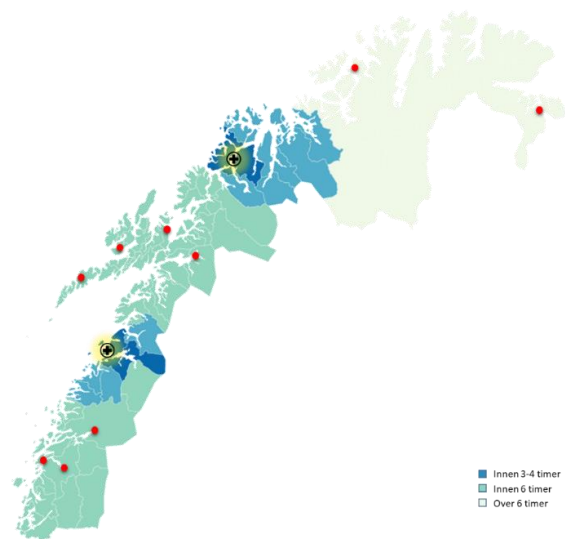
To senter

- Høy risiko for at pasienter i Finnmark ikke rekker frem til senteret og får påbegynt behandling innen seks timer.
- Lav risiko for at pasienter i Tromsø og i Salten ikke rekker frem til senteret og får påbegynt behandling innen seks timer.
- Middels risiko for at pasienter i Harstad/Ofoten og Helgeland ikke rekker frem til senteret og får påbegynt behandling innen seks timer.
- Lofoten og Vesterålen er ikke vurdert da en hadde behov for ytterlige bakgrunnstall.

Som kartene viser vil det ved ett senter i Tromsø være mulig for befolkningen i UNN Tromsøs nedslagsfelt å nå frem til behandling innen tre timer etter symptomdebut. For resten av befolkningen vil det ta over tre timer, og befolkningen i Finnmark, Salten og på Helgeland vil ha liten sannsynlighet for å nå frem til behandling før det er gått mer enn seks timer. For de fleste vil det bety at tidsfristen for å gjøre trombektomi er passert, med unntak av de (få) som kan ha nytte av slik behandling i utvidet tidsvindu.



Figur 8 Tid til trombektomisenter; en-sentromodell



Figur 9 Tid til trombektomisenter, to-sentromodell

8.2 Kvalitet i behandlingen

God kvalitet i behandlingen avhenger av flere faktorer, jf. kapittel 5.

Ett senter

Samlet risikobilde knyttet til kvalitet i behandlingen vurderes som lav. Risikoen er vurdert til middels for kritiske suksessfaktorer som omhandler regionale prehospitale rutiner knyttet til hjerneslag, pasientlogistikk og håndtering av eventuell overtriagering. For områder med middels risiko har gruppen foreslått tiltak.

To senter

Samlet risikobilde knyttet til kvalitet i behandlingen vurderes som middels. Risikoen er vurdert som middels for kritisk suksessfaktor knyttet til regionale rutiner for prehospitale tjenester.

8.3 Tilstrekkelig kompetent personell

Under arbeidet med rapporten har tilgangen på kvalifisert personell endret seg ved UNN Tromsø. Fra å være nesten i mål med tilstrekkelig antall intervensjonister endret situasjonene seg til at det kun var en intervensjonist tilgjengelig. Dette preget arbeidet med risikovurderingen, og gjorde det vanskelig å gjennomføre en fullstendig risikovurdering på dette punktet.

Ett senter

Samlet risiko knyttet til tilstrekkelig kompetent personell vurderes som høy. Dette skyldes at UNN ikke har tilstrekkelig antall intervensjonister til å opprettholde vaktberedskap, og rekruttering er utfordrende. Det er foreslått tiltak som vil redusere risikoen.

To senter

Gruppen er delt i synet på om etablering av senter i Nordlandssykehuset vil ha innvirkning på UNN sitt arbeid med å møte utfordringen knyttet til å rekruttere, bygge og vedlikeholde kompetanse. I rapporten er behov for kompetanse og personell ved etablering av senter i Bodø beskrevet. Nordlandssykehuset beskriver at rekruttering vil skje internt og at en vil kunne kompensere for lav aktivitet ved at to intervensjonister gjør inngrep, samt trening gjennom simulering.

8.4 Areal og utstyr

Ett senter

Tilbudet er allerede etablert ved UNN med tilstrekkelig areal og utstyr. Samlet risiko knyttet til areal og utstyr vurderes som lav.

To senter

Nordlandssykehuset har tilstrekkelig areal og utstyr til eventuell etablering av trombektomisenter. Samlet risiko knyttet til arealer og utstyr vurderes som lav.

8.5 Økonomi

Merkostnadene ved trombektomi som tilleggsbehandling etter trombolyse for en gjennomsnittlig pasient i akutt fase inkludert prosedyrekostnader, bildediagnostikk utover standard og tilleggstransport er beregnet til 84 331 kroner (51 631–192 631 kroner) (18). Ut over dette vil det være kostnader ved å etablere tilbudet, bygge opp og vedlikeholde kompetanse, kostnader knyttet til økte personellressurser og vaktordninger som ikke allerede er etablert i dag.

Det er ikke gjennomført risikovurdering av kostnadsutfordringene.

UTKAST

9. Anbefaling på kort og lang sikt

Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten konkluderer i sin utredning om mekanisk trombektomi og kostnadseffektivitet at *dersom målet er å gi befolkningen et likeverdig akutt slagbehandlingstilbud, må etablering av flere intervensjonsentre utredes, og at siden tidsfaktoren er avgjørende, vil innføring av metoden som rutinemessig tilbud medføre til dels betydelige organisatoriske utfordringer grunnet Norges særegne befolkningsmønster, topografi og værforhold* (21). At dette i særlig grad gjelder Nord-Norge, er det liten tvil om.

9.1 Arbeidsgruppens anbefaling

Det er enighet i arbeidsgruppen om tiltak for å bedre dagens forløp ved akutt hjerneslag. Samarbeid mellom trombektomisenter, øvrige sykehus og prehospitaltjenester i regionen er av stor betydning for å tidlig identifisere pasienter aktuelle for trombektomi, og sikre at de raskt overføres til trombektomisenter.

Arbeidsgruppen er delt i synet på om Helse Nord bør ha ett eller to trombektomisenter i regionen. Argumenter for ett senter ved UNN Tromsø er at trombektomi er og vil være et behandlingstilbud med nokså lavt pasientvolum, og et samlet fagmiljø én plass vil gi best pasientsikkerhet og kvalitet, samt redusere sårbarheten i tilbudet.

Argumenter for to senter er at hjerneslag er en tidskritisk tilstand. Store geografiske avstander med lange transporttider medfører at pasientene mister tid til behandling og at en høy andel av pasientene i regionen ikke har et reelt tilbud til trombektomi innenfor anbefalt tidsrom. To senter vil øke befolkningens tilgang til trombektomi og bidra til et mer likeverdig tilbud i regionen. Sårbarheten reduseres ytterligere dersom man klarer å bygge to fagmiljø som kan bistå hverandre. Det vil derfor være riktig å gradvis bygge opp tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø. For å sikre god kvalitet i tilbudet må det gjennomføres tiltak som kompenserer for lavt volum, som simuleringstrening for hele teamet, jevnlig hospitering for intervensjonister ved større senter, to intervensjonister ved hver trombektomi og trening i forskningslaboratorium.

På kort sikt anbefaler arbeidsgruppen å styrke tilbudet om trombektomi ved UNN Tromsø. Samtidig anbefaler gruppen å forbedre dagens forløp for akutt hjerneslag, både pre- og inhospitalt. Ved å redusere tidstyver i forløpet vil andelen pasienter som kan få tilbud om trombektomi øke.

En evaluering av tilbudet bør finne sted innen tre år, og danne grunnlag for ny vurdering av eventuell etablering av et tilbud om trombektomi ved Nordlandssykehuset Bodø. Det bør innhentes erfaringer fra andre steder i landet, og eventuelle nye muligheter knyttet til triagering og ny teknologi bør tas med i vurderingen.

9.2 Tiltak for å forbedre dagens forløp ved akutt hjerneslag

Arbeidsgruppen foreslår flere tiltak for å styrke tilbudet til pasienter med akutt hjerneslag. Disse har til hensikt å redusere tidsbruk i forløpet og øke kompetansen til og samarbeidet mellom alle som er involvert.

- Videreføre folkeopplysning om symptomer og tiltak ved mistanke om hjerneslag.

- Systematisk gjennomgang av hele behandlingsskjeden for å identifisere flaskehals.
- Samarbeid med primærhelsetjenesten om felles rutiner for hvordan de ulike akuttmedisinske miljøer skal samarbeide i tidskritiske situasjoner (jf. Trygg akuttmedisin ved UNN).
- Felles rutiner for diagnostikk og akuttbehandling, herunder utrede/vurdere muligheten av prehospitaal seleksjon av pasienter til trombektomi.
- Entydige varslingsrutiner til trombektomisenter.
- Tiltak som reduserer tiden fra CT-undersøkelse er gjort til avgjørelse om transport til trombektomisenter er tatt og flykoordinator er varslet.
- Systematisk, målrettet trening på samhandling og prosedyrer (simulering). Dette tiltaket gjelder hele akuttforløpet, også for trombektomiteamet.
- Regionalt nettverkssamarbeid.
- Nasjonalt nettverksamarbeid.

Pasienter fra Helgeland blir i dag i noen tilfeller overført St. Olavs hospital for trombektomi, siden det som regel tar kortere tid å komme seg dit enn til Tromsø. Det anbefales å inngå formelle avtaler med Helse Midt-Norge for dette, samt etablere bedre rutiner som sikrer at pasientene i større grad blir vurdert for overføring dit.

Pasienter fra Finnmark bør vurderes for direkte transport til UNN Tromsø dersom PASS-kriterier er oppfylt, når dette ikke forsinkes evt. trombolysbehandling.

9.3 Tiltak ved UNN Tromsø for å styrke tilbudet om trombektomi

Arbeidsgruppens deltakere fra UNN har foreslått tiltak som bør gjennomføres for å styrke tilbudet.

Ved UNN Tromsø utføres nå i overkant av én trombektomi per uke, og det akutte slagteamet, som består av nevrologisk primær- og bakvakt, trombolysesykepleier, radiograf, nevrointervensjonsradiolog, anestesiavakt og bioingeniør begynner å få god erfaring og godt samarbeid i selve mottaksfasen.

En vanlig utfordring er samtidighetskonflikt på biplan-lab, som også brukes av intervensjonskardiologene, noe som medfører at mange av slagbehandlingene derfor må utføres på monoplan-lab. Dette er ikke tilfredsstillende, og det er behov for en ny biplan-lab.

I overvåkingsfasen etter trombektomi er det ofte behov for kontinuerlig infusjonsbehandling for å holde blodtrykket stabilt. I denne fasen har pasientene behov for intensivovervåking, som nå enten skjer på oppvåkningen eller intensivavdelingen, hvor det ofte er fullt. Etter den nevrointensive fasen flyttes pasientene til slagenheten.

Tiltak for å styrke trombektomivirkosheten ved UNN:

- To nye nevrointervensjonsradiologer
- En ny intervensjonslab (angiografilaboratorium)
- To nye overlegestillinger innen nevrologi

- Tre nye LIS-stillinger innen nevrologi
- Seks nye stillinger for slagsykepleiere
- Egen slagvakt med slagtelefon (som betjener hele regionen)

I tillegg kommer opplæring, hospitering osv. som beskrevet i vedlegg 6, jf. styresak 34/2018.

9.4 Tiltak ved Nordlandssykehuset for å etablere tilbud om trombektomi

Arbeidsgruppens deltakere fra Nordlandssykehuset har foreslått tiltak for å etablere et tilbud om i Bodø.

Ved Nordlandssykehuset er areal og utstyr tilgjengelig for oppstart¹⁸, mens oppbygging av kompetanse hos alle faggrupper må gjøres ved ekstern og intern opplæring og hospitering ved trombektomisenter.

Det bør etableres samarbeid med nevrologisk og radiologisk avdeling ved UNN Tromsø, bl.a. med muligheter for konsultasjon ved kompliserte tilfeller. Det anbefales også nasjonalt samarbeid om struktur for kvalitetssikring i tillegg til et nasjonalt/internasjonalt samarbeid for organisert hospitering.

For fullstendig oversikt over tiltak se vedlegg 7.

¹⁸ Ut fra dagens vurdering, men behovene kan endre seg.

10. Referanser

1. Saminor 2003-2004, Eliassen 14,15,16
2. [Hjerte- og karregistret. Rapport for 2012-2016. Folkehelseinstituttet](#)
3. [Folkehelse rapporten. Hjerte- og karsykdommer i Norge. Folkehelseinstituttet](#)
4. Norsk hjerneslagregister, NHR
5. [Pakkeforløp for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, fase 1](#)
6. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, et al. Endovascular thrombectomy after large vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet* 2016; 387: 1723-1731.
7. Prabhakaran S, Ruff I and Bernstein RA. Acute stroke intervention: A systematic review. *JAMA* 2015; 313: 1451-1462.
8. [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#)
9. Saver JL, Goyal M, van der Lugt A, et al. Time to Treatment With Endovascular Thrombectomy and Outcomes From Ischemic Stroke: A Meta-analysis. *Jama* 2016; 316: 1279-1288.
10. [DEFUSE 3](#)
11. [Dawn](#)
12. Faiz KW, Labberton AS, Thommessen B et al. The burden of stroke mimics: present and future projections. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2018; 27: 1288 - 95.
13. [Standards of practice in acute ischemic stroke intervention: international recommendations](#)
14. Turc G, Bhogal P, Fischer U, et al. European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. *Journal of NeuroInterventional Surgery* 2019: neurintsurg-2018-014569.
15. NevroNEL
<https://nevrologi.legehandboka.no/handboken/sykdommer/cerebrovaskulare-sykdommer/sykdommer-og-symptomer/hjerneinfarkt/>
16. Turc G, Bhogal P, Fischer U, et al. European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. *Journal of NeuroInterventional Surgery* 2019: neurintsurg-2018-014569.
17. Prosjektoppgave Heidi Selnes Silje Eidsvoll Profesjonsstudiet i medisin, 1. oktober 2014 Universitetet i Oslo <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/45942/Time-is-Brain -Nevrologi-Prosjektoppgave-UiO-Medisinsk-fakultet-2015-Heidi-Selnes-.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt – del 2. Helseøkonomisk vurdering. Folkehelseinstituttet 2016
19. Deling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord
20. European Stroke Organisation. Consensus statement on mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke.
http://2014.strokeupdate.org/sites/default/files/Consensus_thrombectomy_ESO_Karolinska_ESMINT_ESNR_final.pdf (2015, accessed 04. Dec. 2018).
21. Kunnskapscenteret. Mekanisk trombektomi ved akutt hjerneinfarkt -del 2. Helseøkonomisk evaluering, <https://www.fhi.no/publ/2016/mekanisk-trombektomi-vedakutt-hjerneinfarkt-del-2.-helseokonomisk-evaluering/> (2017, accessed 04 Dec 2018)
22. [Styresak UNN, 34/2018](#)

11. Vedlegg

1. Styringsdokument m/mandat
2. Organisering av slagtilbudet i Helse Nord
3. Rapport, Helse Sør-Øst. Utredning av fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi til pasienter med akutt hjerneinfarkt i Helse Sør-Øst, <https://www.helsesorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2018/20180614/0492018%20Vedlegg%201%20-%20Rapport.pdf>(2018, accessed 04. Dec 2018).
4. Tilgjengelig kompetanse i dagens bemanning, og behov for ny kompetanse
5. Risikovurdering
6. Tiltak ved UNN
7. Tiltak ved Nordlandssykehuset
8. Økonomi

UTKAST

Møtedato: 9. juni 2021
Arkivnr.:
2020/999-31

Saksbeh/tlf:
diverse

Sted/Dato:
Bodø, 02. juni 2021

RBU-sak 71-2021 Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 2. juni 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:
Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

Møtedato: 9. juni 2020
 Arkivnr.:
 2020\999-31

Saksbeh/tlf:
 Tina Eitran, 915 79 783

Sted/Dato:
 Bodø, 31.mai 2021

Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **24. mars 2021**
pr. Teams:

STYRESAK	ansv.
Kliniske fagrevisjoner i foretaksgruppen - oversikt 2020, oppfølging av styresak 61-2017 og sak 107-2020	TKN
Innovasjon i Helse Nord – årsrapport 2020	TKN
Virksomhetsrapport nr. 5	HiR/EAH
Justering av rammer for 2021	HIR/EAH
RescEU – prosjekt inkl. detaljer knyttet til økonomi	RSP/HKM
Styringssystem for informasjonssikkerhet, oppfølging av sak 32-2021	JB/IMA
Persontilpasset medisin i Helse Nord, oppfølging av sak 47-2021	GT
Pilotprosjekt for personellbytte ved møtekjøring i aksene Alta-Hammerfest - evalueringsrapport, oppfølging av styresak 23-2020	GT
Forskning og innovasjon til pasientens beste. Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2020.	TKN
Tertialrapport nr. 1-2021	TKN
Styringsmodell for IKT-feltet i Helse Nord, oppfølging av sak 32-2021	HIR
Felleseide HF - styrets beretning	HiR/EAH
Tarmkreftkirurgi – Helgelandssykehuset HF – oppfølging av styresak 112-2020 og 123-2020 o-sak	GT
Felleseide HF – tertialrapport nr 1	HIR
Styringsmodell for anskaffelser, oppfølging av sak 32-2021	HIR/RSÆ
Rutiner for varsling og rutiner for oppfølging av varslingsaker i Helse Nord - gjennomgang	HiR
Økonomisk langtidsplan 2021-2025 - Investeringsplan 2021-2025	HIR/EAH
Tertialrapport 1 byggeprosjekter FIN	HIR/LAM
Tertialrapport 1 byggeprosjekter UNN	HIR/LAM
Tertialrapport 1 byggeprosjekter HSYK	HIR/LAM
Tertialrapport 1 byggeprosjekter NLSH	HIR/LAM
Digitale innbyggertjenester	HIR/BN
Roller og ansvar IKT, oppfølging av sak 51-2021	HIR
Felles regionale retningslinjer for bierverv	HIR/AME
Oppfølging av internrevisjonsrapport nr 06-2020 Innleie av helsepersonell i Helse Nord, oppfølging av styresak 12-2021	HIR/AME

Regional utviklingsplan 2023-2038, oppfølging av sak 10-2021 orienterings sak	HIR
Regional utviklingsplan 2035 i Helse Nord - status for arbeidet, oppfølging av styresak 158-2018	
Helgelandssykehuset – eksterne henvendelser	HIR/AELR
Spørretimespørsmål	AMK

- Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt torsdag 10. juni 2021.
- Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ...
- Saker som er merket i grått, sees i sammenheng og fremmes som én styresak.

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **25. august 2021**:

STYRESAK	ansv.
Årsplan for RHF-styret	KP
Lønnsoppgjør 2021 - resultat	HiR
Fagråd for infeksjon, smittevern og mikrobiologi - årlig rapport, herunder status for regionen - oppfølging av styresak 14-2017	GT
Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025 og oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene (dokument 3:9 (2020-2021), oppfølging av styresak 54-2021	TKN
Ledelsens gjennomgang av virksomheter 2019 - forslag til forbedring av styringssystemet, oppfølging av styresak 21-2020	TKN
Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen, oppfølging av sak 55-2021	TKN
Pasientens digitale helsetjeneste – samhandling på tvers	BN
Virksomhetsrapport nr. 6	HiR/EAH
Styrearbeid i helseforetak, veileder for Helse Nord – oppdatering	HIR/TKN/AER
Styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon)	GT
Helgelandssykehuset HF - endring av vedtekter ad. hovedkontor, oppfølging av styresak 34-2020	HiR/AER
Akutt plasser innen TSB ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - erfaring, anbefaling av omfang og videre finansiering, oppfølging av styresak 12-2019	GT

- Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 13. august 2021.
- Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ...

Fra: Falstad Tove Lill (Tove.Lill.Falstad@helgelandssykehuset.no)

Sendt: 04.05.2021 12:56:06

Til: Postmottak-RHF (postmottak@helse-nord.no); Postmottak Finnmarkssykehuset (postmottak@finnmarkssykehuset.no); Postmottak Nordlandssykehuset (postmottak@nordlandssykehuset.no); Postmottak Sykehusapotek Nord (foretak@sykehusapotek-nord.no); Postmottak UNN (post@unn.no); Postmottak Helgelandssykehuset (postmottak@helgelandssykehuset.no)

Kopi: Åsli Helen Katrin; Kjensli Jan Frode; Karlsen Annette Fretheim; Nicolaysen Malene; Kirkbakk Marianne Elgåen; Sagbakken Elin; Rirud Linn-Anett; Gaup Sara Biret Anne

Emne: Til brukerutvalg og RBU i Helse Nord - invitasjon til brukerundersøkelse på nettsider

Vedlegg: Til brukerutvalgene og regionalt brukerutvalg.pdf

Hei

Oversender vedlagte brev og ber om at denne invitasjonen overbringes til brukerutvalgene og Regionalt brukerutvalg i Helse Nord.

På vegne av LMS Fagnettverk Nord, webgruppen

Med vennlig hilsen

Tove Lill Røreng Falstad | Rådgiver

Helgelandssykehuset HF | Senter for samhandling, Læring og mestring

Tlf: +47 75 12 57 18/481 53 774

[Web](#) | [Twitter](#) | [Facebook](#)

Brukerutvalgene
Regionalt brukerutvalg
Helse Nord

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Dato:

04.05.2021

Brukerundersøkelse på nettsider for kurs og opplæring for pasienter og pårørende

Lærings- og mestringsentrene (LMS) i Helse Nord ønsker å komme med en forespørsel til brukerutvalgene i Helse Nord om de kan bistå i en brukerundersøkelse?

Vi er opptatt av kvalitet på nettsidene, og at informasjonen skal være tilpasset det som brukerne av nettsidene ønsker å finne for å kunne finne og delta på pasient- og pårørendeopplæring.

Ved hvert helseforetak er det lagt inn et spørreskjema på de to kurstilbudene som har vært mest besøkt av nettsidene i en gitt periode. Vi håper medlemmene i brukerutvalgene og RBU vil gå inn på disse nettsidene og besvare spørreundersøkelsen som dere finner der.

Undersøkelsen starter opp **1. september 2021** og har en varighet på **to uker**. Vi setter stor pris på om dere kan bistå oss med å gi oss besvarelser her i denne perioden.

Kurs hvor vi har lagt inn spørreskjema er:

Universitetssykehuset i Nord-Norge

- [Sykelig overvekt lærings- og mestringskurs](#)
- [ADHD/ADD – opplæringstilbud for foreldre](#)

Nordlandssykehuset

- [Artrosekurs](#)
- [Hjerteinfarktkurs](#)

Helgelandssykehuset

- [Crohns sykdom/Ulcerøs kolitt – kurs](#)
- [Diabetes type 2 kurs](#)

Finnmarkssykehuset

- [Diabetes type 2 kurs](#)
- [Hjertekurs](#)

På forhånd tusen takk for hjelpa!

Med vennlig hilsen

På vegne av LMS Fagnettverk Nord, Webgruppa

Tove Lill Røreng Falstad

Rådgiver

Senter for samhandling, Helgelandssykehuset HF

Møtedato: 9. juni 2021

Arkivnr.:
2020/999-31

Saksbeh/tlf:
diverse

Sted/Dato:
Bodø, 2. juni 2021

RBU-sak 72-2021 Referatsaker

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Referat AU-RBU 31. mai 2021
2. Referat møte i Ungdomsrådet Nordlandssykehuset 20.05.2021
3. Referat møte i Brukerutvalg Helgelandssykehuset 21. mai 2021
4. Referat møte i brukerutvalget Nordlandssykehuset 12.05.2021
5. Vedlegg 1 Presentasjon Seneffekter kreft Brukerutvalget NLSH 12. mai 2021
6. Vedlegg 2 Presentasjon Oppstart pasientekspresser i Salten Brukerutvalget NLSH 12. mai 2021
7. Vedlegg 3 Presentasjon av helsefelleskap
8. Vedlegg 4 Program kurs brukermedvirkning Nordlandssykehuset

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak

Framlagte saker tas til orientering

Bodø, 2. juni 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg

Protokoll

Vår ref.:
2020/999-31

Referent/tlf.:
Hilde Normann, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 31.05.2021

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	31. mai 2021, kl 13.00-14.30. Møtet ble avsluttet kl 14.00
Møtested:	Teams-møte
Neste møte:	12. mai 2021 – Regionalt brukerutvalg

Tilstede

Navn:	Møtt:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Hartviksen	X	leder, RBU	FFO
Laila Edvardsen	X	nestleder, RBU	FFO
Gunhild Berglen (til 14)	X	medlem	FFO
Nikolai Raabye Haugen	X	medlem	Unge funksjonshemmede
Kari Bøckmann	X	seniorrådgiver	Helse Nord RHF
Hilde Normann	X	konsulent	Helse Nord RHF

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette RBU-AU-møtet.

Navn:	Tittel:	Organisasjon:

Saksliste:

- RBU-AU sak 16/2021 Oppnevninger – Gjennomgang av oppnevninger internt i RBU
- RBU-AU sak 17/2021 Gjennomgang av saksliste til RBU møte 9. Juni
- RBU-AU sak 18/2021 Eventuelt RBU-møtet i september – fysisk møte over to dager

RBU-AU-sak 16-2021 Oppnevninger – Gjennomgang av oppnevninger internt i RBU

På forespørsel fra AU legger administrasjonen frem en liste over oppnevninger gjort av RBU/AU der nåværende medlemmer har blitt oppnevnt.

Lista viser at noen representanter er tematisk fordelt mht oppdrag. Det vurderes som positivt da det sikrer kontinuitet og kompetanse. Det er naturlig at noen representanter har mer kapasitet og mulighet enn andre til å bidra i arbeid utover arbeidet i RBU. Det er viktig at RBU-klarer å levere brukerrepresentanter til prosjekter med riktig erfaringskompetanse. Det bør snakkes med de enkelte representantene om ønsker knyttet til oppnevninger.

Vedtak:

AU ber om en oppdatert liste, der avsluttede oppdrag er tatt ut.

RBU-AU-sak 17-2021 Gjennomgang av saksliste til RBU møte 09 juni

Vedtak:

RBU-AU godkjenner sakslista for møtet 9. juni 2021

RBU-AU-sak 18-2021 Eventuelt: RBU- møte september 2021

RBU-møtet i september vil avholdes som fysisk møte over to dager dersom omstendighetene tillater det

Vedtak:

Det fysiske møtet i september avholdes 13. og 14. september

Bodø, den 31. mai 2021

*godkjent av Knut Georg Hartviksen,
den 31. mai 2021*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder



Referat møte med Ungdomsrådet 20. mai 2021

Sted: Digitalt, Whereby

Tidspunkt: 18:00 til 20:00

Program:

18:00 - 18:45 - Saker

18:45 - 19:00 - Pause

19:00 - 19:45 - Sak om habilitering

19:45 - 20:00 - Tilbakemeldinger om møtet

Sakspapirer: Ligger også på nett, [lenke her](#).

Deltakere:		Til stede	Meldt forfall
Marie Dahlskjær	Leder	X	
Lars-Herman Nordland	Nestleder	X	
Sofie Jonette Berg		X	
Viktoria Linea Høybakk		X	
Sarah Gjerstad		X	
Danielle Johanna Hansen		X	
Bendik Laumann Vedal		X	
Susanne Regine Inga		X	
Mathias Klæboe		X	
Trine-Lise Antonsen		X	
Fra Nordlandssykehuset:			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/koordinator	X	
Kirsti Jørgensen	Kontaktperson Psykisk helse- og rus	X	
Marianne Røbekk Sivertsen	Kontaktperson Psykisk helse- og rus	X	
Tone Johnsen	Kontaktperson Hode- og bevegelsesklubben	X	
Monica Strand	Kontaktperson Barneklubben		X
Britt Karin Bakkefjell	Enhetsleder seksjon for voksen habilitering	Sak 19/2021	
Marcus Krogstad	Enhetsleder barnehabilitering	Sak 19/2021	
Beate Johansen	Barne- og voksenhabilitering Lofoten		X

Saksliste

- 16/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 17/2021 Godkjenning av referat 07. april 2021
- 18/2021 Oppdrag og gjennomført siden sist
- 19/2021 Overgang habilitering
- 20/2021 Referatsaker/Eventuelt

Saksnr.	Saksfremstilling										
16/2021	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>										
17/2021	<p>Godkjenning av referat møte 07. april 2021</p> <p>Vedtak: Referat fra møte 07. april 2021 godkjennes.</p>										
18/2021	<p>Oppdrag og gjennomført siden sist</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oppdrag og gjennomført siden sist</th> <th>Representant ungdomsrådet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Presentasjon av de nye 10 rådene for god brukermedvirkning for ledergruppen, 11. mai. Videre arbeid med sjekklister for prosjektledere.</td> <td>Marie og Danielle</td> </tr> <tr> <td>2. Arbeidsgruppe: Prosjekt om sykkelig overvekt hos barn og unge.</td> <td>Sarah: Ikke noe nytt.</td> </tr> <tr> <td>3. Arbeidsgruppe: Prosjekt om overganger, psykisk- helse og rusklinikken. Arbeid med brosjyre.</td> <td>Danielle og Lars Herman Møte med Kirsti og Sissel, gjennomgått brosjyre, snart klar.</td> </tr> <tr> <td>4. Endringsprosesser Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)</td> <td>Danielle og Marie. Bekymret for konsekvensene av at: <i>Ansatte ved teamene innenfor ambulering og familiebehandling omstilles til andre behandlingssenheter i BUPA (Barne- ungdoms og psykiatrisk avdeling).</i> Deler av vårt innspill til prosessen: <i>Vi i Ungdomsrådet ser på dette med en bekymring. For ungdom er det viktig at helsetjenestene er der vi er, og at det å få noen hjem er et tilbud ungdom kan få, når det er behov for det. Ungdom etterspør fleksibilitet. Dette strider mot Nasjonal helse- og sykehusplan og ungdoms behov om at tjenestene skal være der ungdom er.</i></td> </tr> </tbody> </table>	Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet	1. Presentasjon av de nye 10 rådene for god brukermedvirkning for ledergruppen, 11. mai . Videre arbeid med sjekklister for prosjektledere.	Marie og Danielle	2. Arbeidsgruppe: Prosjekt om sykkelig overvekt hos barn og unge.	Sarah: Ikke noe nytt.	3. Arbeidsgruppe: Prosjekt om overganger, psykisk- helse og rusklinikken. Arbeid med brosjyre.	Danielle og Lars Herman Møte med Kirsti og Sissel, gjennomgått brosjyre, snart klar.	4. Endringsprosesser Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)	Danielle og Marie. Bekymret for konsekvensene av at: <i>Ansatte ved teamene innenfor ambulering og familiebehandling omstilles til andre behandlingssenheter i BUPA (Barne- ungdoms og psykiatrisk avdeling).</i> Deler av vårt innspill til prosessen: <i>Vi i Ungdomsrådet ser på dette med en bekymring. For ungdom er det viktig at helsetjenestene er der vi er, og at det å få noen hjem er et tilbud ungdom kan få, når det er behov for det. Ungdom etterspør fleksibilitet. Dette strider mot Nasjonal helse- og sykehusplan og ungdoms behov om at tjenestene skal være der ungdom er.</i>
Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet										
1. Presentasjon av de nye 10 rådene for god brukermedvirkning for ledergruppen, 11. mai . Videre arbeid med sjekklister for prosjektledere.	Marie og Danielle										
2. Arbeidsgruppe: Prosjekt om sykkelig overvekt hos barn og unge.	Sarah: Ikke noe nytt.										
3. Arbeidsgruppe: Prosjekt om overganger, psykisk- helse og rusklinikken. Arbeid med brosjyre.	Danielle og Lars Herman Møte med Kirsti og Sissel, gjennomgått brosjyre, snart klar.										
4. Endringsprosesser Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)	Danielle og Marie. Bekymret for konsekvensene av at: <i>Ansatte ved teamene innenfor ambulering og familiebehandling omstilles til andre behandlingssenheter i BUPA (Barne- ungdoms og psykiatrisk avdeling).</i> Deler av vårt innspill til prosessen: <i>Vi i Ungdomsrådet ser på dette med en bekymring. For ungdom er det viktig at helsetjenestene er der vi er, og at det å få noen hjem er et tilbud ungdom kan få, når det er behov for det. Ungdom etterspør fleksibilitet. Dette strider mot Nasjonal helse- og sykehusplan og ungdoms behov om at tjenestene skal være der ungdom er.</i>										

		Dette vil Ungdomsrådet følge opp.
5. Foredrag lederkonferanse Barne- og ungdomspsykiatri (BUP). Digitalt. Temaet for konferansen er «Samarbeid om rett hjelp til rett tid på rett sted». Innspilling mai.	Danielle, Lars Herman	Digitalt 25.05.2021, forberedelsesmøte med Sissel.
6. Foredrag 7 prinsipper for gode overganger for ledergruppen psykisk helse- og rusklinikken. 21. april 12:15 til 13:15.	Danielle og Lars Herman.	Veldig godt tatt imot. Veldig fint møte.
7. Foredrag internundervisning Regional enhet for psykoser. 14.04.2021, kl. 14:00 til 15:00.	Danielle og Lars Herman.	Veldig artig og veldig engasjert personale. Utrykker at de gjerne vil jobbe mer med oss.
8. Kurs brukervedvirkning Skal utvikle kurs for brukervedvirkere ved Nordlandssykehuset.	Viktoria	Ferdig og klart for å gjennomføre kurs høsten 2021.
9. Arbeidsgruppe utvikle lærings- og mestringkurs for ungdom med revmatisk sykdom	Marie	Spilt inn promo-film som skal brukes i sosiale medier.
10. Rundeborsmøte , psykisk helse - Et krafttak for psykisk helse – Hva kan Nordland Fylkeskommune, Regjeringen og kommunene gjøre.	Danielle og Marie	Gjennomført 5. mai. Sendt ut felles brev i etterkant.
11. Diagnoseuavhengig kurs for ungdom	Nikolai og Marie	Vært med på ett møte i mai, skal ha nytt møte i juni. Veldig fint møte. Diskusjon av ulike problemstillinger.
12. Arbeidsgruppe spesialisthelsetjenester samisk befolkning	Susanne Regine	Gjennomført første møte 20.05.2021
13. Innlegg fagdag 12. oktober psykisk helse	Danielle	
14. Hva er viktig for deg? -dagen 09. juni, kl. 08:30 – 10:30	Stand selve dagen	Innlegg sosiale medier

		Marie Lars-Herman Danielle
	15. KVIP (KvIP står for Kvalitet i Institusjonsbehandling i Psykisk helsevern) 04. mai 2021	Marie deltok digitalt. Veldig spennende
	16. Fagråd Helse Nord pasient- og pårørendeopplæring	Marie
	17. Fagråd Helse Nord	Marie Jobbet med innkallingsbrev til operasjon.
	18. Onsdag 25. august kl. 14:45. Leger i spesialisering (LIS) 1: Ungdomsrådet (20 min): <i>Hva er viktig for ungdom i møtet med sykehuset?</i>	Trine-Lise og Lars-Herman
	<p>Vedtak: Ungdomsrådet tar informasjonen til orientering.</p>	
19/2021	<p>Overgang habilitering</p> <p>Ungdomsrådet besøk fra representanter fra både barne- og voksenhabilitering, hvor vi får diskusjon om hvordan det jobbes med overganger, og diskutere videre samarbeid.</p> <p>Marie innledet kort: Vi har jobbet mye med overganger: Revma, psykiatri og diabetes. Nå ønsker vi å jobbe med dette innenfor habilitering. Mye er jo likt, og noe er spesifikt for området. Vi har, som dere vet, laget 7 prinsipper for gode overganger. Disse er:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forberedelsene må begynne tidlig. 2. Ungdom må få medvirke. 3. Ungdommen og pårørende må ha god tilgang på informasjon og opplæring. 4. Tjenestene må ta utgangspunkt i ungdommens behov og være fleksible. 5. Helsepersonell må ha kunnskap om ungdoms behov. 6. Det må være godt samarbeid mellom sykehus, kommune og skole. 7. Å ta vare på pårørende er å ta vare på pasienten. <p>Bendik: Mitt aller viktigste råd til dere: Begynn tidlig og ha <u>mange</u> møter i forkant når man skal over fra barn til voksen. Jeg hadde noen, men kunne hatt flere.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ungdomsrådet takker for informasjonen. 2. Arbeidsutvalget følger opp det videre arbeidet. 	

<p>20/2021</p>	<p>Referatsaker/Eventuelt</p> <p>Referatsak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referat møte i Ungdomsrådet UNN 21.03.2021 <p>Eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spørsmål honorar – felles rutiner Helse Nord. Noen innspill som ble diskutert i møtet: <ul style="list-style-type: none"> - Delte meninger om honorar på helgesamling – eventuelt honorar de timene man jobber med saker? - Er det rett at man ikke får like satser som Brukerutvalget? - Positivt at man honoreres for forberedelsesarbeid - Spørsmål om eget budsjett – kan man risikere at veldig mange oppdrag går ut over f. eks mulighet til helgesamling? • Instagramkonto/egen Facebookkonto Ungdomsrådet? <ul style="list-style-type: none"> - Kort diskusjon – tas videre på neste møte/helgesamling <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ungdomsrådet tar referatsaken til orientering. 2. Det settes av bedre tid til spørsmål om konto i ulike sosiale medier og diskusjon rundt innspill til honorar.
----------------	---

Siden sist i bilder



Protokoll

Møte: Brukerutvalget i Helgelandssykehuset HF
 Tid: Fredag 21. mai 2021, kl. 10.30 – 14.30
 Møtested: Digitalt møte. Skype-lenke er sendt ut via Outlook.
 Oppkobling fra kl. 10.00.

Innkalt:

Deltagere	Funksjon	Organisasjon	Tilstede	Meldt forfall
Anne Lise Brygfeld	Leder	SAFO - NFU	X	
Per Hansen	Nestleder	FFO – Mental Helse	X	
Tove Linder Aspen	Medlem	Ivareta	X	
Josefina Skerk	Medlem	Samisk befolkning		x
Einar Moen	Medlem	Eldrerådet	X	
Trine-Mari Aavitsland	Medlem	Kreftforeningen	X	
Nils Rishaug	Medlem	FFO -HLF		x
Jan Sundseth	Vara	Samisk befolkning	X	
Fra Helgelandssykehuset				
Hulda Gunnlaugsdottir	Adm. dir			x
Knut Roar Johnsen	Samh.sjef/saksbeh.		X	
Tove Lill Falstad	Sekretariat		X	
Sidsel Forbergskog	Ass. enhetsdirektør		X	
Silje Paulsen	Rådgiver		X	
Eva Mari Sjørdal	Rådgiver		X	

Saksliste

- Sak 22 - 2021 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 23 - 2021 Godkjenning av protokoll fra brukerutvalgsmøte den 19. mars 2021
- Sak 24 -2021 Orienteringssaker
- Sak 25 - 2021 Referatsaker
- Sak 26 - 2021 Innspill fra brukerutvalget på tomteutredning for nytt sykehus i Sandenssjøen og omeg
- Sak 27 - 2021 Oppnevning av brukerrepresentanter til Helsefelleskap Helgeland
- Sak 28 - 2021 Erfaringsbasert master i digitale helsetjenester
- Sak 29 - 2021 Status desentralisert sykepleierutdanning på Helgeland

- Sak 30 - 2021 Resultat av ForBedringsundersøkelsen 2021 Hsyk
Sak 31 - 2021 Spesialisthelsetjenester til samisk befolkning
Sak 32 – 2021 Brukerrepresentasjon i prosjekt, råd og utvalg – brukerutvalgets felles ansvar
Sak 33 - 2021 Enkelt meldesystem for pasienter og pårørende
Sak 34 - 2021 Ungdomsrepresentanter/ungdomsråd i Helgelandssykehuset
Sak 35 - 2021 Invitasjon til brukermedvirkning i styringsgruppen for prosjekt Forbedringsarbeid 2021
Sak 36 - 2021 Invitasjon til brukermedvirkning i arbeid med utforming av tiltaksplan for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning.
Sak 37 – 2021 Innspill fra RIO ang. representasjon i brukerutvalget – endring i mandat?
Sak 38 – 2021 Eventuelt

Sak 22 - 2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjent

Sak 23 - 2021 Godkjenning av protokoll fra brukerutvalgsmøte den 19. mars 2021

Vedtak: Protokoll ble godkjent

Sak 24 -2021 Orienteringssaker

- **Informasjon fra BU-leder – muntlig**
 - a. Brev til BU - Invitasjon til deltakelse i undersøkelse på nett i september 2021 fra Lærings- og mestringsentrenes fagnettverk i Helse Nord
 - b. Orientering om pårørendekonferansen i september – alle aktive medlemmer i brukerutvalget kan melde seg på. Helgelandssykehuset dekker konferanseutgiftene.
 - c. Oppnevning av brukerrepresentant til prosjekt fall ved medisinsk sengepost er **Anne Lise Brygfjeld**
- **Informasjon fra BU-medlemmer – muntlig**
 - a. Einar Moen informerer om arbeidet i arbeidsgruppe samhandling og hans innspill til Faglig strategisk utviklingsplan på vegne av brukerutvalget. Alle bes komme med innspill. Det ønskes å løfte fram et hovedbudskap spesielt, type sitat/tekstboks i dokumentet.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering

1. Brukerutvalget ønsker å delta i undersøkelsen på nett ang. informasjon på nettsider om lærings- og mestringskurs i september 2021. Sekretariat sender en epost med påminning om deltakelse i undersøkelsen i slutten av august til alle medlemmer.
2. Alle medlemmer i brukerutvalget som er interessert i pårørendekonferansen melder seg på selv. Det betales møtegodtgjørelse for de brukerutvalgsmedlemmer skal delta. Pårørendekonferansen er en konferanse der slik godtgjørelse kan betales for et utvalg av deltakere fordi Helgelandssykehuset oppfordrer brukerutvalgsmedlemmene om å delta.
3. Brukerutvalget ber om å få utkast til tekst om samhandling til faglig strategisk utviklingsplan tilsendt sammen med protokollen fra dette møtet. Innspill sendes til samhandlingssjefen.

Sak 25 - 2021 Referatsaker

- a. Referat fra Brukerutvalgsmøte i Nordlandssykehuset 15. april 2021
- b. Protokoll fra RBU-møte 15. april 2021
- c. Protokoll fra RBU-møte 11. mars 2021
- d. Protokoll OSO-møte 11. mars 2021
- e. Presentasjon fra pasient- og brukerombudet i Nordland

Vedtak: Referat tas til orientering.

Sak 26 - 2021 Innspill fra brukerutvalget på tomteutredning for nytt sykehus i Sandnessjøen og omegn

Gjennomgang av saken og dialog i utvalget.

Vedtak:

1. Brukerutvalget tar rapporten fra Sweco «Tomteutredning for nytt sykehus i Sandnessjøen og omegn» til orientering
2. Brukerutvalget bemerker at uansett valg av de 22 tomtene vil det medføre betydelig lengre reisevei til sykehus for befolkningen på indre Helgeland (eksempelvis Susendal og Fiplingdal)

Sak 27 - 2021 Oppnevning av brukerrepresentanter til Helsefelleskap Helgeland

Vedtak:

Brukerutvalg i Helgelandssykehuset HF påtar seg ansvaret med å rekruttere representanter til de fire ulike nivåene i Helsefelleskap Helgeland:

Partnerskapsmøtet

Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentant i partnerskapsmøtet for perioden september 2021 til september 2023:

1. Leder av BU - **Anne Lise Brygfjeld**
2. Vara – nestleder av BU **Per Hansen**

Strategisk samarbeidsutvalg

Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentant i strategisk samarbeidsutvalg for perioden september 2021 til september 2023:

1. Nestleder av BU – **Per Hansen**
2. Vara – forslag på varamedlem **Grete Bang**

Faglig samarbeidsutvalg

Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentant i faglig samarbeidsutvalg for perioden september 2021 til september 2023:

1. Medlem av BU - forslag på varamedlem **Grete Bang**
2. Vara – leder av BU **Anne Lise Brygfjeld**

Brukerutvalget mener det bør være en fast representasjon i Helsefelleskapet fordelt mellom leder, nestleder og ett medlem/vara i BU som representerer på de tre ulike nivåene. Disse tre er vara for hverandre på de andre nivåene. Da er det tre faste personer som velges inn i Helsefelleskap Helgeland. På det fjerde nivået meldes øvrige brukerrepresentanter inn fra brukerutvalget og andre utvalg/organisasjoner ved behov.

Sak 28 - 2021 Erfaringsbasert master i digitale helsetjenester

Samarbeid med UiT og 17 kommuner på Helgeland. Rana og Alstahaug kommune er oppnevnt i prosjektgruppa. Fokus på kompetansebehovet helsepersonell har for digitale helsetjenester. Det skal være ei fleksibel løsning i masterprogrammet slik at flest mulig har muligheten til å ta utdanningen. Masterprogrammet tar høyde for å bli et nasjonalt ledende tilbud for kompetanseheving innen digitale helsetjenester.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og takker for at Helgelandssykehuset satser på dette området.

Brukerutvalget registrerer at helsetjenesten er inne i en stor revolusjon mht. digital utvikling. Brukerutvalget ser fram til at et kompetanseløft innen digitale helsetjenester iverksettes på Helgeland.

Sak 29 - 2021 Status desentralisert sykepleierutdanning på Helgeland

Silje Paulsen informerte om gode søkertall til utdanningen, og mange positive resultater i prosjektet. Sterkt fokus på samhandling mellom mange aktører har gitt et veldig bra resultat. Utdanningen har egen Helgelandsprofil med tydelig distriktsprofil. Presentasjon vedlegges protokollen.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering, og gir all honnør til prosjektet for et godt arbeid og godt resultat.

Sak 30 - 2021 Resultat av ForBedringsundersøkelsen 2021 Helgelandssykehus HF

Gjennomgang av resultatene fra undersøkelsen med spesielt fokus på sikkerhetsklima og teamarbeidsklima. Det er ansatte som er spurt. Jevnt over gode resultat.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

Sak 31 - 2021 Specialisthelsetjenester til samisk befolkning

Presenteres av Sidsel Forbergskog og Tone Amundsen. Samiske helsetjenester løftes i Helse Nord nå. Helse Nord har fått i oppdrag å utvikle spesialisthelsetjenester for samisk befolkning. Det er utviklet en nasjonal strategi. Målet er å utvikle et likeverdig tilbud til den samiske befolkningen. Helgelandssykehuset har nedsatt ei arbeidsgruppe som ledes av Sidsel Forbergskog. Det er sendt ut invitasjoner til ansatte i Helgelandssykehuset for å få med godt ressurspersoner i arbeidet. Arbeidsgruppen skal jobbe med å utvikle tiltak og det bes om innspill fra brukerutvalget til hvilke tiltak som bør iverksettes.

Det er blant annet laget en undervisningsbolk om kulturforståelse som gjennomføres i Helgelandssykehuset. Det jobbes regionalt med å styrke tolketjenesten for sørsamisk.

Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen om spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning til orientering.

Sak 32 – 2021 Brukerrepresentasjon i prosjekt, råd og utvalg – brukerutvalgets felles ansvar

Vedtak:

1. Brukerutvalget imøteser økt etterspørsel etter brukermedvirkere i prosjekt, råd og utvalg. Det fordrer økt aktivitet i brukerutvalget for å rekruttere gode brukerrepresentanter.
2. Ved oppnevning av brukerrepresentanter kan det sendes epost til hele utvalget med vararepresentanter for å få forslag på representanter før møtene. Da bes alle gi tilbakemelding og innspill til AU og sekretariat.
3. Fysisk møte med brukerorganisasjonene planlegges gjennomført høst 2021, eventuelt vår 2022.

Sak 33 - 2021 Enkelt meldesystem for pasienter og pårørende

Brukerutvalget mener det er for vanskelig for pasienter og pårørende om å melde inn avvik eller andre hendelser til Helgelandssykehuset slik det er i dag.

Vedtak: Brukerutvalget ber Helgelandssykehuset om å utvikle et enkelt meldesystem for pasienter og pårørende. Det må kunne brukes av alle brukere ved alle avdelinger og poliklinikker.

Sak 34 - 2021 Ungdomsrepresentanter/ungdomsråd i Helgelandssykehuset

Brukerutvalget mener det er beklagelig at Helgelandssykehuset ikke har et eget ungdomsråd eller ungdomsrepresentanter i brukerutvalget.

Vedtak:

1. Brukerutvalget ber om at Helgelandssykehuset HF tar opp saken med etablering av ungdomsråd på nytt.
2. Nytt brukerutvalg skal velges i 2022 til 2024. Brukerutvalget ber om at Helgelandssykehuset setter som mål å etablere og drifte et ungdomsråd i samme periode.
3. Brukerutvalget ber om at det settes av tilstrekkelige midler øremerket for å drifte et sekretariat/koordinator for et ungdomsråd i tråd med nasjonale anbefalinger.

Sak 35 - 2021 Invitasjon til brukermedvirkning i styringsgruppen for prosjekt Forbedringsarbeid 2021

Vedtak: Brukerutvalget oppnevner **Trine Mari Aavitsland** som brukerrepresentant til styringsgruppen for prosjekt Forbedringsarbeid 2021.

Sak 36 - 2021 Invitasjon til brukermedvirkning i arbeid med utforming av tiltaksplan for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning.

Vedtak: Brukerutvalget oppnevner **Jan Sundset** som brukerutvalgets representant til ressursgruppen for arbeid med utforming av tiltaksplan for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning.

Sak 37 – 2021 Innspill fra RIO ang. representasjon i brukerutvalget – endring i mandat?

Sak fra RIO i forbindelse med oppnevning av brukerutvalg i 2020.

Vedtak: Brukerutvalget ber om at sekretariat utarbeider en sak på dette til førstkommende brukerutvalgsmøte til høsten.

Sak 38 – 2021 Eventuelt

Notat: Regional harmonisering av honorering av brukerrepresentanter i Helse Nord.

En prioritert liste med inntil fem innspill med begrunnelse bes sendt til Helse Nord RHF via postmottak. Innspillene skal benyttes i arbeidet med å lage et revidert utkast for nye retningslinjer.

Vedtak: Brukerutvalget sender inn følgende innspill til Helse Nord:

1. Samme sats for alle brukerrepresentanter uavhengig av om oppdraget er på system- eller tjenestenivå.
 - a. Begrunnelse: Alle brukerrepresentanter er likeverdige – alle representerer på vegne av egen erfaringskunnskap, og de representerer alle brukere i det arbeidet de er oppnevnt til.
2. Møtegodtgjørelse er å foretrekke framfor timebetaling. Årlig godtgjørelse kan vurderes.
 - a. Begrunnelse: Det må være et enkelt system å forvalte både for brukerrepresentantene selv og helseforetaket.
3. Ungdomsrepresentanter må få samme satser for brukermedvirkning som øvrige brukerrepresentanter.
 - a. Begrunnelse: Ungdommer er krevende å rekruttere, og de bidrar betraktelig med sin innsats. De må ha like vilkår for sin medvirkning som øvrige representanter.

Protokoll godkjennes endelig i møte 24. september 2021

Protokollen blir lagt fram som referatsak i kommende styremøte

Kopi til:

- Styret i Helgelandssykehuset
- Administrerende direktør ved Helgelandssykehuset
- Ledergruppen i Helgelandssykehuset

- Postmottak ved UNN, Nordlandssykehuset, Finnmarkssykehuset, Sykehusapoteket og Helse Nord.

UTKAST


Referat møte i Brukerutvalget 12. mai 2021
Sted: Digitalt, Whereby. Lenke sendes ut i forkant av møtet.

Tid: 11:00 til 16:00. *Formøte for Brukerutvalgets medlemmer 11:00 til 12:00.*

Deltagere:		Tilstede	Forfall
Paul Daljord – leder	FFO	X	
Gunn Strand Hutchinson – nestleder	SAFO	X	
Ole Andre Korneliussen	Mental Helse	X	
Carl Eliassen	MARBORG	X	
Ivar Martin Nordgård	Kreftforeningen	X	
Mai-Helen Walsnes	Nordland fylkes eldreråd	X	
Linn Christin Sørtorp	RIO	X	
Ole-Henrik Bjørkmo Lifjell	Samisk representant	X	
Marie Dahlskjær	Ungdomsrådet	X	
Fra Nordlandssykehuset:			
Paul Martin Strand	Administrerende direktør	X	
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/sekretær	X	
Stian Molvik	Rådgiver psykisk helse- og rusklinikken	X	
Tonje Elisabeth Hansen	Fagsjef	Sak 050/2021	
Trude Kristin Kristensen	Samhandlingssjef	Sak 051/2021	
Marit Barosen	Økonomisjef	Sak 052/2021	
Petter Øien	Seksjonsleder seksjon for forskning	Sak 053/054/2021	
Otto Larsen	Avdelingsleder Senter for drift- og eiendom	Sak 055/2021	
Astrid Dalhaug	Avdelingsleder kreft og lindrende behandling	Sak 056/2021	
Trond Solem	Seksjonsleder Seksjon for pasientreiser	Sak 060/2021	

Saksliste

048/2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
049/2021	Godkjenning av referat møte 15. april 2021
050/2021	Status Covid-19
051/2021	Orientering om arbeidet med Helsefellesskap
052/2021	Virksomhetsrapport Nordlandssykehuset
053/2021	Forsknings- og innovasjonsrapport 2020
054/2021	Oppnevninger
055/2021	Plan for utvikling av Rønvik - Arealutviklingsplan
056/2021	Senskader kreft
057/2021	Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset
058/2021	Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker
059/2021	Ungdomsrådets leder orienterer om ungdomsrådets arbeid
060/2021	Referatsaker/Eventuelt

Saksnr.	Saksfremstilling
048/2021	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
049/2021	<p>Godkjenning av referat møte 15. april 2021</p> <p>Vedtak: Referatet fra møte 15. april 2021 godkjennes.</p>
050/2021	<p>Status Covid-19</p> <p>Fagsjef Tonje Elisabeth Hansen orientering om arbeidet med Covid-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nåsituasjonen • Vaksinasjon <p><u>Spørsmål:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Situasjonen for barn og unge psykiatri/ventetid - Vaksinerings og vaksinestrategi <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for orienteringen.</p>
051/2021	<p>Orientering om arbeidet med Helsefellesskap</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 10px;"> <p>Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er å opprette 19 helsefellesskap. Disse skal bestå av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere vil møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres.</p> <p><u>Ordforklaringer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • KSU: Kliniske samarbeidsutvalg • OSO: Overordnet samarbeidsorgan (OSO), som er et samarbeidsorgan for Nordlandssykehuset HF og kommunene i Nordlandssykehusets opptaksområde. </div> <p>Samhandlingssjef Trude Kristin Kristensen orienterte om arbeidet med Helsefellesskap ved Nordlandssykehuset.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for en spennende og god orientering.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Brukerutvalget ser frem til å bidra inn mot, og følge med på hvordan dette arbeidet vil bli videre. 3. Presentasjonen sendes Brukerutvalgets medlemmer. 									
052/2021	<p>Virksomhetsrapport Nordlandssykehuset</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapporten oppsummerer forhold ved driften av Nordlandssykehuset. • Link til side med ordforklaringer: https://nordlandssykehuset.no/om-oss/om-oss/ordforklaringer#liggedogn </div> <p>Økonomisjef Marit Barosen ga en muntlig orientering av virksomhetsrapporten for april 2021.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget tar virksomhetsrapporten for april 2021 til orientering.</p>									
053/2021	<p>Forsknings- og innovasjonsrapport Nordlandssykehuset 2020</p> <p>Seksjonsleder for forskning, Petter Øien, presenterte Nordlandssykehusets Forsknings- og innovasjonsrapport for 2020.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalgets medlemmer får forsknings- og innovasjonsrapporten tilsendt når den blir trykket opp. 									
054/2021	<p>Oppnevninger</p> <p>Seksjonsleder for forskning, Petter Øien, deltok på bolkene som omhandlet innovasjonsprosjekter.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Prosjekt/utvalg</th> <th style="text-align: left;">Brukerrepresentant</th> <th style="text-align: left;">Kontaktperson?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Innovativ rekruttering og stabilisering av helsepersonell - helsefellesskap som samhandlingsarena. Link til prosjektsøknad: https://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Visning/30123/2b70a0c8</td> <td>Paul Daljord</td> <td>Ikke behov, sitter i Brukerutvalget</td> </tr> <tr> <td>RescueDoppler - en ny ultralydmetode for forbedret utfall av gjenoppliving etter hjertestans Link til prosjektsøknad: http://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Index/30107/50d709e0</td> <td>Karl Aagnes</td> <td>Mai-Helen Walsnes</td> </tr> </tbody> </table>	Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Kontaktperson?	Innovativ rekruttering og stabilisering av helsepersonell - helsefellesskap som samhandlingsarena. Link til prosjektsøknad: https://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Visning/30123/2b70a0c8	Paul Daljord	Ikke behov, sitter i Brukerutvalget	RescueDoppler - en ny ultralydmetode for forbedret utfall av gjenoppliving etter hjertestans Link til prosjektsøknad: http://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Index/30107/50d709e0	Karl Aagnes	Mai-Helen Walsnes
Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Kontaktperson?								
Innovativ rekruttering og stabilisering av helsepersonell - helsefellesskap som samhandlingsarena. Link til prosjektsøknad: https://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Visning/30123/2b70a0c8	Paul Daljord	Ikke behov, sitter i Brukerutvalget								
RescueDoppler - en ny ultralydmetode for forbedret utfall av gjenoppliving etter hjertestans Link til prosjektsøknad: http://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Index/30107/50d709e0	Karl Aagnes	Mai-Helen Walsnes								

	<p>Etablering av arena for substitusjonsbehandling for opioidavhengige i Bodø, link til prosjektsøknad: http://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Index/30122/7c2b368d</p> <p>Brugerrepresentanter ønskes utnevnt av Brukerutvalget (én fra Brukerutvalget og én fra RIO)</p>	<p>Linn Christin Sørtorp, RIO</p> <p>Carl Eliassen, MARBORG</p>	<p>Ikke behov, sitter i Brukerutvalget</p>	
	<p>Tidlig integrasjon av palliativ behandling av barn og unge i Nordland, link til prosjektsøknad: https://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Visning/30131/19bd8c18</p>	<p>Heidi Øyvann</p>	<p>Gunn Strand Hutchinson</p>	
	<p>Avansert smertebehandling med metadon - Innovativ behandling av pasienter med kroniske smerter, lenke til prosjektsøknad, link til prosjektsøknad: https://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Visning/30119/42c551f1</p>	<p>Grete Hatlen Hansen</p>	<p>Carl Eliassen</p>	
	<p>Self-sustaining speculum (SSS) and prefilled induction catheter (PIC) - Dette innovasjonsprosjektet innebærer utvikling av nytt og forbedret utstyr til bruk ved induksjon av fødsel. Prosjektet innebærer patentering, utvikling av prototype og utprøving av denne. Målet er å forenkle innleggelsen av ballongkatetret og dermed øke sannsynligheten for en vellykket induksjon og en bedre fødselsopplevelse for gravide, link til prosjektsøknad: https://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Visning/30141/7c323e36</p>	<p>Line Mathilde Karlsen</p>	<p>Gunn Strand Hutchinson</p>	
	<p>Video directly observed therapy (VDOT) – bruk av videosamtale i behandling av tuberkulose - pasienter i Nordland, link til forskningsprosjektet: https://forskningsmidler.ihelse.net/nb-no/Soknader/Soknad/Visning/30141/7c323e36</p>	<p>Medhane Mezgebe Tsegay</p>	<p>Ivar Martin Nordgård</p>	

	no/Soknader/Soknad/Visning/30148/1f822eaf			
	Representanter til arbeidsgruppe for å følge opp strategien spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning	Brukerutvalget: Ole-Henrik Bjørkmo Lifjell Ungdomsrådet: Susanne Regine Inga	Ikke behov, sitter i Brukerutvalget	
	«Hva er viktig for deg dagen?» 2021, 9. juni.	Stands selve dagen. Markering ved de fire lokasjoner, i tidsrommet 08:30 til 10:30 , 9. juni: 1. Lofoten: Ivar Martin Nordgård og Ole Andre Korneliussen 2. Vesterålen: Mai-Helen Walsnes 3. Rønvik: Rep. Ungdomsrådet 4. Sentrum: Marie Dahlskjær, flere rep. Ungdomsrådet	Ikke behov, sitter i Brukerutvalget	
	<p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentanter slik det fremkommer av tabell. 2. Administrasjonen og kontaktpersoner følger opp nyoppnevnte brukerrepresentanter, i henhold til Nordlandssykehusets rutine for oppfølging av brukerrepresentanter. 			
055/2021	<p>Plan for utvikling av Rønvik - Arealutviklingsplan</p> <p>Orientering om arbeidet med utvikling av Rønvik (arealutviklingsplan), ved Otto Larsen, avdelingsleder Senter for drift- og eiendom.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerrepresentasjon skal ivaretas. 3. Prosjektleder tar kontakt angående oppnevning av brukerrepresentanter via administrasjonen. 			
056/2021	<p>Senskader kreft</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> Link til HelseNorge, senskader kreft: https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/kreft-og-seneffekter/ </div> <p>Avdelingsleder kreft og lindrende behandling, Astrid Dalhaug, ga en orientering om arbeidet med seneffekter kreft og tilbudet per nå.</p>			

	Vedtak: 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalgets medlemmer får presentasjonen tilsendt.		
057/2020	Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset		
Faste utvalg			
Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Status	
1. Representant styret Nordlandssykehuset	Paul Daljord		
1. Representant Overordnet samarbeidsorgan (OSO)	Paul Daljord		
2. Partnerskapsmøtet (Helsefellesskap)	Paul Daljord, <i>vara: Gunn Strand Hutchinson</i>	23. september, digitalt.	
3. Strategisk samarbeidsutvalg (Helsefellesskap)	Gunn Strand Hutchinson, <i>vara: Paul Daljord</i>		
4. Klinisk Etisk Komite (KEK)	Kitt-Anne Hansen, <i>vara: Helge Jenssen</i> <i>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</i>		
5. Driftsrådet til pasient- og pårørendetorget	Linn Christin Sørtorp, <i>vara: Viktor Torrisen</i>		
6. Sykehusapotek Nord HF (SANO)	Cicile Toresen, <i>vara: Mai-Helen Walsnes</i> <i>Kontaktperson: Mai-Helen Walsnes</i>	Møte i februar.	
7. Forskningsutvalget NLSH	Helge Jensen <i>Kontaktperson: Paul Daljord</i>		
Prosjekt/utvalg			Status
8. Prosjekt SamStrømming: Samhandlingsprosjekt e-Konsultasjon mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset	Helge Jenssen <i>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</i>		

9. Kommunikasjon med pasienter som er lagt inn på akuttinntak med akutte brystmerter	Barbara Prieemann <i>Kontaktperson: Paul Daljord</i>	Prosjekt ikke startet.
10. Medlem av styret i Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Lofoten	Ivar Martin Nordgård	Deltatt på møte, referat sendt ut til Brukerutvalgets medlemmer.
11. Styringsgruppen for Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP) Lo/Ve	Ivar Martin Nordgård	
12. HelseArbeid poliklinikken	Sarah Isabel Corneliussen Dahl <i>Kontaktperson: Mai-Helen Walsnes</i>	Vært stille en god stund. Skal gi tilbakemelding når det er noe å meddele i prosjektet. Koordinator følger opp.
13. Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) av psykiatrisk kriseseng i medisinsk Lofoten	Ole Andre Korneliussen	Deltatt i møte, ikke fått vedtak enda. Spørsmål rundt hvem som har ansvar kveld/helg.
14. JF: Strategisk utviklingsplan 2018-2035 Nordlandssykehuset, kronikeromsorg: Prosjekt med mål om å standardisere og gjennomgå behandlingsforløpene i samarbeid med kommunehelsetjenesten.	Prosjekt satt på vent.	
15. Kurs brukermedvirkning	Carl Eliassen	Programmet er satt, kurset blir i november.
Forskningsprosjekt	Brukerrepresentant	Status
16. Implementering av digital symptomoppfølging for kreftpasienter som får behandling med	Gunnar Olsen Kontaktperson: Ivar Martin Nordgård	

	immunterapi for å redusere alvorlige skader.		
	17. «Telemedical evaluation of surgical patient. A pilot study evaluating safety, feasibility and financial implications».	Jan Arntzen <i>Kontaktperson: Mai-Helen Walsnes</i>	
	18. KlinReg-prosjektet "Likeverdige helsetjenester - uansett hvor du bor?"	Mai-Helen Walsnes	
	19. Forskningsprosjekt: Identifying patients at risk: how well does existing clinical prediction tools identify patients in need of intensified care. 2020 - 2023	Barbara Priesemann <i>Kontaktperson: Paul Daljord</i>	Prosjekt ikke startet
	20. «Prehospital minutes count during a stroke. Factors associated with prehospital delays with data from various regions in Norway and one region in Switzerland»	Paul Amundsen <i>Kontaktperson: Ivar Martin Nordgård</i>	
	21. Multifamilieterapi i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser hos unge, voksne kvinner	Ragni Adelsten Stokland <i>Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp</i>	
	22. Unge kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser - foreldre og søskens erfaringer.	Ragni Adelsten Stokland <i>Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp</i>	
	23. Tannhelse, kosthold inflammasjon og biomarkører ved akutt intermitterende porfyri	Merete Johansen <i>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</i>	
	24. Innovative Physiotherapy and Coordination of Care for people with MS: A Randomized Controlled Trial and a Qualitative Study	Tone Elvevoll og Marianne Elvik <i>Kontaktperson: Ole Andre Korneliussen</i>	
	25. PhD prosjekt om måling av pasientskader som følge av kreftbehandling	Gerd Karin Bjørhovd	Ivar Martin Nordgård har hatt kontakt med brukerrepresentant. Her jobber de allerede med å utforme søknad. Positivt at

			brugerrepresentanten er med tidlig. Hun blir kontaktet i juni av prosjektleder.
	26. Implementering av digital symptomoppfølging for kreftpasienter som får behandling med immunterapi for å redusere alvorlige skader - Kaiku Health. Videreføring av innovasjonsprosjekt	Gunnar Olsen	Ivar Martin Nordgård
	27. Risikovurdering av en eventuell flytting av Barnehabilitering til nye lokaler utenfor sykehuset.	Gunn Strand Hutchinson	
	<p><u>Annet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ole Henrik Bjørkmoli Fjell sitter i brukerrådet i Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) og Forskning og utviklingsarbeid (FoU), SANKS. • Dialog i nærdemokrati: Mai.Helen, spørsmål: <i>Hvordan kan Brukerutvalget bli med tilgjengelig for folk flest?</i> <p>Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.</p>		
058/2020	<p>Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grønt beredskap – vanlig drift med smitteverntiltak. • Innføring av DIPS Arena (Nytt journalsystem) <p>Vedtak: Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.</p>		
059/2021	<p>Ungdomsrådets leder orienterer om aktuelle saker</p> <p>Ungdomsrådets leder, Marie Dahlskjær orienterte om ungdomsrådets arbeid.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skal ha møte 20. mai. Tema er gode overganger habilitering. Ønsker gjerne samarbeid med Gunn BU om hun har noen innspill. • Presentert 10 råd for god brukermedvirkning for alle i ledergruppen. Skal lage en sjekklister for prosjektledere om god medvirkning av ungdom • Holdt to innlegg på psykisk- helse og rusklinikken om gode overganger. Laget rutine og brosjyre for overgang psykisk helse- og rusklinikken. • Kurs for ungdom med revmatisme høsten 2021. lærings- og mestringssenteret. 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Jobber med diagnoseuavhengig kurs for ungdom sammen med Lærings- og mestringscenteret. • Helgesamling september og fellessamling i Hammerfest i oktober. • Workshop i mai og juni som handler om innspill om ungdom når det gjelder Helsefellesskap. <p>Vedtak: Brukerutvalget takker for orienteringen og berømmer Ungdomsrådets arbeid.</p>
060/2021	<p>Referatsaker/Eventuelt</p> <p>Møtereferat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referat møte Ungdomsrådet Nordlandssykehuset 07. april 2021 • Plakat: Reell brukermedvirkning - 10 tips fra Ungdomsrådet • Protokoll Regionalt Brukerutvalg 15.04.2021 • Protokoll styremøte NLSH 22. april 2021 <p>Eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sak knyttet til honorering Helse Nord, Brukerutvalget bes gi innspill. <ul style="list-style-type: none"> ○ Notat ang honorering til behandling i Helseforetakene ○ Regionalt Brukerutvalg (RBU) og Brukerutvalg (BU) felles prinsipper for dekning av utgifter • Status Busstrase hovedinngangen Nordlandssykehuset • Informasjon om nytt tilbud fra Pasientreiser om Pasientekspresser. <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget tar møtereferatene/protokollene til orientering. 2. Brukerutvalget har følgende innspill til sak om honorering: <ul style="list-style-type: none"> ○ Brukerutvalget anser det som positivt at det er de samme satsene for alle Brukerutvalgene i Helse Nord. ○ Det bør være like satser for Ungdomsrådene i Helse Nord. ○ Satsene for brukerrepresentanter på Lærings- og mestringscenteret bør ses på, og inngå i det samme reguleringsregime som honoreringen av Brukerutvalgene. ○ Det bør ses på honorering for forberedelsesarbeid for Brukerutvalgets medlemmer, utover leder og nestleder. 3. Brukerutvalget har følgende innspill knyttet til saken om busstrase hovedinngangen Nordlandssykehuset: <ol style="list-style-type: none"> 1) Brukerutvalget ved Nordlandssykehuset ber Bodø kommune og Nordland Fylkeskommune gjøre politiske vedtak som pålegger administrasjonen å utarbeide løsning som sikrer at bussholdeplass for fjern- og nærbusser blir plassert nær hovedinngang til Nordlandssykehuset i Bodø.

	<p>2) Brukerutvalget ser positivt på at Pasientreiser som et supplement til drosje har satt opp minibuss som kjører Fauske til Bodø tre ganger per dag og søndre Meløy til Bodø morgenen med retur på slutten av dagen. Dette er for de som har drosjerekvisisjon. Dette tilbudet er imidlertid ikke slik at det utelukker behovet for bussholdeplass nær hovedinngang. Vi ber derfor politisk ledelse snarest om å ta tak i saken med tanke på å finne løsning.</p> <p>3) Ungsområdet stiller seg bak vedtaket og ønsker å delta på utslippet.</p> <p>4) Arbeidsutvalget følger opp hvor og hvordan henvendelsen skal sendes.</p> <p>4. Brukerutvalget tar informasjon om tilbudet med Pasientekspreser Salten til orientering.</p>
--	--

Neste møte:

- Sykehusets arbeid med oppfølgingen av dette punktet i Oppdragsdokumentet for 2021: *Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.*
- Strategisk utviklingsplan
- Etter forespørsel brukerutvalget: Kort presentasjon av arbeidet med CYP (enkel blodprøve)- testing.

Seneffekter - Orientering for Brukerutvalget 12.05.21

Astrid Dalhaug

Avd.leder, Avd. for kreft og lindrende behandling

Kreftbehandling

1. Kirurgi

2. Medikamentell kreftbehandling (cytostatika, immunterapi, målrettet behandling, anti-hormonell behandling)

3. Strålebehandling

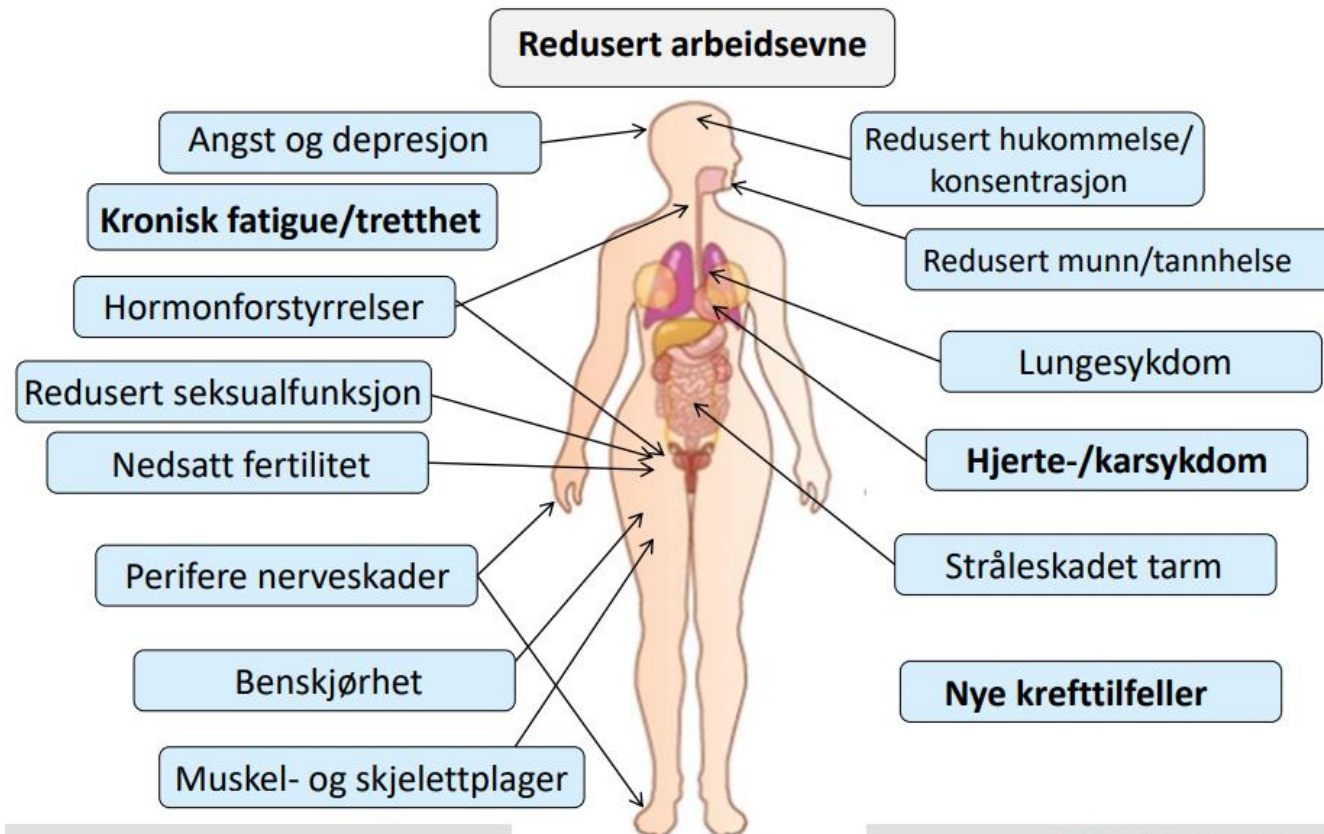
- Mange fagområder involvert i kreftpasienter.
- Kroppen blir ikke den samme..
- Hva har pasientene av plager/sykdommer fra før?
- Hvordan forebygge?
- Hvordan oppdage?



Definisjon

- Bivirkning eller komplikasjon av kreftsykdommen eller behandlingen som **varer >1 år** etter avsluttet behandling; «Long term effects»
- Eller bivirkning/helseplage som sannsynligvis **skyldes kreftsykdommen og/eller behandlingen, og debuterer ett år eller mer** etter avsluttet behandling; «Late effects»
- Bredt spekter av tilstander med varierende alvorlighetsgrad.
- Somatisk, psykologisk eller sosial art

Seneffekter - et bredt spekter av tilstander



Seneffekter generelt

- Helsedir. rapport/faglige råd: Seneffekter etter kreftbehandling (21.04.20).
- Generelle plager.
- Noen av seneffekter vi ser nå er på behandling gitt for mange år siden. Risikoen mindre på dagens behandling?



Seneffekter etter kreftbehandling

Rapport

IS-2872

Seneffekt-senter UNN (regionalt kompetansesenter)

- Kompetansebygging i regionen. Samle info/ressurser.
- 3 onkologer, 1 barnelege tilknyttet.
- Sykepleier 80%. Sekretær.
- Klinisk tilbud ca. sept.-21.
- 1 pol.dag annenhver uke, 4 pas. En del sykepleiepoliklinikk.
- Tverrfaglig vurdering (2-4 besøk pr.pas).
- Lage plan for videre oppfølging.

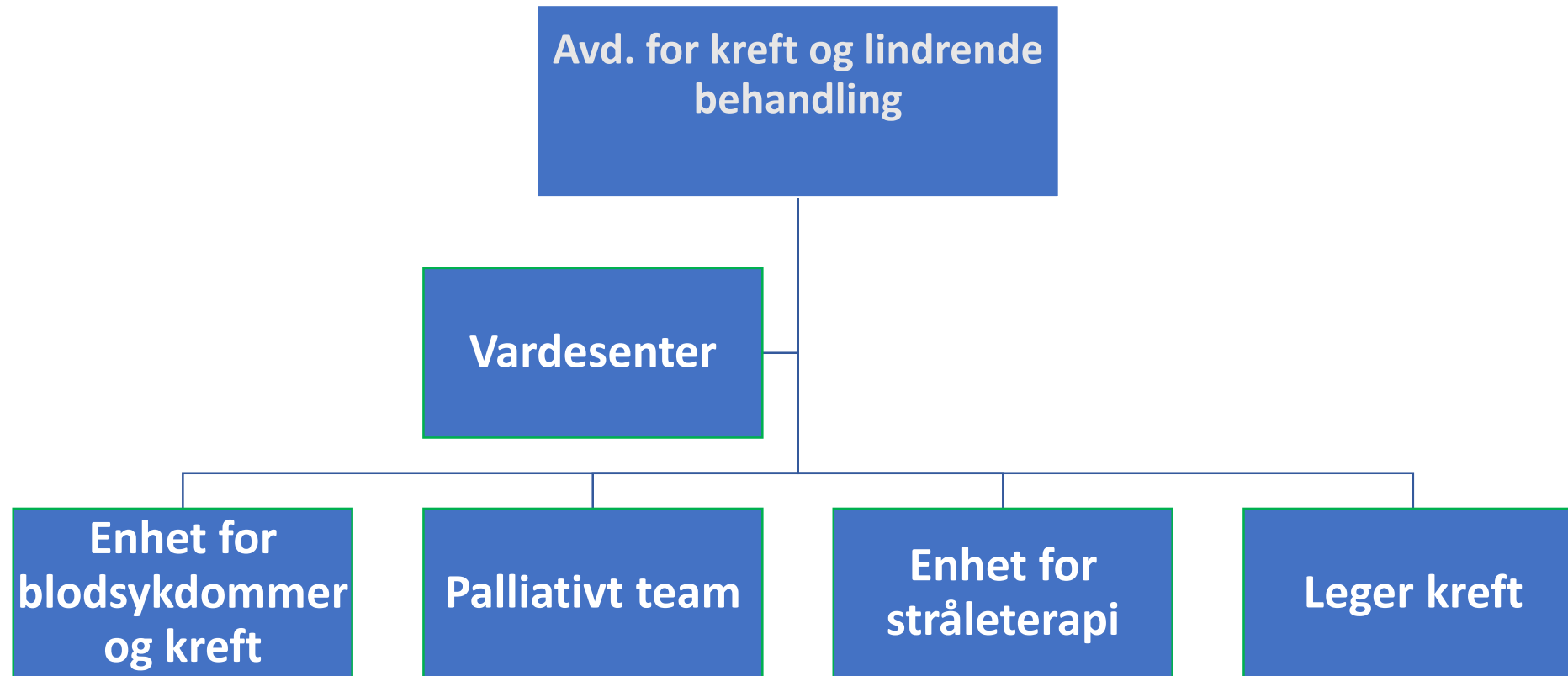


Status NLSH ang. seneffekter (onkologi)

- Generelt vært mye fokus på diagnostikk og behandling, men nå også fokus på seneffekter – må bli bedre på.
- Informerer ved oppstart behandling - medikamenter og stråle. Bodø; Sjekklisterprosjekt kurativ brystkreft.
- Gentest av kreftsvulst; f.eks EMIT studie brystkreft – for å finne hvilken medikamentell etterbehandling som er nødvendig.
- Strålestudier F.eks. ved brystkreft - stråle bare en del av brystet, evt. utelate?.
- Kreftsykepleier/lege følge nøye med underveis i behandlingen.
- Videre utredning nødvendig? (via fastlege eller spesialist?)
- Vardesenteret; Aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring. Støtte/informasjon. Temamøter. Likepersoner. Yoga-gruppe. Treningsgruppe.
- Fatigue kurs for pasienter.
- Søke Rehab.opphold?
- Behov samtale med sosionom? Psykolog?
- Fysioterapi? Treningsgrupper/ Frisklivssentralen?

- Medikamenter som lindrer?
- Tett kontakt regionalt og nasjonalt og fanger opp endringer i behandling, for noen pasienter gi mindre omfattende behandling og dermed mindre risiko for seneffekter.
- Kurativt behandlet; kontroller ofte hos kirurg eller fastlege. Flere burde hatt kontrollene på sykehus?
Retningslinjer for innhold i kontrollene?
Eks. brystkreft og testikkelkreft; følges på sykehus i 6-10 år, også fokus på seneffekter.
- Hvordan klare leve med..





Avd. for kreft og lindrende behandling

- Medisinsk klinikk
- Ca. 40 ansatte.
- Dagtilbud. Behov for flere egne senger.
- Mange forskjellig typer ansatte.
- Stadig økning i aktivitet.
- Økonomi; Lønn og medikamenter.
- Dyrt utstyr; 2 strålemaskiner (1 må skiftes). 1 CT-maskin.
- Pasientsikkerhet/forbedrings-arbeid.
- Fokus på unngå overbehandling.
- Kontaktlege
- Mange studenter bl.a 6 års legestudenter - undervisning, praksis og eksamen.



Pasientekspresser i Salten

Oppstart 3. mai 2021

Seksjonsleder Trond Solem

Pasientekspresser i Salten

- Fast rute med minibuss av meget høy kvalitet, erstatter delvis bruk av ordinær drosje.
- Alle hverdager (man-fre).
- Gir pasientene et godt og forutsigbart transporttilbud.
- Reduserer kostnadene for Nordlandssykehuset.
- Etablert i Lofoten/Vesterålen i 2018.
- Oppstart i Salten fra 3. mai 2021:
 - Fauske – Bodø, 3 rundturer
 - Engavågen (Nordtun) – Bodø, 1 rundtur
- Leverandør: Saltens Bilruter / Nordlandsbuss



Om tilbudet

- Primært for pasienter med rekvisisjon, som i dag kjøres med drosje.
- Pasientene må derfor ha «drosjerekvisisjon» fra behandler eller pasientreisekontoret.
- Ved behov brukes evt drosje mellom bosted og stoppested
- For å kunne opprettholde rutetidene må pasientene møte ved hovedinngangen, og vil ikke kunne bli hentet inne på sykehusets avdelinger.
- Tilbudet kan benyttes ved tjenestereiser av helseforetakets ansatte, plass om bord avtales med pasientreiser på forhånd.

Kjøretøy

- Mercedes Sprinter 516/43L med 12 passasjerplasser.
 - Begrenset antall plasser under pandemien.
- Rullestolrampe / plass for rullestol.
- Fokus på komfort
- VIP-seter m/regulerbar rygg, god plass mellom setene
- Noen seter har fotbrett
- Wifi tilgjengelig for passasjerene
- Leselys/ladeuttak for hvert sete
- Tilbud om kaffe/ te, vann, kjeks og lesestoff ombord



Ruteplan Fauske – Bodø - Fauske

- Møtepunkt Fauske: Jernbanekafeen
- Møtepunkt Bodø: Sykehuset, hovedinngangen

Fauske - Bodø	
Avgang	Ankomst
08:00	09:00
10:30	11:30
15:00	16:00

Bodø - Fauske	
Avgang	Ankomst
09:00	10:00
13:30	14:30
16:30	17:30

Ruteplan Nordtun (Engavågen) – Bodø - Nordtun

- Startsted Engavågen: Nordtun
- Møtepunkt Bodø: Sykehuset, hovedinngangen

Nordtun - Bodø	
Nordtun	08:00
Glomfjord	
Ørnes	
Inndyr	
Bodø	11:30

Bodø - Nordtun	
Bodø	15:00
Inndyr	
Ørnes	
Glomfjord	
Nordtun	18:30

Samhandling inn i ny tid

Etablering av helsefelleskap Nordlandssykehuset HF og kommunene

Brukerutvalget 12. mai 2021

Leder samhandling Trude Kristensen

ARBEIDSDELING I HELSEFELLESKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå

PARTNERSKAPSMØTET

Politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak



Årlig møte for å forankre retning

STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG

Administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak



Utvikle strategier og handlingsplaner

Håndtering av saker og løpende beslutninger

FAGLIGE SAMARBEIDSUTVALG



Utvikle prosedyrer og tjenestemodeller



Samhandlingsreformen:

- «**Rett behandling – på rett sted – til rett tid**», trådte i kraft 1.januar 2012
- «*Bærekraftreform*» - *Den negative forsørgerbrøken*
- *Ansvar og arbeidsoppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og mer sammenvevd tjeneste.*
- **Vi har** etablert god samhandlingskultur og felles forståelse for samhandling.

Virkemiddel for implementering av reformen

- **Økonomiske virkemiddel:** Innsatsstyrt finansiering, medfinansiering, overliggerdøgn (utskrivningsklare pasienter) etc. (Korttidseffekter)
- **Rettslige virkemidler:** Helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 2012, plikt til tjenesteavtaler, etablering av Overordnet samarbeidsorgan (OSO), Spesialisthelsetjenesteloven m.fl.
- **Faglige virkemidler:** Helhetlige pasientforløp og forebygging, kommunenes kompetansebygging, brukermedvirkning, flerfaglig team, IKT og kunnskapsdeling, fastlegens rolle.
- **Organisatoriske virkemidler:** Implementering av de faglige virkemidlene, ulike samhandlingsprosesser, strategiske prosesser i samarbeidet.

Nytt oppdrag: Etablere Helsefelleskap kommunene og Nordlandssykehuset HF

Endringene vi som skjer i samhandlingen nå er i all hovedsak i kommunene. Foretakene har fått en tilretteleggende rolle, og ønsker å jobbe tett sammen med kommunene for å oppnå målet om helsefelleskapet som en god arena. Kommunen er 20 politiske styrte enheter og helseforetaket 1 og er eierstyrt.

Fem hovedutfordringer

Den nye nasjonale helse- og sykehusplanen peker på fem hovedutfordringer, og hvordan vi kan møte disse :

- **Helsefelleskap:** - Pasientene skal ikke oppleve å være kasterbatter mellom sykehus og kommuner. Regjeringen og KS skal opprette 19 helsefelleskap for bedre samarbeid. Fire sårbare pasientgrupper skal prioriteres: Barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.
- **Kompetanse:** - Det blir flere pasienter per ansatt i helsetjenesten. Kompetansen i helsetjenesten må planlegges og brukes bedre, både hos den enkelte, men også gjennom teamarbeid. Utdanne- rekruttere- beholde.
- **Teknologi:** - Flere tjenester skal flyttes nærmere pasienten. Det utadvendte sykehuset skal møte pasientene der de bor, og samarbeide tettere med kommunen og andre sykehus. Teknologi er et viktig verktøy for disse arbeidsmetodene.
- **Psykisk helse:** Helsetjenesten skal utvikle nye arbeidsformer og innføre nye metoder raskere. Barn og unge og de alvorligst syke skal prioriteres. Det skal innføres ambulante tverrfaglige team på tvers av kommuner og sykehus.
- **Akuttmedisin:** - En sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Sykehusene skal sammen med kommunene i helsefelleskapene gå gjennom de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Det skal være like god tilgang til akutt helsehjelp for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, som for dem med somatiske sykdommer.

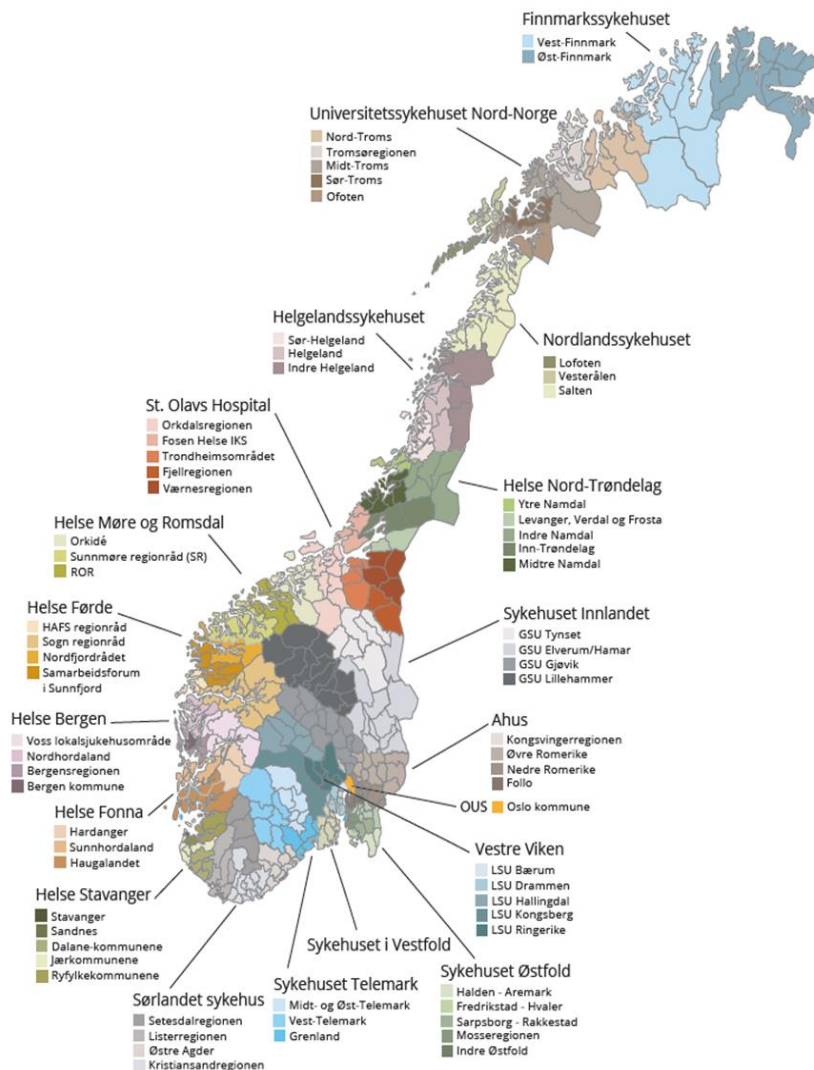


Det skal planlegges bedre - sammen

Her ser dere ny organisasjonsmodell som det tas utgangspunkt i når vårt foretak og kommuner planlegger ny organisering.

Regjeringen og KS anbefaler at helseforetaket og kommunene inngår en konkret avtale om hvordan de skal drive utvikling og planlegging av tjenestene i helsefelleskapet.

Regjeringen vil fremme forslag om å justere lovbestemmelsen om samarbeidsavtalene i tråd med dette.



ARBEIDSDDELING I HELSEFELLESKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå

PARTNERSKAPSMØTET

Politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak



Årlig møte for å forankre retning

STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG

Administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak



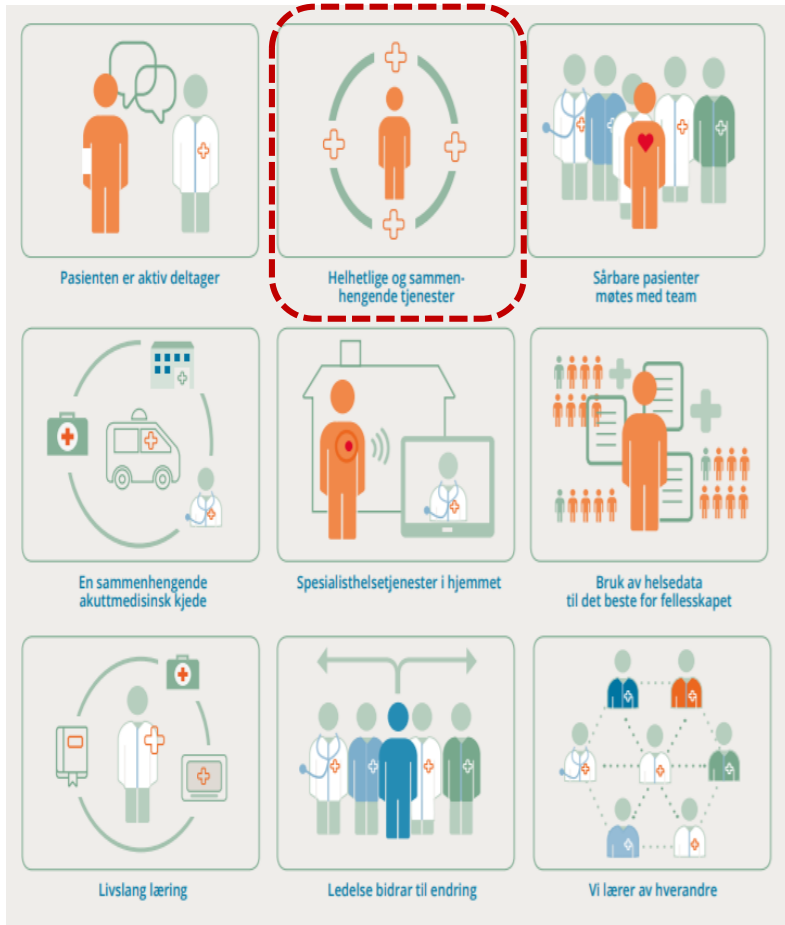
Utvikle strategier og handlingsplaner
Håndtering av saker og løpende beslutninger

FAGLIGE SAMARBEIDSUTVALG

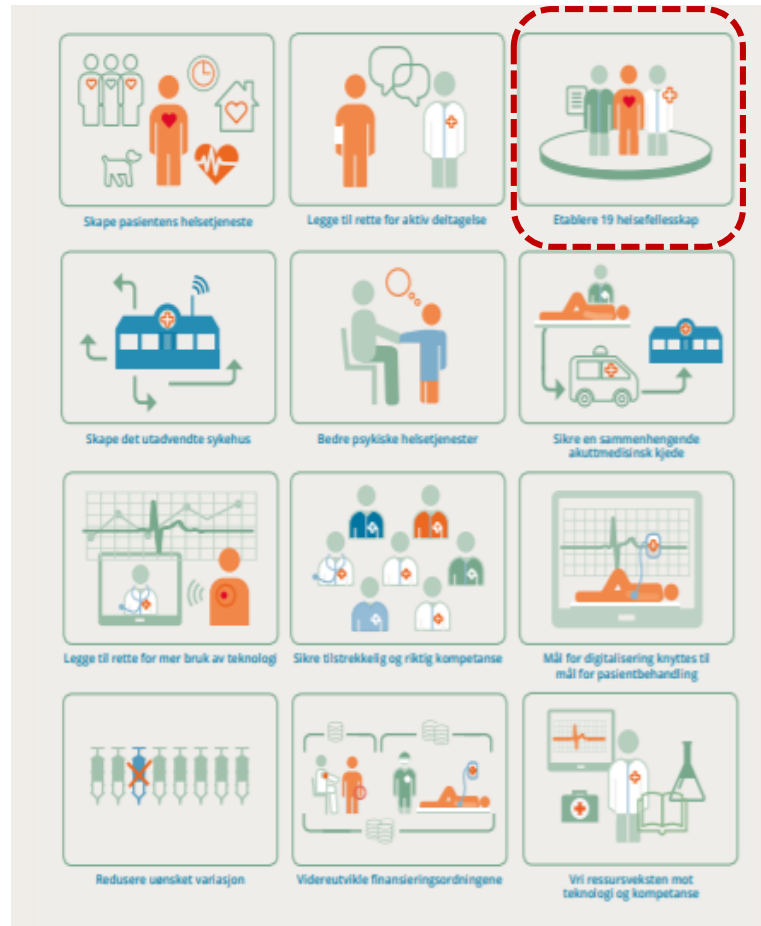
Utvikle prosedyrer og tjenestemodeller

Eksempel: Helhetlige og sammenhengende tjenester

Hva som ønskes/målsetninger



Hvordan oppnå/virkemiddel



Tiltak/prioriteringer

Tiltak for en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste



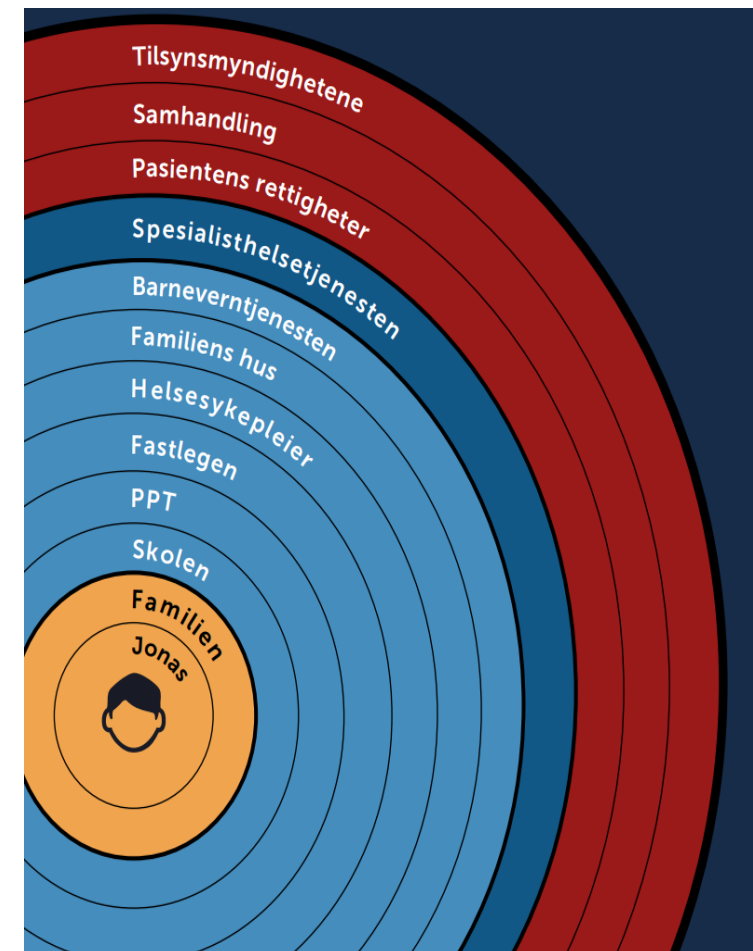
Prioriterte pasientgrupper i helsefellesskapene



Hva kreves fremover? Pasientens helsetjeneste

- Med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 har man satt samhandling og etablering av helsefelleskapene høyt på den helsepolitiske dagsorden.
- Fire gruppene som skal prioriteres i denne planen. Tydelig på at gruppen barn og unge var den gruppen som burde vies særlig oppmerksomhet.
- I denne forbindelse vises det til statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenester (Ukom) som tar utgangspunkt i en tragisk hendelse - høsten 2020 om Jonas.

Denne viser de utfordringene et fragmentert og oppstykket hjelpeapparat gir for å kunne levere et godt tilbud til barn og unge med psykiske lidelser. Utfordringene for denne pasientgruppen har vært var tiltagende under pandemien.



Hva sier UKOM-rapporten:

- Variasjon i tilbudene kan i seg selv være en risiko for sviktende samhandling og dermed for pasientsikkerheten.
- Samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene er i seg selv ikke tilstrekkelige verktøy for å sikre nødvendig samhandling.
- Samarbeid blir styrket når aktørene møter hverandre. Teamarbeid.
- I en fragmentert helsetjeneste må aktørene være seg bevisst hverandres forståelse, mål og organisatoriske forhold. Dette vil kreve et tettere samarbeid enn det som er vanlig i dag, og aktørene må stå mer sammen om å følge opp den som trenger hjelp.

Prioriterte pasientgrupper i Helsefelleskapene

Prioriterte pasientgrupper

Pasienter med behov for god og omfattende samhandling på tvers

Pasienter med omfattende tjenestebehov

Krevende å definere

Ubalanse mellom partnerne i tilgang og kompetanse på styringsinformasjon



Skrøpelige eldre

- Bedre forebyggende behandling og/eller oppfølging = reduserte reinnleggelseser
- Et bedret samarbeid om forebygging av sykdomsforverring, tidlig innsats og bedre utskrivningsprosess
- Så lenge helsehjelpen er forsvarlig, blir den gitt der hvor pasient er og unngå unødvendig forflytning
- Eldre med psykisk sykdom bør tilbys utredning og behandling på lik linje med yngre voksne



Pasienter med flere kroniske lidelser

- Brukerstyrte senger og akutteam til brukere med alvorlige og langvarige lidelser
- Tilgang til tilpassede tjenester av god kvalitet
- Individuelt tilpasset opplegg
- Helsefelleskapene jobber systematisk med utarbeiding av gode forløp = pasient opplever helhetlig og sammenhengende tjeneste

Psykisk helse

- Kortere ventetid
- Gyldne regel (prioritering)
- Klar ansvars- og oppgavefordeling
- ACT/FACT er integrert del
- Tverrfaglige ambulante team
- Pakkeforløp videreutvikles
- Brukerstyrte senger og akutteam til SMI-brukere
- Digital oppfølging og behandling
- Pasienterfaringer brukes aktivt i forbedringsarbeid
- Særlig oppmerksomhet til barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov (SMI)
- Styrke brukermedvirkning
- Raskere innføring av nye arbeidsformer og metoder
- Redusert bruk av tvang og tvangsinnleggelseser
- Et helhetlig tilbud som dekker pasientens behov

Barn og unge

- Barn og unge med familie skal leve så normalt som mulig
- Forebygging gjennom tidlig innsats og behandling = mindre helsetap og bedre livskvalitet
- God samhandling innad i HO-tjenestene og på tvers av nivåer og mellom aktører er særlig viktig
- Et styrket samarbeid rundt barn og unge
- Bedre psykiske helsetjenester for denne gruppen
- Lett, tilgjengelig hjelp
- Behov for utvikling av flere digitale og ambulante tilbud
- Barn og unge i psykiatri: Rask avklaring og styrket tverrfaglig tilbud

Helsedirektoratet skal utforme styringsinformasjon til helsefelleskapene – **operasjonalisere og definere** pasientgruppene slik at de avgrenses og bidrar til prioritering

Status i etableringen av helsefellesskapet

- **Desember 2019**

OSO oppretter KSU og prosessen starter med etablering av helsefellesskap.

Det blir starten på en spesiell tid med pandemi, men i August 2020 er KSUet ferdig med sitt arbeid og oktober i 2020 har alle kommunen fått saken til kommunal behandling.

- **Februar 2021**

Nytt KSU opprettes for å konkretisere organiseringen og planlegge oppstart. Enda har ikke alle kommuner behandlet tilslutning til helsefellesskap. Arbeidet skal være ferdig 25. mai 2021

- **Avlegger sin rapport 2. juni 2021 til OSO**

30. OKTOBER 2020
9:00 - 12:00

OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN (OSO) INVITERER TIL DIGITALT DIALOGMØTE

MELD DEG PÅ VIA OUTLOOK

Helsefellesskap - fremtidens samarbeidsform
Dialogmøtet 2020

MØTET GJENNOMFØRES DIGITALT - PÅ NETT

ANNE GRETHE ERLANDSEN
MONA KARLSEN
MARION CELIUS

MÅLGRUPPE: ORDFØRERE, KOMMUNEDIREKTØRER OG HELSELEDERE, NORDLANDSSYKEHUSETS STYRE OG LEDERNIVÅ

PROGRAM

- BAKGRUNN OG MÅL FOR HELSEFELLESSKAP VED ANNE GRETHE ERLANDSEN, STATSEKRETER
- PARTESAMMENSATT UTVALG - ENTYDIGE ANBEFALINGER VED MONA KARLSEN, RÅDGIVER BODØ KOMMUNE.
- FRA OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN (OSO) TIL HELSEFELLESSKAP VED MARION CELIUS, HELSE- OG OMSORGSLEDER HADSEL KOMMUNE
- DIALOG / DEBATT



Mandatet KSUet har fått:

- Hurtigarbeidende klinisk samarbeidsutvalg (KSU).
- 7 medlemmer, 3 fra hver av partene og 1 brukerrepresentant. Sekretariat er ikke å regne som medlem av KSUet.
- Brukerrepresentant ivaretas av Nordlandssykehusets HF sitt brukerutvalg, oppnevnt medlem fra brukerutvalget er Paul Daljord
- **KSUet gis i oppdrag å forberede Partnerskapsmøtet 2021, herunder:**
 - Utarbeide forslag til program, deltakelse og plan for gjennomføringen av møtet
 - Utarbeide forslag til partnerskaps erklæring 2021
 - Utarbeide forslag til vedtekter for helsefellesskapet
 - Utarbeide forslag til vedtekter for Strategisk samarbeidsutvalg
 - Utarbeide forslag til saksbehandling for saker som ikke vil ivaretas av strukturen til helsefellesskapsmodellen.
 - KSUet bes ferdigstille arbeidet innen 25. mai 2021. KSUet bes muntlig fremlegge forslag så langt i møtet 26. april.
 - Sekretariatfunksjonen ivaretas av Bodø kommune. Inntil denne er på plass ivaretas sekretariatfunksjonen av Nordlandssykehuset HF.

Hvor er vi i prosessen i Nordlandssykehuset

Det kliniske samarbeidsutvalget som består av ordfører fra Vestvågøy, kommunaldirektør Sortland, brukerrepresentant fra dere, klinikkssjef, rådgiver i Nlsh, kommunalleder helse- og omsorg i Bodø, leder samhandling Nlsh.

- OSO har vedtatt er å avholde dialog- og partnerskapsmøtet til 23. september 2021, digitalt.
- Brukerutvalget er tiltenkt egen presentasjon i dette programmet.

En viktig funksjon med helsefellesskapene skal bidra til aktiv og deltagende brukermedvirkning i utvikling av en bedre helsetjeneste. Når vi nå samler toppledelse i både kommuner og helseforetak (mellom 80-100 deltagere) er det viktig at innbyggernes helsetjeneste og hva det betyr kommer fra den riktige stemmen.

Nye arenaer for samarbeid

ARBEIDSDELING I HELSEFELLESSKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå

Dialogmøte

- Ett overordnet årlig dialogmøte mellom styret og administrasjon i NLSH HF og administrativ og politisk ledelse i kommunene.

PARTNERSKAPSMØTET

Politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak



Årlig møte for å forankre retning

Samarbeidsorgan

- Ett overordnet samarbeidsorgan (OSO) med 7x2 faste representanter og om lag 8 møter pr år.

STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG

Administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak



Utvikle strategier og handlingsplaner

Håndtering av saker og løpende beslutninger

Kliniske samarbeidsutvalg

- Kliniske samarbeidsutvalg (KSU-er) for ulike saksområder.

FAGLIGE SAMARBEIDSUTVALG



Utvikle prosedyrer og tjenestemodeller



Dette vil si at...ny struktur fikser ikke alt...

- Det kreves utfordrende endringer på samhandling internt i kommunene, mellom kommunene, internt i foretakene og mellom foretak og kommuner.
- Vellykket samhandling krever altså at aktørene har god kunnskap om hverandre og kan tilpasse seg hverandres organisering og forutsetninger for øvrig.
- Partnerskapsmøtet ønsker å ta med toppledelse og det politiske nivå. Den politiske forankringen av samhandling på lokalt nivå blir viktig. Utfordrende om helsetilbud i kommunene kun blir et helseadministrativt anliggende.

Samhandling i ny tid:

- Krav til endret organisering og ansvar
- Sterkere styring av helsefelleskapene gjennom helsedir.
- Likeverdighet og partnerskap
- Skille strategi og fag
- Kliniske samhandlingsarena



Partnerskapsmøtet 2021



- Møtet skal være et møte for forankring og retning.
«...gi overordnede strategiske føringer og retning for samhandlingen.»
- **Omforent ambisjonsnivå**
- **Deltagere i partnerskapsmøtet**
- **Plan for gjennomføringen av møtet.**
- **Program for partnerskapsmøtet**

Bruker representasjon i de nye helsefelleskapene:

ARBEIDSDELING I HELSEFELLESKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå

Brukerrepresentasjon med **talerett**

- Ett overordnet årlig mellom styret og administrasjon i NLSH HF og administrativ og politisk ledelse i kommunene.



Brukerrepresentasjon lik dagens OSO

- Ett startegisk samarbeidsorgan (SSU) x antall møter pr år.

STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG
Administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak



Utvikle strategier og handlingsplaner
Håndtering av saker og løpende beslutninger

Brukerrepresentasjon

- Kliniske samarbeidsutvalg (KSU-er) erstattes med FSU for ulike fagområder som ikke er faste.
- Tjenestemodeller og pasientforløpsarbeid

FAGLIGE SAMARBEIDSUTVALG



Utvikle prosedyrer og tjenestemodeller



Målsetninger – Pasientens helsetjeneste

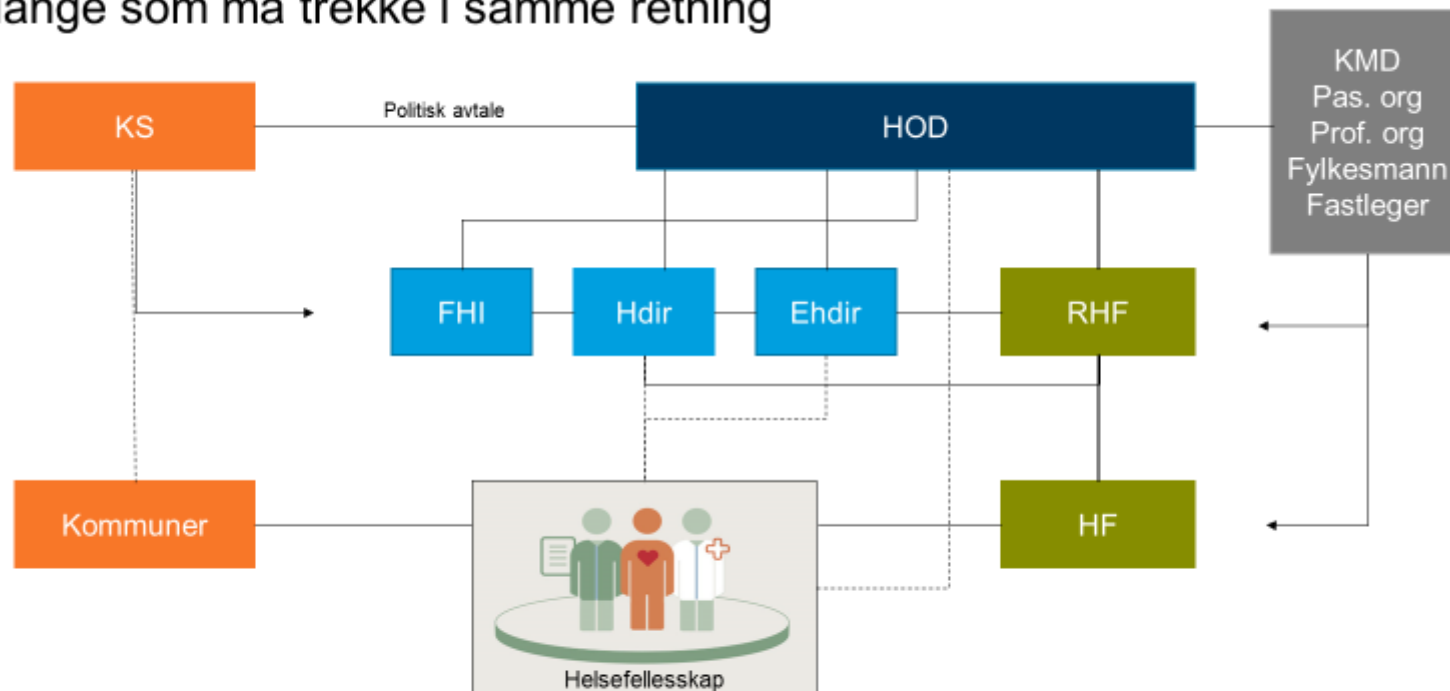
- Pasientene er **aktive deltakere** i den helsehjelpen de mottar
- Pasientene opplever **sammenhengende tjenester** på tvers av sykehus og kommuner
- Sårbare pasienter opplever at tjeneste opptrer **i team** rundt dem
- Pasientene opplever en **sammenhengende akuttmedisinsk kjede** der innsats settes tidlig inn og informasjonen følger pasienten hele veien
- Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten **hjemme hos seg selv**
- Pasientene opplever at bruk av våre felles helsedata ved hjelp av teknologi, gir bedre og **mer presis helsehjelp**
- Helsepersonellet jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker og **utnytter mulighetene som teknologien gir.**
- Lederne gjennomfører **endringene** som mål – i godt samarbeid med de ansatte
- **Vi lærer av hverandre**

Er modellene forpliktende nok til å styrke barn og unges rett til helsehjelp?

- Samhandlingsreformen og de nye helsefelleskapene er modeller som legger opp til samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Dersom barn og unge med en uavklart tilstand skal fanges opp, trengs en tydeligere forpliktelse for tjenestene.
- Kvaliteten og standarden på tjenestene og ansvaret for å gi hjelp må være avklart.

Utvikle kultur for kontinuerlige endringer- sammen

Mange som må trekke i samme retning





Kurs for brukermedvirkere Nordlandssykehuset

Tid: 9. november, kl. 17:00 til 20:00

Sted: Lærings- og mestringssenteret, Bodø

Antall: 15

Fra 16:00	Enkel møtemat
17:00 – 17:15	Velkommen Presentasjonsrunde, plan for dagen, praktisk informasjon
17:15 – 17:30	Nordlandssykehusets struktur <i>Ved medisinsk direktør, Beate Sørslett</i>
17:30 – 17:45	Pause
17:45 – 18:00	Brukermedvirkning <i>v/ Edgar Wammervold, brukerrepresentant ved lærings- og mestringssenteret Nordlandssykehuset</i>
18:00 – 18:15	Ungdomsrådet Slik jobber Ungdomsrådet, 10 råd for god brukermedvirkning <i>v/ Marie Dahlskjær leder av Ungdomsrådet Nordlandssykehuset</i>
18:15 – 18:30	Pause
18:30 – 18:45	Rollen som brukermedvirker <i>v/ Gunn Strand Hutchinson, nestleder Brukerutvalget</i>
18:45 – 19:00	Å bruke egne erfaringer <i>v/ Elisabeth Heldahl Erfaringskonsulent Nordlandssykehuset</i> <i>v/ Viktoria Linea Høybakk, Ungdomsrådet</i>
19:00 – 19:30	Inndeling i grupper:
Kursrom 1:	Å være brukerrepresentant i prosjekter/utvalg/forskning <i>v/ Carl Eliassen</i> <i>v/ Sissel Eidhammer, rådgiver Nordlandssykehuset</i>
Kursrom 2:	Å holde foredrag – legge opp til god undervisning <i>v/ Jorunn Brendeford, leder lærings- og mestringssenteret</i>



v/ Viktoria Linea Høybakk, Ungdomsrådet

Kursrom 3:

Å være frivillig

V/ Vardesenteret

V/ Pasient- og pårørendetorget

19:30 - 19:45

Forventninger og praktisk info til deg som brukermedvirker

v/ prosjektgruppa

19:45 - 20:00

Oppsummering

v/ prosjektgruppa

Praktisk informasjon

For: Kurset er for representanter i Brukerutvalget, Ungdomsrådet og brukerrepresentanter som oppnevnes til prosjekter, kurs, frivillig arbeid, foredragsvirksomhet og utvalg ved Nordlandssykehuset.

Kostnad: Ingen.

Målet med kurset:

- Gi brukerrepresentanter ved Nordlandssykehuset nødvendig kunnskap og verktøy til å kunne gjennomføre sitt arbeid som brukerrepresentant på en best mulig måte.
- Skape et nettverk/forum for brukerrepresentantene, der man kan drøfte ulike problemstillinger knyttet til rollen som brukerrepresentant.

Møtedato: 9. juni 2021
Arkivnr.:
2020/999-31

Saksbeh/tlf:
Div saksbehandlere, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 2. juni 2021

RBU-sak 73-2021

Eventuelt