
*Framskrivningsmodell for psykisk
helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling*

Sammendrag

Dagens framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2021. Modellen tok utgangspunkt i aktivitet fra 2019. Modellen er anbefalt revidert hvert fjerde år, men ekstraordinære hendelser som koronapandemien har gjort det nødvendig å revidere modellen allerede i 2022.

I revidert oppdragsdokument av 23.06.2022 fikk Helse Sør-Øst i oppgave å lede et nasjonalt utredningsoppdrag som inkluderte en fornyet helhetlig analyse og framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, og foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Videre skulle utredningsoppdraget vurdere hvordan psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), i samarbeid med kommune, kan jobbe for å forebygge, fange opp og gi tidlig hjelp til barn. Videre skal det vurderes status innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, herunder etablering av basistjenester og en beskrivelse av hvordan en eventuell avvikling av ordningen fritt behandlingsvalg vil påvirke TSB.

Revidert framskrivningsmodell baserer seg på 2021 som utgangspunkt for å fange opp endringene fra 2019 til 2021. Det har fra 2019 til 2021 vært en utvikling hvor vi ser mindre variasjon i liggetider og innleggelsesmønster mellom opptaksområdene, men også store endringer i utviklingen i liggedøgn for de ulike tjenesteområdene. 2021 var et pandemiår, og det bør derfor gjøres særskilte vurderinger av utgangsaktivitet for hvert enkelt helseforetak.

Tiltakene som ble prioritert i forrige arbeid, opprettholdes i all hovedsak i denne gjennomgangen:

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

- Fokus på gode botilbud i kommunen og overganger mellom tjenestene

Psykisk helsevern for barn og unge har hatt en betydelig vekst i antall henvisninger og antall individer i behandling siden 2019. Veksten observeres i alle omsorgsnivåer. Skåringer av pasientenes funksjonsnivå indikerer at de har et noe lavere funksjonsnivå sammenlignet med tidligere, samt at andelen av pasienter med høyere funksjonsnivå er noe lavere i 2021, sammenlignet med 2019. Dette innebærer at veksten av pasienter er vurdert til å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og ikke i hovedsak innen lettere lidelser som kunne tenkes ivaretatt innen kommunehelsetjenesten. Spiseforstyrrelser er en av de mest alvorlige psykiske lidelsene for barn og unge, og det er her observert en vekst som er større enn forutgående år. Pasienter med spiseforstyrrelser utgjør i 2021 30% av samlet forbruk av liggedøgn i PHBU nasjonalt. Det er foreløpig få indikasjoner på at trykket mot PHBU reduseres nasjonalt, og det vurderes at det er behov for å legge til rette for en generell økt kapasitet i PHBU med en særlig styrking av det polikliniske tilbudet generelt og tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser spesielt.

For psykisk helsevern voksne (VOP) observeres den samme veksten som i PHBU for antall individer mellom 18-25 år, mens det samlede volumet har en svakere vekst. Dette indikerer at det er en særskilt de mellom 12 og 25 år som har en betydelig vekst inn i spesialisthelsetjenesten fra 2018/2019 til 2021. Det er en generell bekymring for den generelle polikliniske kapasitet og en særskilt utfordring relatert til kapasitet gjennom hele behandlingsforløpet for alvorlig psykiske lidelser (psykoser og bipolare lidelser). Utvikling i antall dømt til behandling er økt betydelig de siste årene, og dette gir kapasitetsproblemer gjennom hele behandlingsskjeden. Det er usikkerhet knyttet til den videre utviklingen, men det er i dette arbeidet utarbeidet estimater som viser en vekst på 2-3 ganger per innbygger med en topp mot 2030. Samtidig med dette, er det en generell økning i antall liggedøgn for pasienter henvist til en eller annen form for tvang. Vurderingen fra forslag til ny modell for framskrivinger opprettholdes med et behov for å styrke hele behandlingsskjeden for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Det er sannsynlig at denne styrkingen bør skje på kort og mellomlang sikt.

For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er pasientvolumet relativt stabilt. TSB er fremdeles et ungt fagområde, med behov for kompetanseheving og videreutvikling av basistjenester. Etablerte og planlagt kapasitetstiltak i helseforetakene over de siste årene vil videre styrke spesialisthelsetjenesten, særlig med tanke på avrusningskapasiteten. Det er også planlagt flere akuttmottak i større byer, men det er sannsynligvis ikke grunnlag for komplette rusakuttmottak i alle helseforetak. Akutttilbudet i TSB er ulikt håndtert over opptaksområder i Norge, noe som sannsynligvis også vil være tilfelle i tiden fremover. Det er da behov for å sikre gode akutt-tjenester i tråd med behov i opptaksområdene. Dette vil gi en kostnadsvekst i TSB i alle helseregioner i Norge.

En eventuell avvikling av godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg (FBV) vil i hovedsak påvirke Helse Sør-Øst. Samtidig er det i hovedsak Helse Sør-Øst og Helse Nord som har et betydelig høyere volum av langtids døgnbehandling innen TSB. Ettersom FBV foreløpig er under vurdering, er grunnlaget ekskludert fra selve framskrivningen.

Det er fremdeles utfordrende å framskrive behovet for kapasitet innen TSB. Dette skyldes at organiseringen er relativt ulik, og det er sannsynlig flere pasientgrupper som burde hatt et bedre tilbud. Dette gjelder unge med rusproblemer og ROP-lidelser og utviklingen i misbruk/avhengighet av cannabis, amfetamin, samt A- og B-preparater. Alkoholrelatert problematikk er høyt forekommende og har store helsekonsekvenser, men behandles i mindre grad. Det er vesentlig med en styrking av kompetansen i TSB, og det er viktig at denne kompetansen også tilkommer PHBU og VOP.

Det eksisterer fremdeles ikke gode datakilder på en rekke av tilbudene innen den kommunale helsetjenesten. Dette vanskeliggjør analyser av forløp på tvers over forvaltningsnivå. Det vurderes som sentralt at kommunale helsetjenester fortsetter oppbygging av tilbud for pasienter med milde og moderate tilstander. Samhandlingen mellom spesialist- og den kommunale helsetjenesten, overfor pasienter med alvorlig og sammensatte behov, er avgjørende for hvor stor kapasitetsutfordringen vil bli på kort og mellomlangt sikt. Det vurderes som sentralt å sikre gode behandlingsforløp med en aktiv hverdag og gode boforhold med kontinuitet i behandlingsoppfølgingen for de pasientene med størst behov.

Det vurderes at det sammenlignet med 2019 er det behov for en generell styrking av kapasitet for barn og unge (særlig de mellom 12 og 25 år). Det er særskilt behov for styrking av kapasitet for spiseforstyrrelser og alvorlige psykiske lidelser. Innen TSB er det behov for å sikre gode akutt-tjenester over opptaksområder som er tilpasset behovet, og en særlig styrking av kompetansen og det polikliniske tilbudet.

Totale endringer i modellen er skjematisk fremstilt i tabellen under:

Effekt	Omsorgsnivå	Tjenesteområde		Effekt	Når
Justering for redusert tilbud	Poliklinikk	Alle	Spiseforestyrrelse	15,0 %	2023
	Poliklinikk	Alle	Alkohol	33,0 %	2023
	Poliklinikk	Alle	Eldre	20,0 %	2023
	Poliklinikk	Alle	Tilpasningsforstyrrelse	5,0 %	2023
Kapasitetsvekst	Poliklinikk	Alle	Alle	0,5 %	Årlig effekt
	Døgn	BUP	Spiseforstyrrelse	1,0 %	Årlig effekt
	Døgn	VOP/TSB	Alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelse	0,8 %	Årlig effekt
Fra døgn til poliklinikk	Døgn	Alle	Mild/moderat depresjon	-0,2 %	Årlig effekt
			Angst	-0,2 %	Årlig effekt
			Tilpasningsforstyrrelser	-0,2 %	Årlig effekt
			Alkoholrelaterte tilstander	-0,2 %	Årlig effekt
			Personlighetsforstyrrelser	-0,2 %	Årlig effekt
			Andre psykiske lidelser	-0,2 %	Årlig effekt
			Øvrig depresjon	-0,2 %	Årlig effekt
FACT - Effekt avhengig av implementering av FACT og ambulant behandling i opptaksområde (12-24% av døgnpopulasjon får effekt; TSB 7,5% av populasjon)	DØGN	VOP/TSB	Alvorlige psykiske lidelser	-0,2 %	Snitt årlig effekt nasjonalt
			TSB med langvarige og sammensatte lidelser	-0,2 %	Snitt årlig effekt nasjonalt
			Alvorlig depresjon	-0,2 %	Snitt årlig effekt nasjonalt
			Personlighetsforstyrrelser	-0,2 %	Snitt årlig effekt nasjonalt
			Spiseforstyrrelser	-0,2 %	Snitt årlig effekt nasjonalt
Glidning og FACT gir vekst på 4 opphold i poliklinikk per liggedøgn.					
Digital poliklinikk	Poliklinikk	VOP/TSB	Differensiert	19 %	I 2040
	Døgn (5% av pasientpopulasjon med varige tilstander)			0,04 %	Snitt årlig effekt nasjonalt

Resultatene av modellen gir følgende endringene i liggedøgn og polikliniske konsultasjoner fra 2021 til 2040.

Tjenesteområde	Endring i liggedøgn 2021 - 2040 med revidert modell	Endring i polikliniske konsultasjoner 2021 - 2040 med revidert modell
BUP	0,9 %	4,6 %
TSB	-2,0 %	23,1 %
VOP	12,9 %	16,8 %
Avtalespesialister		18,2 %
Totalsum	7,1 %	15,1 %

Personell og kompetanse

Det er gjennomført en framskrivning av fagårsverk innen psykisk helsevern og TSB. Framskrivningen følger som en direkte konsekvens av aktivitetsframskrivningene. Det vil si at personell forutsettes økt tilsvarende som aktivitetsveksten. Resultatet av framskrivningene viser at det nasjonalt vil være behov for en styrking av fagårsverkene på 5,5% frem til 2025 og 15% frem til 2040.

I dette utredningsarbeidet har det ikke vært tid til å vurdere effekter av blant annet alternative måter å jobbe på, effekt av bygg, teknologi, deltid, pensjonsalder og turnover, som kan løse noe av rekrutteringsutfordringene tjenesten har. Arbeidsgruppen mener dette vil være sentrale temaer for å rekruttere, beholde og utvikle tjenesten. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det jobbes videre med disse temaene i forlengelse av dette arbeidet.

Psykisk helsevern barn- og unge

Arbeidsgruppen er bedt om å foreslå konkrete tiltak for hvordan BUP, i samarbeid med kommunene, kan jobbe for å forebygge, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge. Det er etablert ulike modeller i flere helseforetak for samarbeid som gir tydeligere ansvarsavklaring mellom spesialist- og primærhelsetjeneste.

Det overordnede formålet er å legge til rette for at barn og unge får adekvat helsehjelp, og at riktig hjelp gis av riktig nivå. I 2021 ble 20% av henvisningene til BUP gitt avslag, noe som utgjør 8500 henvisninger. Vi har i dag ikke tilstrekkelig kunnskap om denne populasjonen til å gjøre fullstendig vurdering av arbeidsomfanget ved å ta denne gruppen inn i spesialisthelsetjenesten. Dersom vi forutsetter at volumet er 8 500 henvisninger med en minimums innsatts på 3,5 timer er det estimert et behov for en ressursinnsats på om lag 20 årsverk nasjonalt.

Arbeidsgruppen anbefaler ikke en modell ettersom det er behov for en viss fleksibilitet og lokal tilpasning. Omsorgsnivåene er gjensidig avhengige av hverandre og ulike modeller viser ulike muligheter som er i bruk i spesialisthelsetjenesten i dag.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det i oppdragsdokumentet for 2023 gis et oppdrag hvor de enkelte helseforetak skal utarbeide modeller og samarbeidsarenaer for å sikre at alle barn og unge (opp til 26 år) sikres en vurdering av kvalifisert fagpersonell og en videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1. Innledning.....	9
2. Arbeidsgruppens medlemmer.....	10
3. Mandat.....	11
4. Hovedtrekk fra dagens framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling	13
4.1. Vekst i døgnbehandling i PHV, reduksjon i TSB.	13
4.2. Vekst i poliklinikk med forutsetning om videreutvikling i primærhelsetjenesten	13
4.2.1. Digital poliklinikk.....	14
4.3. Variasjon.....	14
5. Revisjon av framskrivingsmodell, oppdaterte analyser og vurderinger	15
5.1. Behandlingsgap – effekt av pandemi og økonomiske kriser	15
6. Barn og unge.....	20
6.1. Tilgjengelighet og innhold i tjenesten.....	21
6.2. Inkludering og utenforskap	28
6.3. Barn i barnevernet.....	28
6.4. Barn og unge med rusmiddelproblemer, ruslidelser og avhengighetsproblematikk	29
7. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	31
7.1. Tilgjengelighet og innhold i TSB	31
7.2. Status basistjenester TSB.....	36
7.3. Utviklingsområder	38
8. Psykisk helsevern for voksne	40
8.1. Tilgjengelighet.....	40
8.2. Innhold i tjenesten	41
8.3. Digitale tilbud	45
8.4. Døgnbehandling.....	46
8.5. Ulike funksjoner i døgnbehandling.....	51
8.6. Akuttpsykiatri.....	53
8.7. Sikkerhetspsykiatri	54
8.8. Oppsummering døgnbehandling VOP.....	60
9. Resultater med revidert framskrivningsmodell.....	61
9.1. Døgnbehandling.....	61
9.2. Poliklinikk.....	61
10. Personell og kompetanse.....	62
10.1. Bemanningsutvikling i psykisk helsevern og TSB	62
10.2. Estimering av utdanningsbehov på kort, mellomlang og lang sikt.	62
10.3. Bemanningssammensetning	63
10.4. Bemanningsbehov for døgn	64
10.5. Bemanningsbehov poliklinikk.....	64
10.6. Bemanningsbehov FACT	65
10.7. Oppsummert.....	65
11. Tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen barne- og ungdomspsykiatri.....	66
11.1. Helsefellesskap og utvikling av samhandlingsløp.....	67
11.2. Forebygging, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge	68
11.3. Finansiering og lovverk.....	70

11.4. Ungdomstjeneste	71
11.5. Oppsummert.....	71
12. Kompetanseutviklingsbehov innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	72
13. Vedlegg - framskrevet aktivitet per helseforetak/sykehus	75
13.1. Døgnbehandling per region og helseforetak.....	75
13.2. Poliklinikk per region og helseforetak.....	78

1. Innledning

Framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester er en metode som estimerer fremtidig kapasitet og aktivitet i helsetjenesten. Det kan danne grunnlag for å vurdere blant annet utdannings- og rekrutteringsbehov, kapasitet i sykehus, nye bygg, infrastruktur og eventuelle behov for å anskaffe behandlingstilbud. Grunnlaget som framskrives vil ofte være basert på eksisterende helsetjenester til befolkningen. Kunnskap om hvordan vi forventer at befolkningen vil utvikle seg, er derfor helt sentralt for å si noe om fremtidige behov for helsetjenester. Helsetjenesten er samtidig i utvikling. For noen områder kommer nye utrednings- og behandlingsmuligheter, andre områder etablerer kunnskap om hva som er mer optimale behandlingsforløp, og det vil kunne være situasjoner hvor noen sykdommer krever mindre av en helsetjeneste. Overordnede politiske føringer generelt, og helsepolitiske føringer spesielt, vil ha en viktig rolle for hvilke og hvordan helsetjenester skal gis. Dette vil kunne være forståelsen av pasientrettigheter, ressursinnsats, forutsetninger om likeverdige helsetjenester eller justispolitiske føringer for straff og behandling. For å understøtte likeverdige helsetjenester skal framskrivninger være basert på en felles nasjonal modell, med mulighet for lokale tilpasninger der det enkelte regionale helseforetak vurderer det nødvendig og relevant.

Psykkiske og rusrelaterte lidelser har en høy forekomst. Årsprevalens for psykiske lidelser er estimert til om lag 16%. Tradisjonelt er forekomsten av både alvorlig psykisk lidelse, alminnelig og utbredte psykiske lidelser og psykiske lidelser hos barn og unge, vurdert til å være relativt stabil over tid.^{1,2,3} Under koronapandemien ble det internasjonalt observert en økning i forekomst⁴, men langtidseffektene er foreløpig usikre. Det er estimert en betydelig reduksjon i kvalitetsjusterte leveår, særlig relatert til depresjon og angst.⁵ Psykkiske lidelser innebærer affeksjon av kognitive, emosjonelle og atferdsmessige aspekter av et individs funksjon. Alvorsgraden varierer fra liten til ingen påvirkning av funksjon, til omfattende og langvarig funksjonssvikt. Utredning, behandling og oppfølging vil variere over en rekke dimensjoner så som alvorsgrad, alder og tilstand.

¹ 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.

² 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

³ 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.

⁴ Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief, 2 march 2022. WHO.

⁵ COVID-19 Mental disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398, Issue 10312

2. Arbeidsgruppens medlemmer

Arbeidet har bestått av følgende medlemmer.

- Fagpersoner
 - Anne Kristine Nitter – KS/Fredrikstad kommune
 - Trude Lønning – KS/Sandnes kommune
 - Mads Berntsen – KS/Tromsø kommune
 - Martin Fjordholm – KS
 - Anne Gamme – KS
 - Jon Qvortrup – KS
 - Ruben Sletteng - Universitetssykehuset Nord-Norge
 - Kristin Johannesen – Universitetssykehuset Nord-Norge
 - Kristin Øien Kvam – St. Olav
 - Brit Ingun Hana – Helse Møre og Romsdal
 - Lars Ravn Øhlkers – Stavanger universitetssykehus
 - Kari Anne Fauchald – KS /Oslo kommune
 - Tor Helge Tjelta – KS/Oslo kommune
 - Espen Arnevik – Oslo Universitetssykehus
 - Anne Slungard – Helse Nord-Trøndelag
 - Gaute Nilsen – Helse Nord-Trønderlag
 - Heidi Lisbeth Ebbestad – Ahus
 - Benedicte Thorsen-Dahl – Sykehuset Innlandet
- Tillitsvalgte
 - Hanne Indregard Lind – KTV Helse Sør-Øst
 - Marie Skontorp – KTV Helse Vest
 - Irene Kronkvist – KTV Helse Sør-Øst
 - Martin Øien Jenssen – KTV Helse Nord
 - Tore Brudeseth – KTV Helse Midt
- Brukerrepresentant
 - Astrid Grete Gryti

- Helsedirektoratet (observatør)
 - Hanne Strømsvik – Helsedirektoratet
 - Tor-Erik Befring – Helsedirektoratet
 - Jørgen Blom – Helsedirektoratet
 - Frank I. Nøhr – Helsedirektoratet
- Sykehusbygg
 - Lilian Leistad
- Regionale helseforetak
 - Ina Wille - Helse Vest RHF
 - Signe Gevik - Helse Vest RHF
 - Nikolai Møkleby – Helse Sør-Øst RHF
 - Christian Thoresen – Helse Sør-Øst RHF
 - Torhild Hovdal – Helse Sør-Øst RHF
 - Linda Midttun – Helse Vest RHF
 - Paul Martin Gystad – Helse Midt RHF
 - Jon Tomas Finnsson – Helse Nord RHF
 - Linn Gros – Helse Nord RHF

3. Mandat

Helse- og omsorgsdepartementet ga i revidert oppdragsdokument av 23.06.2022 Helse Sør-Øst RHF i oppdrag å utrede:

«Utredningsoppdrag:

- *Det vises til rapport av 1. juli 2021 med forslag til ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det skal legges fram en opptrappingsplan for psykisk helse og en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, dvs. behov og tiltak skal vurderes. De regionale helseforetakene skal på bakgrunn av en fornyet helhetlig analyse og framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen disse to fagområdene. Det bes herunder om at de regionale helseforetakene vurderer hvordan PHBU, i samarbeid med kommunene, kan jobbe for å forebygge, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge. Det må vurderes hvordan fragmentering av ansvar for oppfølging av sårbare barn og unge kan motvirkes gjennom tettere*

samarbeid og deling av kunnskap. De regionale helseforetakene bes vurdere muligheter for å prøve ut nye modeller for samarbeid hvor PHBU kan ta et større helhetlig ansvar sammen med kommunene. Det vurderes om Helsedirektoratet skal gjennomgå kunnskapsgrunnlaget for å forstå hva som hindrer/fremmer bruk av kompetanse i fellesskap, samt hva som virker av tiltak. De regionale helseforetakene skal eventuelt bidra i dette arbeidet.

- *De regionale helseforetakene skal vurdere status og utfordringsbilde innen TSB området, herunder status for etablering av basistjenester i alle helseforetak og en beskrivelse av hvordan den foreslåtte avviklingen av fritt behandlingsvalg-ordningen (FBV-ordningen) vil påvirke TSB.*
- *Det vises til at dagens nasjonale kompetansetjenester innenfor psykisk helsevern og TSB på sikt skal organiseres utenfor det forskriftsregulerte systemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere hvilke områder innen psykisk helsevern og TSB det eventuelt er et særskilt behov for å bygge opp og spre kompetanse nasjonalt og hvordan dette best kan organiseres. Arbeidet skal ledes av Helse Sør-Øst RHF og det skal innen 20. oktober 2022 leveres en rapport med innspill om behov og tiltak fra alle regioner.»*

Utredningsoppdraget er løst gjennom en bredt sammensatt faggruppe med representanter fra alle helseregioner, tjenesteområder, klinikere og ledere. Det er avholdt to fysiske heldagsmøter, samt digitale møter med innspillmuligheter på rapport.

Arbeidsgruppen består hovedsakelig av fagpersoner og representanter som deltok i utarbeidelsen av dagens framskrivningsmodell. Det omfatter representanter fra alle helseregionene, de tre fagområdene, brukerrepresentant og konserntillitsvalgte. I tillegg deltar sykehusbygg, KS og Helsedirektoratet (observatør). Etter ønske fra de konserntillitsvalgte er gruppen utvidet til å omfatte konserntillitsvalgte fra alle helseregioner.

4. Hovedtrekk fra dagens framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling

Den overordnede oppsummeringen av forslag til ny framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av 01. juli 2021 er:

4.1. Vekst i døgnbehandling i PHV, reduksjon i TSB.

For voksne ble det vurdert til å opprettholde samlet kapasitet korrigert for befolkningssammensetning. Med forventet befolkningsutvikling gir dette en vekst i absolutte liggedøgn. Det var samtidig vurdert et behov for optimalisering av innleggelsesmønstre, med sterkere satsning på alvorlig psykiske lidelser (inkl. rusutløste psykoser) og spiseforstyrrelser. Sentrale elementer i vurderingen var: observert endring over tid, kapasitet til å redusere risiko for tilbakefall og endringer i dømt til behandling. Omstilling innebærer reduksjon i innleggelser med lavere indikasjon og forsterket poliklinisk oppfølging (inkl. FACT). FACT er ikke ett nytt tilbud i Norge, men velutbygd i flere opptaksområder. Evne til omstilling var vurdert ut fra implementering av ambulante polikliniske tjenester og kommunestørrelser. Implementering av digital oppfølging og brukerstyrte poliklinikker var vurdert til å ha en liten effekt på varighet av innleggelser primært gjennom økt funksjon og tidlig intervensjon.

For barn- og unge ble det vurdert et behov for økt kapasitet korrigert for befolkningssammensetning. Innleggelser for barn- og unge innen PHV er sjeldent forekommende. Det innebærer at enhetene på de ulike HF/sykehus i Norge er små og mindre robuste. For enkelte tilstandsgrupper med større behov for behandling (e.g. spiseforstyrrelser) var det observert en klar vekst over tid, og en reduksjon i pasientenes funksjonsnivå. Omstilling var primært endrede innleggelsesmønstre for tilstander med lavere indikasjon. Det ble ikke lagt til effekt av FACT-ung, da det ble vurdert til å ikke ha tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag.

For TSB var vurderingen at dette er et tjenestoområde som fremdeles har en høy innleggesrate, med lange døgnopphold og varierende utbygde grunnleggende tjenester innen poliklinikk og øyeblikkelig hjelp. En sterkere poliklinisk oppfølging var vurdert til å redusere behovet for døgnkapasitet fremover i tid. På tross av mangelfullt spesifikt kompetansegrunnlag (e.g. FACT rus), ble det lagt til grunn en forventning om liknende effekter som ved voksen PHV.

4.2. Vekst i poliklinikk med forutsetning om videreutvikling i primærhelsetjenesten

Analyser av differansen mellom estimerte forekomst og pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten (behandlingsgap) indikerte behov for å øke kapasitet for flere psykiske lidelser som spiseforstyrrelser, alkoholrelaterte forstyrrelser og behandling av

eldre. Behandlingsgapet for alkoholrelaterte forstyrrelser var av en slik størrelse, at den kompenseringen som ble gjort fikk stor effekt. For barn- og unge ble det vurdert til et behov for å øke kapasiteten (dvs. ikke redusere tilbudet fra spesialisthelsetjenesten) ettersom mange kommuner er små, og det er lite trolig at de fremover vil utvikle gode differensierte tilbud. Endringen i døgnbehandling kompenseres med et poliklinisk tilbud, særlig for pasienter med høyere behov for tjenester. Parallelt med en styrking av poliklinikk i spesialisthelsetjenesten, var det en forutsetning om at primærhelsetjenesten ville fortsette utviklingen med tilbud til mennesker med milde og moderate tilstander. Korrigert for befolknings sammensetning ga dette en vekst på om lag 1% årlig i PHV og 1,9% i TSB. Til sammenligning med forutgående modell er effekten ved TSB lik, mens det er lavere vekst i PHV. Dette må samtidig sees opp mot at døgnkapasiteten ikke reduseres på samme måte.

4.2.1. Digital poliklinikk

Digital poliklinikk (e.g. e-Meistring, avstandsmonitorering kombinert med brukerstyrt poliklinikk) er en viktig plattform for å videreutvikle behandling innen PHV og TSB. Det ble estimert et tilstandsspesifikt volum som akkumulert utgjorde 18% i 2040 av det samlede polikliniske volumet.

4.3. Variasjon

Uønsket variasjon representerer en risiko for ikke-likeverdige helsetjenester. Innen PHV og TSB er det områder med betydelig variasjon. En tilnærming til denne problemstillingen var å redusere forskjellene for områder med vesentlig over- eller underforbruk av døgnaktivitet. For PHV voksen og TSB var det benyttet 80/20 persentil, mens i PHBU ble alle under 40 persentil hevet til dette nivået. Med unntak av PHBU hadde dette ingen konsekvenser på den samlede døgnkapasiteten. Effekten i PHV voksen var relativt liten ettersom variasjonen der var mindre. For TSB hadde dette større konsekvenser for flere områder, og et sentralt element er hvorvidt en nasjonal gjennomsnittsmo­dell blir korrekt.

5. Revisjon av framskrivingsmodell, oppdaterte analyser og vurderinger

Foreliggende modell for framskriving av PHV og TSB baserer seg på aktivitet i perioden 2016-2019. Konsekvenser av koronapandemien inngår ikke, og tjenesteområdene har utviklet seg i ettertid. Disse endringene håndteres derfor i revisjonen.

5.1. Behandlingsgap – effekt av pandemi og økonomiske kriser

Fra 2019 er det vært en vekst i spesialisthelsetjenesten, særlig innen psykisk helsevern for barn og unge. I foreliggende framskrivingsmodell ble det benyttet estimert forekomst av diagnostiserbare psykiske lidelser i Norge til å estimere et behandlingsgap. Som beskrevet innledningsvis er det økt forekomst av psykiske lidelser gjennom pandemien, noe som gjør 2019 mindre egnet som utgangspunkt. Tabellen under viser utviklingen i antall individer over aldersgrupper i PHV og TSB i perioden 2018-2021. Korrigert for innbyggere, er det likevel en betydelig økning av barn og unge inn i spesialisthelsetjenesten, på om lag 15% sammenlignet med 2019. Veksten for voksne er på 3%, mens det i den eldste aldersgruppen er en reduksjon på 6%.

Tabell 1 Antall individer i spesialisthelsetjenesten (PHV og TSB) i perioden 2018-2021 nasjonalt.

	Antall individer i spesialisthelsetjenesten				Antall individer per 100 000 innbygger			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
0-17 år	52 801	52 845	53 168	60 573	4 677	4 708	4 753	5 449
18-64 år	201 659	203 579	205 121	212 080	6 167	6 194	6 202	6 400
65 år og eldre	18 916	18 174	17 952	17 949	2 110	1 978	1 906	1 859

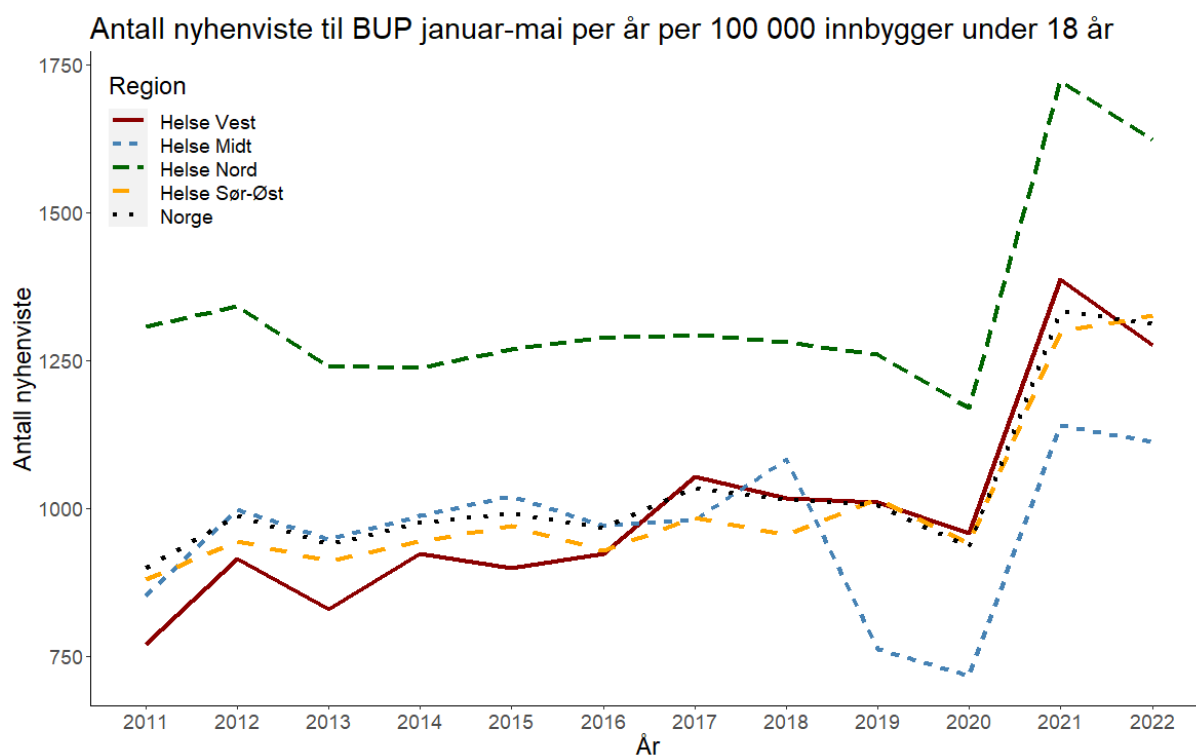
Individer mellom 18 og 64 år er den primære målgruppen for VOP og TSB, men hovedandelen av pasientene er under 40 år. Dersom vi ser på utviklingen i VOP for ulike aldersgrupper observeres en klar vekst, særlig for de mellom 18 og 25 år, på underkant av 15% korrigert for befolkning.

Tabell 2 Antall individer i VOP over alderskategorier og tid i Norge.

	Antall individer i VOP				Antall individer per 100 000 innbygger			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
18-25 år	34 049	34 717	34 767	38 606	6 234	6 370	6 417	7 212
26-39 år	51 382	54 009	54 453	58 400	5 097	5 307	5 284	5 641
41-49 år	25 945	26 075	25 945	26 249	3 530	3 579	3 585	3 648
50 år og eldre	38 923	38 651	38 272	38 786	2 073	2 019	1 960	1 949

Hos fastlegene var det i 2021 i overkant av 34 000 individer under 20 år med en registrert kontakt med psykisk lidelse, uten kontakt i PHV/TSB i spesialisthelsetjenesten samme år. Det var samtidig om lag 8500 avslag på henvisninger til PHBU i 2021. I

dagens framskrivingsmodell ble det vurdert et behov for en kapasitetsøkning på 5% og en årlig vekst på 1% for barn og unge korrigert for befolknings sammensetning. Veksten fra 2019 til 2021 har vært betydelig større, og et sentralt spørsmål er hvor varig denne veksten vil være. Nyhenviste til PHBU nasjonalt har en svak økning over de siste ti år korrigert for befolkning, men den observerte veksten under koronapandemien overstiger tidligere vekst.



Figur 1 Antall nyhenviste til PHBU januar-mai per år per 100 000 innbygger under 18 år over helseregioner

Figuren over viser at Helse Nord historisk har hatt høyere henvisningsrater enn øvrige helseregioner. Foruten Helse Sør-Øst, viser øvrige regioner en svak tendens til nedgang/stabilisering i 2022. Det nasjonale volumet indikerer en stabilisering i 2022 på et høyere nivå enn framskrivningen før pandemien skulle tilsi.

En prospektiv studie fra Island har sett på grad av velvære hos individer 18-69 år med og uten psykisk lidelse med utgangspunkt i vanskelige år under resesjon (2007, 2009 og deretter 2012).⁶ Studien viste at forekomst av alminnelige psykiske lidelser (primært angst og depresjon) og rusrelaterte lidelser økte under den økonomiske resesjonen.^{7,8} For individer med psykiske lidelser før resesjonen, endret ikke grad av velvære seg. For individene uten psykiske lidelser var det en signifikant reduksjon i velvære, også i 2012.

⁶ Jonsdottir, H. et al. (2020). The effect of the 2008 recession on well-being and employment status of people with and without mental health problems. Eur J of Public Health, 30(4).

⁷ Frasquilho, D. et al. (2015). Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. BMC public health, 16(115).

⁸ Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief, 2 march 2022. WHO.

Dette kan indikere at større samfunnsendringer, som resesjon, har en distinkt påvirkning på opplevelse av stress og velvære over tid i en del av populasjonen som ikke har psykiske lidelser. Koronapandemien var tilsvarende en stor samfunnsmessig endring der tiltakene i stor grad har virket inn på livet til barn og unge, og de sårbare i særdeleshet.⁹

Flere studier av barn og unges psykiske helse som følge pandemiltakene har funnet økte symptomer på psykisk lidelse og redusert livskvalitet. Av diagnoser var det særlig økte symptomer på depresjon, mens det var mer blandede resultater for angst. Symptomtrykket har hatt stor grad av samvariasjon med tiltakene.¹⁰ Med tiltak menes her nedstengning av sentrale strukturer i samfunnet, fritidsaktiviteter og skole. Selv om samfunnet nå er i en normalisering fra koronapandemien, er det en usikker økonomisk situasjon i utvikling, og Europa er i krig. Studien fra Island indikerer at større samfunnsmessige endringer har effekt også over tid. Faggruppen vurderer at endringer som ble observert under koronapandemien trolig ikke vil opprettholdes på lang sikt mot 2040, men at det over år vil gi økt press inn mot helsetjenestene, inklusive spesialisthelsetjenesten. De som har utviklet alvorlige tilstandsbilder under pandemien, vil ha behov for behandling over tid. Det er videre et uavklart spørsmål om man har oppdaget flere pasienter som følge av pandemien, om det er oppdaget flere pasienter i et tidligere stadium eller om det er et uttrykk for en økt forekomst. Det er behov for bedre kunnskap om den observerte veksten for barn- og unge og deres behandlingsbehov. Dette er særlig viktig med tanke på eventuelt nye pandemier og andre store kriser. Samlet sett er vurderingen at særlig psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), vil ha behov for økt kapasitet over flere år fremover.

Antall eldre innen PHV/TSB i spesialisthelsetjenesten er lavt, og ble redusert i perioden 2019-2021. Det ble i forrige gjennomgang anbefalt en vekst på 20% i poliklinikk for eldre, som det anbefales at opprettholdes.

En nærmere sammenligning på diagnosnivå vil gi en indikasjon på hvilke tilstandsgrupper som har vært i større endringer. Tabellen under viser utviklingen i antall individer over diagnosekategorier fra 2018 til 2021.

⁹ To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge. Ukom (2022); Evensen M. et. al. (2021) Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse. FHI/ISF (2021); Evensen et. al. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on mental healthcare consultations among children and adolescents in Norway: a nationwide registry study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2022.

¹⁰ Nøkleby H. et al. (2021) Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021; Nøkleby H, Borge TC, Johansen TB. Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges liv og psykiske helse: oppdatering av en hurtigoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Rapport 2021.

Tabell 3 Antall individer i spesialisthelsetjenesten (PHV, PHBU, TSB og avtalespesialister) over diagnosekategorier i perioden 2018-2021.

	2018	2019	2020	2021	Endring 2019-2021
ADHD	23 548	24 843	26 812	31 619	27 %
Alkoholrelaterte lidelser	11 541	11 698	11 610	11 771	1 %
Alvorlig depresjon	5 598	5 562	5 325	5 271	-5 %
Angst	35 890	36 774	36 539	37 891	3 %
Bipolar lidelse	11 155	10 900	10 595	10 299	-6 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	6 197	6 638	6 559	7 156	8 %
LAR	7 307	7 400	7 752	7 951	7 %
Mild/Moderat depresjon	37 961	38 275	37 550	37 465	-2 %
Organiske lidelser	4 044	3 809	3 818	3 609	-5 %
Personlighetsforstyrrelser	14 299	14 931	13 794	14 049	-6 %
Psykisk utviklingshemming	1 862	1 979	1 969	1 979	0 %
Psykose	13 121	13 316	13 113	13 212	-1 %
Rusrelaterte lidelser	13 721	13 526	12 986	12 749	-6 %
Rusutløst psykose	730	725	649	684	-6 %
Spiseforstyrrelser	4 868	4 824	5 248	6 047	25 %
Symptomdiagnose	101 905	102 772	104 414	116 416	13 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	45 038	46 663	47 103	48 660	4 %
Øvrig depresjon	8 746	8 787	8 746	8 426	-4 %
Andre psykiske lidelser	12 287	12 054	11 210	11 342	-6 %
Andre diagnoser	8 642	7 723	7 227	6 984	-10 %
Totalt	273 377	274 597	276 245	291 121	6 %

Det er en stor vekst i ADHD og spiseforstyrrelser, mens det er en reduksjon for depresjon. Angst og tilpasningsforstyrrelser viser en svak vekst i antall individer, men lite utover befolkningsvekst. Utviklingen i antall med psykose er stabilt i perioden, men det er en betydelig vekst i antall dømt til behandling i perioden. Utviklingen for depresjon er spesiell, ettersom det er særlig for disse tilstandene det er en estimert økning i forekomst som følge av pandemien. Veksten i symptomdiagnoser kan sannsynligvis fange opp en del med symptomer på angst og depresjon, uten fullverdig symptombylde. Veksten innen ADHD er større for de over 18 år (30% mot 20% for de under 18 år). Dette peker igjen på behovet for ytterligere kunnskap både om pasientpopulasjonen, i hvilken grad dette er pasienter med tidligere behandlingshistorikk og potensiell effekt av pandemihåndtering i Norge.

Tabell 4 Antall individer i spesialisthelsetjenesten med ADHD fordelt etter alder i Norge 2018-2021.

	Antall individer i spesialisthelsetjenesten med ADHD			Rater per 100 000 innbygger		
	Under 18 år	18 år og eldre	Total	Under 18 år	18 år og eldre	Total
2018	10 803	12 745	23 548	957	306	445
2019	11 196	13 647	24 843	997	324	466
2020	11 756	15 056	26 812	1 051	354	499
2021	13 544	18 070	31 614	1 218	422	586

I foreliggende framskrivingsmodell ble det vurdert et behov for å øke kapasitet for spiseforstyrrelser og alkoholrelaterte tilstander. Veksten for spiseforstyrrelser var for både døgn og poliklinikk, mens veksten i alkoholrelaterte tilstander var avgrenset til poliklinikk. For begge tilstandsgrupper ble veksten satt slik at behandlingsgapet nasjonalt skulle være tilsvarende depresjon i 2019. For spiseforstyrrelser viser utviklingen at veksten ble satt for lavt, mens veksten for alkohol trolig er noe høy. Samtidig bør en se korrigeringen for alkoholrelaterte tilstander opp mot ett sannsynlig lavt tilbud for andre misbruk- og avhengighetstilstander. Vurderinger relatert til spiseforstyrrelser belyses nærmere under kapittelet om barn og unges psykiske helse. Vurderingen av et behov for kapasitetsvekst innen behandling av alkohol opprettholdes, men reduseres til en vekst på 33% som bør innarbeides tidlig i perioden.

6. 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 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 atferdsuttrykk som f.eks. selvskadning 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, 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 med store språk- eller lærevansker, barn som faller ut av skole/ står utenfor det sosiale fellesskapet og barn som tidlig viser tegn på sosial mistilpasning og tegn på antisosial atferd (ekstremisme, rus, kriminalitet, etc.).

Kommunale tjenester som helsestasjon, skolehelsetjenesten, fastlege, kommunepsykolog og psykisk helsetjeneste og 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.¹¹ Helsepsykiatriene 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. Det er samtidig potensiale for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre instanser, som for eksempel barnevernet.¹² Spesialisthelsetjenesten kan best styrke og støtte kommunale tjenesters forebyggende arbeid i sårbare barn sin hverdag, gjennom utadrettet samhandling. Veiledning, kompetanseheving og samarbeid om tidlig vurdering for barn med behov for spesialiserte tjenester kan organiseres nærmere der barna lever. Slik vil også de spesialiserte tjenestene i PHBU kunne prioriteres særskilt for barn med de alvorligste og mest komplekse utfordringene.

En rekke av tiltakene og områdene som beskrives for barn- og unge vil også være gjeldene for psykisk helsevern voksne og TSB.

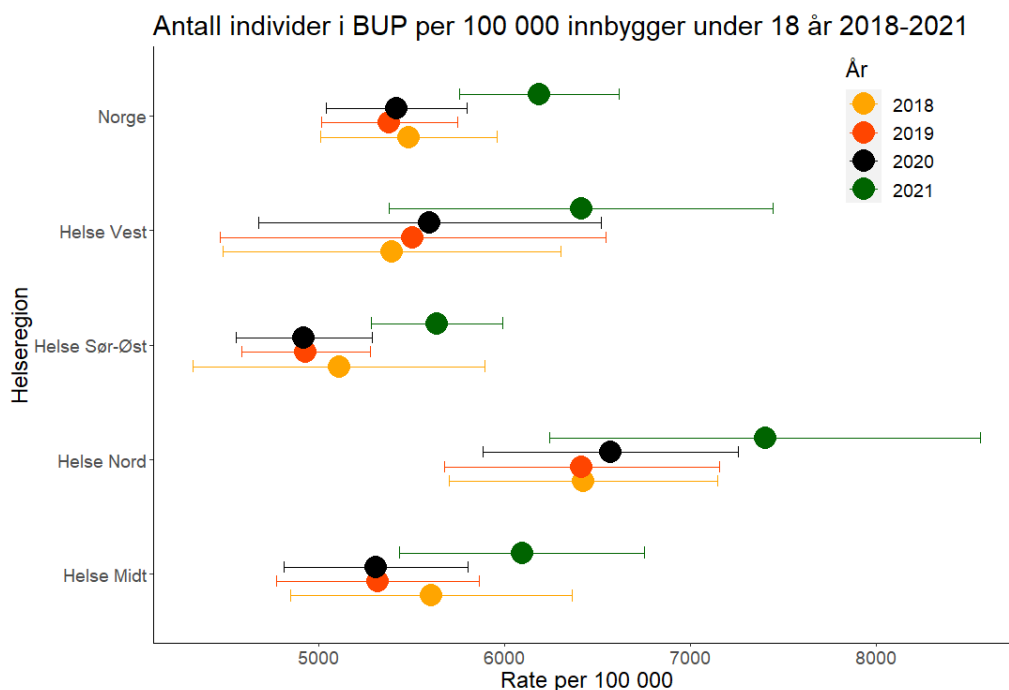
¹¹ Ose og Kaspersen, (2020) Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Sintef.

¹² Barneombudet (2020) Jeg skulle hatt BUP i en koffert.

6.1. Tilgjengelighet og innhold i tjenesten

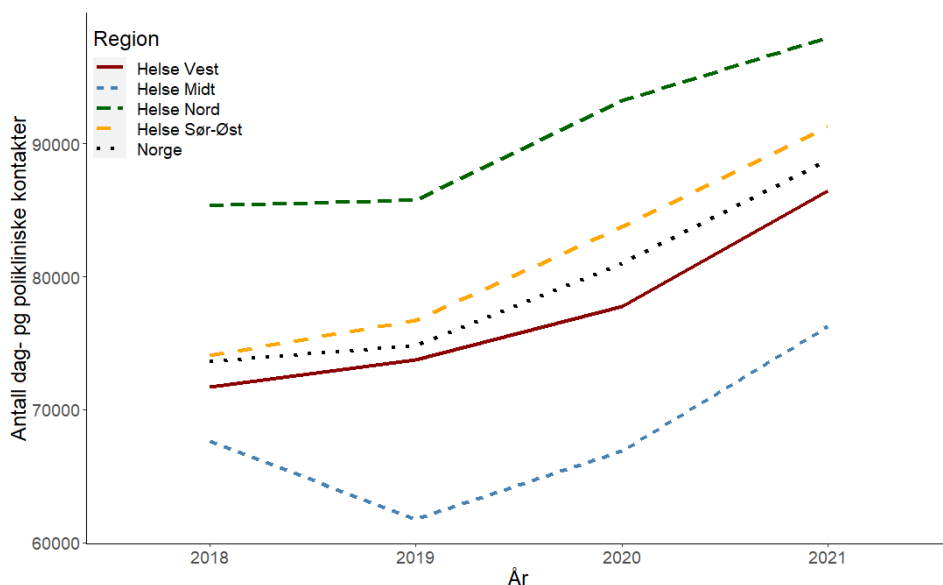
Den primære behandlingsformen i PHBU er gjennom dag- og poliklinisk behandling. En viktig utvikling i poliklinikk er hvordan man tilnærmer seg utredning og behandling, og flere tilstandsgrupper vil ha en større del av behandling komprimert over få dager, mens andre forløp vil måtte strekke seg over tid.

Figuren nedenfor viser utviklingen i antall individer i PHBU korrigert for befolkning over tid. Foruten en vekst i antall individer korrigert for befolkning, som er mest uttalt i Helse Sør-Øst, er det en illustrasjon på at variasjonen i tilbudet i Norge er lavere i perioden 2019-2021 (særlig grunnet et likere tilbud i Helse Midt og Helse Sør-Øst). Helse Nord har flere barn i PHBU korrigert for innbygger enn øvrige regioner, og variasjonen innad i Helse Nord viser en negativ utvikling i 2021.



Figur 2 Antall individer i PHBU per 100 000 innbygger under 18 år 2018-2021 over helseregioner

Figur nedenfor viser en vekst i poliklinikk og dagbehandling for pasienter PHBU. Veksten i kontakter i PHBU korrigert for befolkning er på om lag 20% fra 2019 til 2021. Denne utviklingen er noe høyere enn økningen i antall individer. Dette er igjen sammenfallende med utviklingen i CGAS hvor det er en noe lavere andel med pasienter med høyt funksjonsnivå.



Figur 3 Antall dag- og polikliniske kontakter i PHBU per 100 000 innbygger under 18 år 2018-2021 over helseregioner

Et viktig spørsmål er om veksten skyldes mer funksjonsfriske pasienter, som kunne fått oppfølging på et lavere nivå – dersom forholdene lå til rette for dette. Pasienter i PHBU skal vurderes med CGAS (Children’s Global Assessment Scale), og en høyere skåre indikerer bedre funksjon (skåre på over 70 har lav indikasjon for spesialisthelsetjeneste). I tabell nedenfor vises antall og andel pasienter med ulike CGAS skåre (beregnet gjennomsnittsskåre per pasient). Utviklingen fra 2019 viser at det er en noe lavere andel med høy funksjonsskåre. Dette innebærer at det volumet av pasienter som er kommet inn i 2021, vurderes å ha en noe lavere funksjon enn tidligere.

Tabell 5 Fordeling av antall pasienter, kontakter per individ og andelsfordelinger i 2019 og 2021 over CGAS-skåre (100 = høyest funksjon) for pasienter i PHBU Norge

CGAS	2019		2021		2019	2021	Endring kontakter per individ
	Individer	Kontakter per individ	Individer	Kontakter per individ	Andel individer i kategori	Andel individer i kategori	
0-19	101	19,3	83	24,7	0,2 %	0,2 %	28 %
20-29	114	27,9	142	31,5	0,3 %	0,3 %	13 %
30-39	875	28,6	915	31,9	2,2 %	2,0 %	12 %
40-49	7 876	21,8	9 368	22,9	19,4 %	20,0 %	5 %
50-59	17 430	16,8	21 256	17,2	42,8 %	45,4 %	2 %
60-69	10 109	13,2	11 036	13,4	24,9 %	23,6 %	1 %
70-79	3 049	9,5	3 080	9,6	7,5 %	6,6 %	0 %
80-89	950	7,3	813	7,5	2,3 %	1,7 %	2 %
90-100	173	6,6	156	7,3	0,4 %	0,3 %	11 %
	40 677		46 849				

Som nevnt ovenfor, er en sentral utvikling innen fagområdene en komprimering av polikliniske behandling til mer intensive dagtilbud. Tabellen nedenfor viser antall timer per pasient per år over helseregioner. Pasienter bosatt i Helse Sør-Øst har et høyere timeantall per individ i PHBU, mens Helse Midt har ett noe lavere timeantall per individ i dag og poliklinikk.

Tabell 6 Antall timer dag- og poliklinikk per individ i PHBU over år og helseregioner. Beregning er basert på antall minutter fra inn til ut for poliklinikk og dagbehandling i PHBU hvor lengde er mellom 0 og 10 timer.

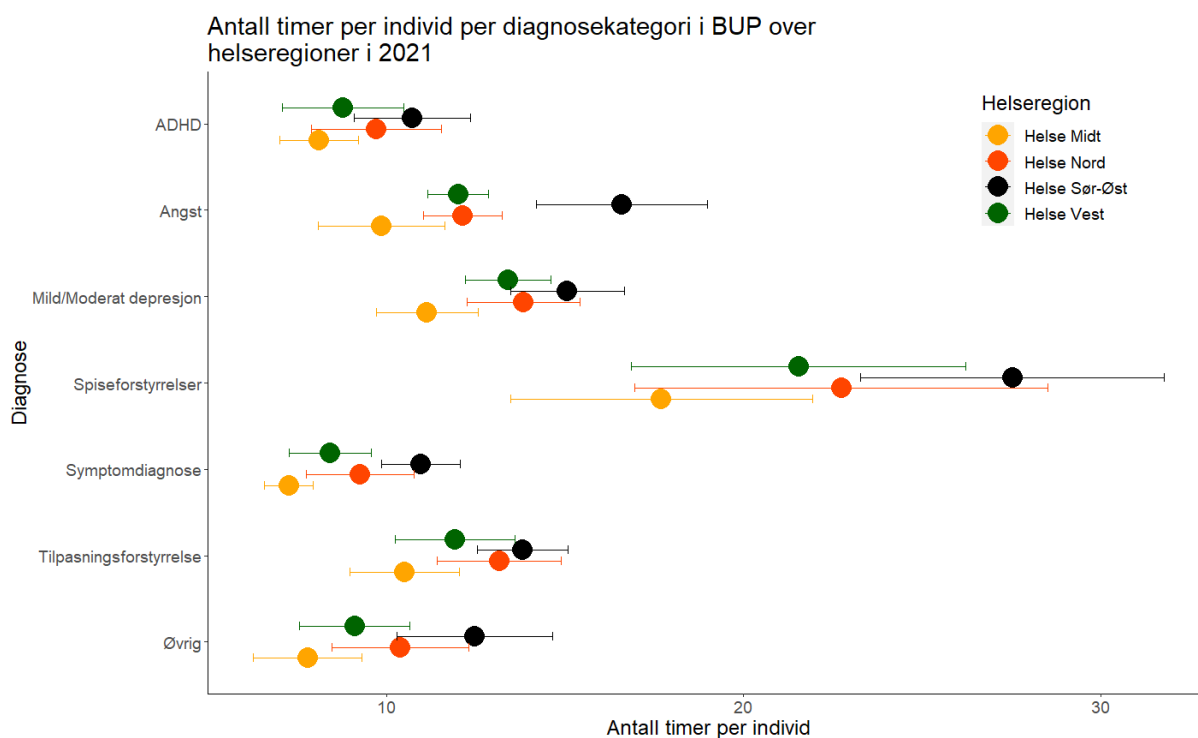
	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst
2018	14,5	11,0	15,4	16,3
2019	14,8	11,1	15,2	16,9
2020	14,5	10,7	15,4	17,0
2021	13,7	11,2	14,9	16,8

Pasientene som får behandling og oppfølging i PHBU, har mange ulike problemstillinger. Den store forskjellen i ressursinnsats målt i timer over helseregioner er for ADHD. Kategorien for symptomdiagnose inkluderer R- og Z-diagnoser. Ettersom hvert opphold telles (ikke bare sluttdiagnose), blir denne kategorien forholdsvis større. Kategorien blir mindre hvis én kun ser på sluttdiagnose. For mange 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.

Tabell 7 Fordeling av timer i behandling 2021 over diagnosegrupper og helseregioner i PHBU

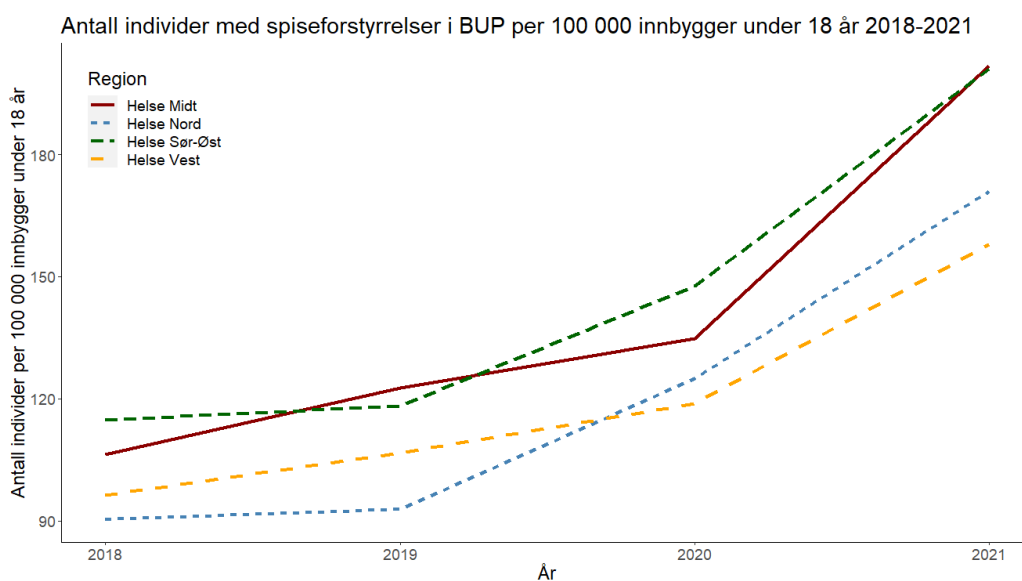
	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst
ADHD	17,0 %	20,4 %	16,4 %	11,0 %
Alvorlig depresjon	0,8 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %
Alvorlig psykisk lidelse	1,4 %	1,4 %	1,0 %	1,0 %
Angst	8,3 %	7,7 %	8,4 %	8,1 %
Mild/Moderat depresjon	5,0 %	3,4 %	5,2 %	4,0 %
Personlighetsforstyrrelser	0,2 %	0,6 %	0,4 %	0,4 %
Spiseforstyrrelser	4,0 %	5,4 %	3,5 %	6,2 %
Symptomdiagnose	37,9 %	41,2 %	40,0 %	44,3 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	7,9 %	8,2 %	9,5 %	7,9 %
Øvrig	17,4 %	11,2 %	15,1 %	16,8 %

Overordnet er det ikke store forskjeller i tilgjengelighet til PHBU, men det er noen regionale forskjeller i pasientsammensetning. I hvilken grad ulike tilstandsgrupper får ulikt volum av behandling målt i timer vises i figuren under Estimatenes beregnet per opptaksområde og aggregert til helseregion for å illustrere intra- og interregional variasjon i behandling i PHBU. Gjennomgående har Helse Sør-Øst høyere timeantall per pasient, mens Helse Midt har lavere. De største nasjonale og regionale forskjellene i oppfølging i 2021 observeres for behandling av angst og spiseforstyrrelser. For spiseforstyrrelser er det også en betydelig variasjon innad i helseregioner. En rekke tilstandsgrupper viser mindre indikasjon på variasjon i behandlings- og utredningsomfang.



Figur 4 Antall timer per individ per diagnosegruppe over helseregioner 2021. Konfidensintervall er beregnet per opptaksområde i hver region.

Utviklingen i antall individer med spiseforstyrrelser over helseregioner i Norge er relativt lik. Å tilrettelegge for en udifferensiert kapasitetsvekst nasjonalt vil således ikke være urimelig. Figur under viser utviklingen i antall individer i PHBU med spiseforstyrrelse per 100 000 innbygger under 18 år over helseregioner.



Figur 5 Antall individer med spiseforstyrrelser i PHBU 2018-2021 over helseregioner

Innholdet i den polikliniske behandlingen i PHBU synes derimot å være mer variabel, og en udifferensiert vekst vil derfor opprettholde den observerte variasjonen. Det er sannsynligvis gode grunner til noe variasjonen som observeres for spiseforstyrrelser. Det mest sentrale behandlingstiltaket er familiebasert behandlingstiltak (FBT), og det vil flere steder ikke være hensiktsmessig eller mulig å gjennomføre i poliklinikk.

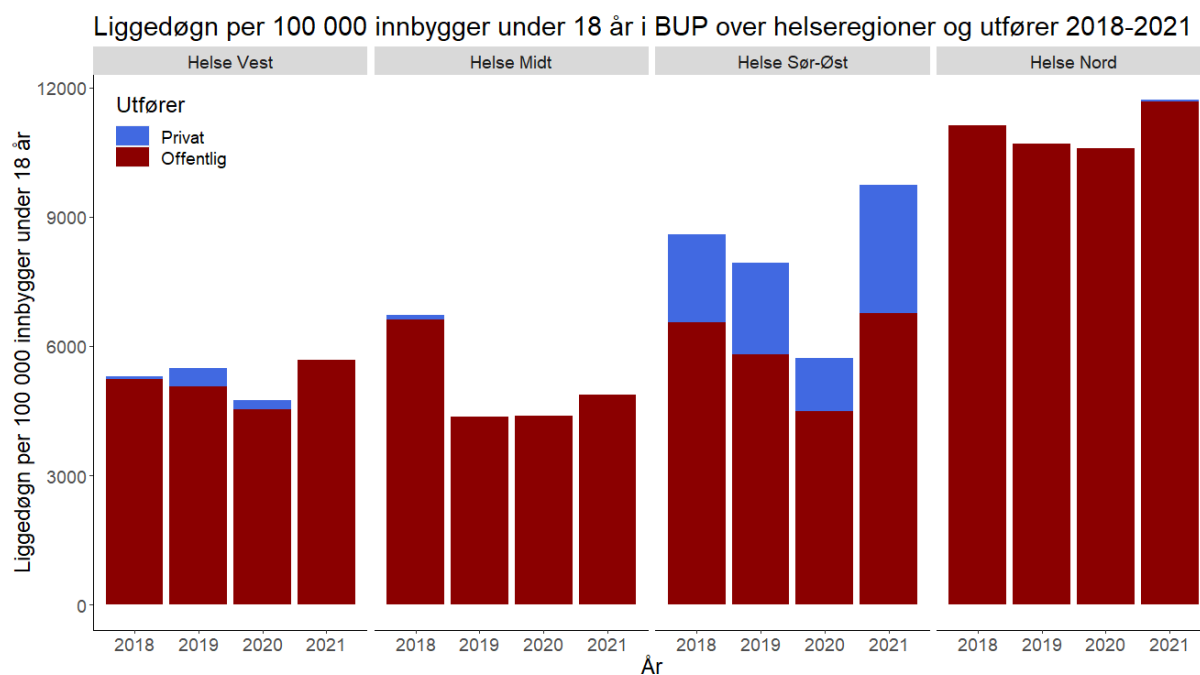
Delforklaringer på variasjon i behandlingsinnhold er vurdering av funksjonsnivå og i hvilken grad pasientene blir innlagt. Tabellen under viser liten klinisk differanse i funksjonsnivå, andel innlagt, men betydelig forskjell i liggedøgn per individ for pasienter med spiseforstyrrelser i 2021. Det kan indikere en variabel behandlingsinnsats overfor barn- og unge med spiseforstyrrelser. En nærmere analyse av dette vil nærmere kunne illustrere hvordan den samlede kapasiteten utnyttes på dette området.

Tabell 8 Gjennomsnittlig CGAS, andel innlagt og liggetid per individ for pasienter med spiseforstyrrelse i PHBU 2021

	Snitt CGAS	Andel innlagt	Liggetid per individ
Helse Vest	50,2	16,7 %	71,3
Helse Midt	49,0	14,8 %	50,9
Helse Nord	51,4	18,9 %	80,0
Helse Sør-Øst	49,1	16,9 %	90,6

Det er relativt få pasienter med spiseforstyrrelser i behandling, men flere har stort behov for behandling. Pasientene utgjør vel 2% av pasientpopulasjon i PHBU, men i overkant av 30% av forbruket av liggedøgn nasjonalt. En særskilt høy vekst for behandlingsskrevende pasientgrupper representerer utfordringer for framskrivingene. En ratebetraktning av 2016 eller 2018-nivå, vil ikke treffe på dagens kapasitetsbehov. En særskilt kapasitetsvekst bør derfor innarbeides for spiseforstyrrelser.

Døgninnleggelser i PHBU er relativt sjeldent forekommende, og 3% (Helse Sør-Øst) til 5,5% (Helse Nord) av pasientpopulasjon i PHBU blir innlagt. Denne andelen er nokså stabil over tid. Forbruket av liggedøgn økte i 2021. Den tydeligste veksten observeres i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. Figuren nedenfor viser utviklingen i liggedøgn i PHBU over helseregioner og utfører. Helse Sør-Øst har et betydelig bidrag fra private leverandører, noe som ikke sees i de andre helseregionene.



Figur 6 Liggedøgn per 100 000 innbygger under 18 år i PHBU over helseregioner og utfører 2018-2021

Helsedirektoratet har nylig publisert oppdaterte tall på sengekapasitet i helseforetak/sykehus i 2021. Foruten Helse Nord er det liten forskjell i kapasitet mellom de øvrige regionene. Helse Nords kapasitet er lokalisert over 4 sykehus med små enheter. I Helse Sør-Øst er det betydelige forskjeller, særlig mellom Oslo som har høy kapasitet, og Vestfold og Sørlandet som i dag har lavere kapasitet. Sørlandet vil etablere en høyere døgnkapasitet når nytt sykehusbygg åpner. Vestfold sin døgnavdeling i PHBU er bemannet med 34 årsverk som i stor grad jobber oppsøkende mot pasientene i deres nærmiljø. Denne behandlingstilnærmingen er ønsket fra fagmiljøet, og vurderes å være bedre for barnet og familien. Dette vil sannsynlig gi behov for mindre døgnkapasitet.

Tabell 9 Døgnkapasitet ved offentlig helseforetak/sykehus PHBU 2021. Kilde: Døgnkapasitet (Helsedirektoratet SAMDATA).

	Døgnkapasitet per 100 000 under 18 år
Helse Vest	22,7
Helse Midt	25,9
Helse Nord	44,1
Helse Sør-Øst	22,4

Det er en variasjon i døgntilbudet i PHBU. Det er særlig forskjell mellom Helse Sør-Øst og Helse Nord (høyere forbruk) og Helse Vest og Helse Midt som begge har et lavere forbruk. Døgnkapasiteten ved offentlig sykehus i regionen er avvikende for Helse Nord. Den offentlige kapasiteten i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt er relativt lik.

Anskaffelse av private behandlingstilbud er assosiert med egne behovsvurderinger, samtidig er det ønskelig at framskrivingsmodeller integrerer slike tilbud. Organiseringen og bruken av private tilbud er varierende og vil gjennom «sørge for»-ansvaret til de regionale helseforetakene kunne utfylle behov. Framskrivingsmodeller vil således indikere endringsbehov, og private aktører vil kunne ha en rolle i å dekke disse behov.

Oppsummert vurderes det at det er en vekst i PHBU fra 2019 til 2021, ut over hva som var forventet. Det tilkomne pasientvolumet er vurdert med noe lavere funksjonsnivå. Det vil bidra til økt press inn mot spesialisthelsetjenesten over neste ti-år, men trolig ikke på 2021-nivå. Dersom spesialisthelsetjenesten skal ta ett større ansvar for barn- og unge med risiko for falle mellom tilbud, vil dette innebære en betydelig vekst i ressurskrevende utredning og behandling (dagtilbud). Tilgjengelig døgnkapasitet i offentlig helsetjeneste er relativt likt distribuert over helseregioner, foruten Helse Nord som har en høyere kapasitet. Veksten i behandlingsbehov for spiseforstyrrelser synes å være relativt lik over helseregioner. Det anbefales derfor en udifferensiert kapasitetsvekst for spiseforstyrrelser inn i behandling på 10% fra 2021-nivå som bør innarbeides tidlig i perioden. Det er samtidig en variasjon i behandlingstilbudet for pasienter med spiseforstyrrelser, og det er behov for bedre kunnskap om hva som er optimalt behandlingsnivå.

Faggruppen har også diskutert utfordringer for pasienter i forløp og etter overføring til kommunene. Opprettholdelse og videreutvikling av robuste spesialisthelsetjenester for pasienter med moderate til alvorlige tilstander innen psykisk helse og rus, forutsetter velfungerende kommunale tjenester som kompletterer det samlede tjenestebehovet. Kommunerepresentantene har vært tydelig på at de har et ansvar for milde og moderate tilstander, og flere lavterskeltilbud er implementert i flere kommuner. Det er samtidig stor variasjon i kommunale tilbud. For de alvorlige lidelsene er de i en kort periode i

spesialisthelsetjenesten, men bor i kommunene med tilhørende tilbud. Kommunene etterlyser større fleksibilitet for å få veiledning, tilsyn, mulighet til felles observasjon og andre tiltak når det oppstår utfordringer. Faggruppen peker på behovet for bedre overføringer mellom spesialisthelsetjenester og kommunene og behovet for ambulante tjenester som kan jobbe mer fleksibelt sammen med kommunene. Det anbefales at midler til tjenesteinnovasjon spisses mot tiltak som sikrer gode overføringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, for å teste ut modeller og dokumentere effekter.

6.2. 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.¹³ 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.¹⁴ I Helse Nord er flere modeller for skoleinkludering under utprøving, både i regi av Nordlandssykehuset (Gå på skole – GPS) og Universitetssykehuset Nord-Norge som piloterer HelseArbeid-ung, rettet mot ungdom i videregående skole. Det er også etablert flere piloteringer av FACT-ung, rettet mot unge mellom 12-24.¹⁵ Det kan bidra til at flere klarer å opprettholde funksjon over lengre perioder og vil bidra til å redusere risiko for utenforskap.

6.3. Barn i barnevernet

I 2021 mottok 52 520 barn og unge hjelp fra barnevernet.¹⁶ Psykisk helsevern for barn og unge ga tilbud til 46 849 barn og unge. Det mangler gode nasjonale tall for å vite hvor stor andel av barn og unge i barnevernet som samtidig har et tilbud i PHBU.

Bufdirs statistikk for 2021 viser at for 66% av barn og unge ble det gitt hjelpetiltak i hjemmet. Nesten 10 000 barn og unge hadde plassering utenfor hjemmet i 2021. De fleste i fosterhjem (84%) eller i barnevernsinstitusjon (8%).¹⁷ Kayed m. fl. sin rapport

¹³ OECD *Investing in Youth: Norway* 5. April 2018

¹⁴ <https://diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern-og-rus/barne-og-ungdomspsykiatrisk-poliklinikk#gruppeterapi>

¹⁵ <https://www.napha.no/content/24269/Oppsokende-FACT-team-for-unge-i-gang>

¹⁶ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/

¹⁷ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Oppsummert_status_i_tall_for_barnevernet/

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.¹⁸ Det er også indikasjon på at ungdom i barnevernsinstitusjonene har høyere forekomst av psykisk lidelse enn ungdom for øvrig og høy grad av komorbiditet. I tillegg hadde nesten 28% tidligere innleggelse i psykisk helsevern for barn og unge.¹⁹ 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 oppmerksomhet de senere år, og ulike tiltak er iverksatt. Det er innført lokale samarbeidsavtaler mellom PHBU og barnevern, regionale avtaler mellom de regionale helseforetakene og Bufetat, fellesinstitusjoner for PHBU /barnevern og barnevernsansvarlig i PHBU, 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.²⁰ Likevel er det mye som gjenstår, jf. Barneombudets nyeste rapport *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*.²¹

Det er nå vedtatt å endre barnevernloven for å sikre tverrfaglig helsekartlegging av barn og unge som barnevernet skal overta omsorgen for. 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. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten skal avsette kompetanse og ressurser til både kartlegging og videre oppfølging og behandling.²²

6.4. 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.

¹⁸ <https://bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002834>

¹⁹ Kayed N. et. al. (2015) Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. NTNU Regionalt kompetansesenter for barn og unge.

²⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/barnevern-kartlegging-og-utredning-av-psykisk-helse-og-rus-hos-barn-og-unge>

²¹ Barneombudet 2020. Jeg skulle hatt BUP i en koffert.

²² <https://ny.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/tverrfaglig-helsekartlegging/>

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. For å kunne ivareta både omsorgsansvar hos Bufetat og behov for psykisk helsevern og/eller spesialisert rusbehandling, vil utvikling av gode modeller for ambulante spesialisthelsetjenester inn til barn og unge under omsorg hos barnevernet være nødvendig. 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 dette 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.

7. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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.²³ Det er klare indikasjoner fra FHI²⁴ og GBD at for få pasienter blir fanget opp i behandlingssystemet. Det er estimert at 8% av innleggelser ved somatiske sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol²⁵, og at alkohol kan være av betydning ved opptil en tredjedel av alle innleggelser i somatiske avdelinger.²⁶

7.1. Tilgjengelighet og innhold i TSB

Ingen andre diagnoser innen PHV/TSB er assosiert med like mange tapte leveår som rusrelaterte lidelser. Et godt tilbud innen TSB er derfor viktig. Tabellen nedenfor viser oversikt over pasienter med registrert kontakt og hoveddiagnose i PHV/TSB i perioden 2018-2022, og som i tillegg er registrert død. Tapte leveår beregnes ut fra alder ved død og forventet levealder.

Tabell 10 Antall tapte leveår for pasienter med registrert dødsfall i perioden 2018-2021 og kontakt med PHV/TSB.

Mest frekvente diagnose i PHV	Tapte leveår	Per individ	Andel
Rusrelatert	51 735	28,9	27 %
Symptomdiagnose	30 112	18,3	15 %
Affektiv	23 125	19,7	12 %
Nevrotiske lidelser	21 248	22,6	11 %
Psykose	15 821	23,4	8 %
Organiske lidelser	5 322	8,3	3 %
Personlighetsforstyrrelser	4 655	32,1	2 %

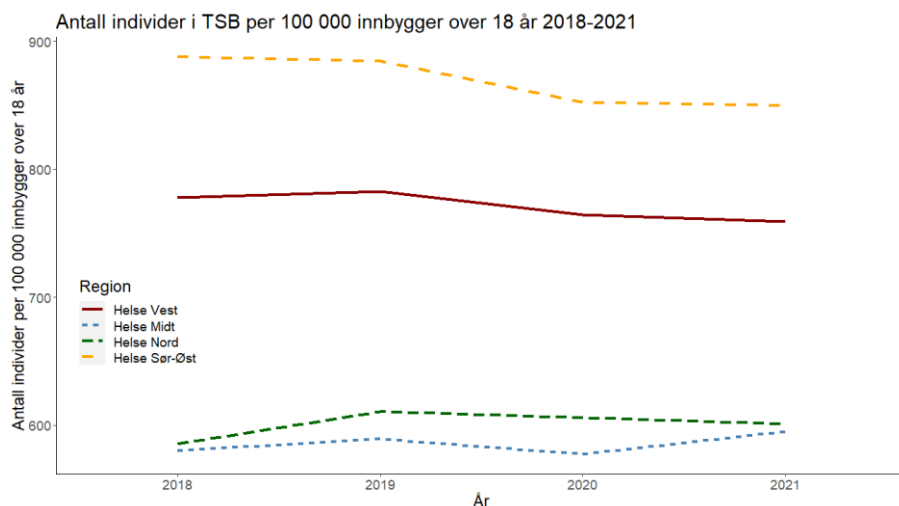
TSB behandler i overkant av 30 000 individer per år. Denne andelen har vært forholdsvis stabil fra 2018-2021. Figur nedenfor viser antall individer i TSB per 100 000 innbygger over 18 år over helseregioner.

²³ Griswold M. et. Al. (2018) Alcohol use and the burden for 195 countries and territories, 1900-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet vol. 392, issue 10152, p. 1015-1035.

²⁴ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

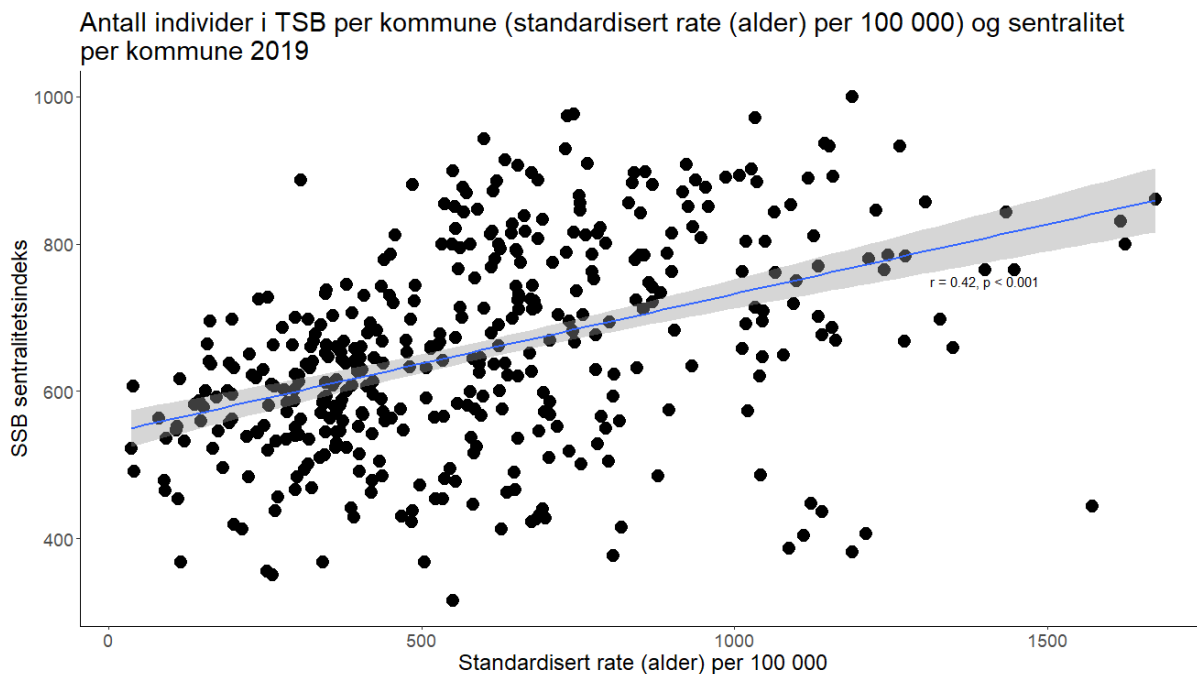
²⁵ BMJ Best Practice: Alcohol withdrawal, søkt 09.03.21.

²⁶ 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.



Figur 7 Antall individer i TSB per 100 000 innbygger over 18 år over helseregioner 2018-2021

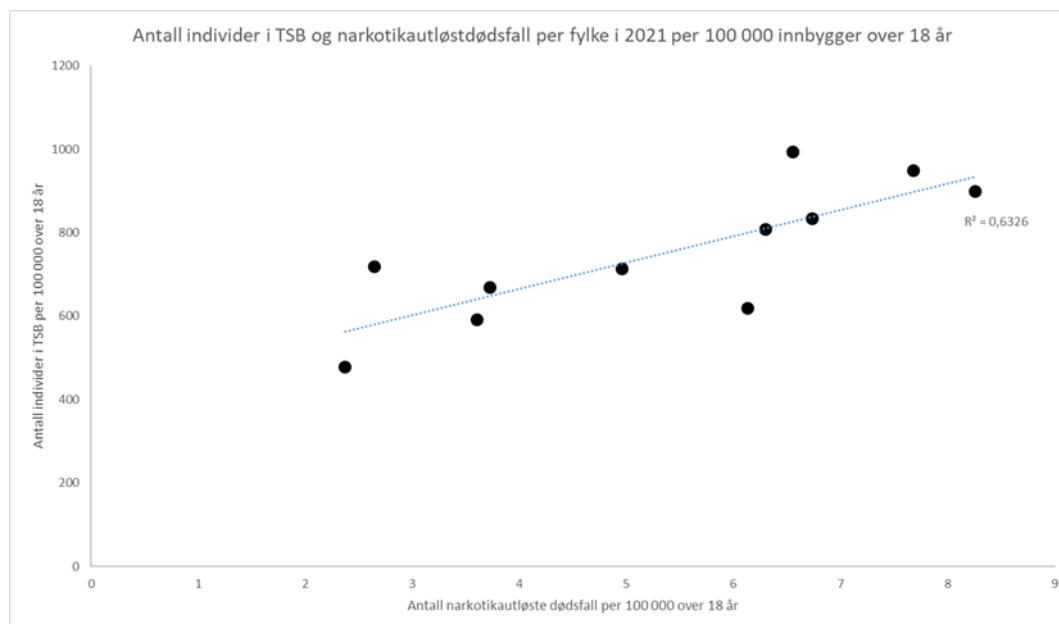
Organiseringen av tilbudet i TSB, Helsedirektoratets vurderinger vedrørende akuttjenester, samt epidemiologiske studier kan indikere at variasjonen i større grad er berettiget innen TSB. Figuren nedenfor sammenstiller antall individer i TSB (standardiserte rater (alder) per 100 000 innbygger) og sentralitetsindeks fra SSB i 2019. Korrigert for befolknings sammensetning er det en positiv korrelasjon på $r=0.42$, $p<0.001$. Dette kan samtidig indikere at tilbudet er mer utbygget i sentrale strøk, og derfor mest brukt der.



Figur 8 Antall individer i TSB per kommune (standardiserte rater (alder) per 100 000 innbygger) og sentralitetsindeks fra SSB 2019

En annen tilnærming vil derfor kunne være å se på forekomsten av narkotikautløste dødsfall og hvordan disse fordeles i Norge. Figur nedenfor illustrerer dette gjennom en sammenstilling av antall individer i TSB og narkotikarelaterte dødsfall over fylker i

2021. Dette kan indikere en sammenheng mellom utbygde tilbud og behovet for helsetjenestene.



Figur 9 Antall individer i TSB og antall narkotikautløste dødsfall (kilde: Dødsårsaksregisteret) per 100 000 innbygger over 18 år 2021.

Tabell nedenfor sammenstiller antall polikliniske kontakter over tid, helseregioner og mest frekvente hoveddiagnoser (tre tegn; 80% av nasjonalt volum).

Tabell 11 Antall kontakter og antall kontakter per 100 000 innbygger i poliklinikk TSB over tid, helseregion og hoveddiagnose. Kontakter med hoveddiagnose opiatavhengighetsyndrom for tiden på vedlikeholdsbehandling og Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjoner ekskludert fra sammenstillingen.

Hoveddiagnose	Helse Midt								Helse Vest							
	Antall polikliniske kontakter				Antall kontakter per 100 000 over 18 år				Antall polikliniske kontakter				Antall kontakter per 100 000 over 18 år			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Alkohol	12 660	15 243	16 906	17 798	2 212	2 640	2 905	3 037	18 818	18 771	21 604	20 611	2 205	2 184	2 489	2 357
Cannabinoider	4 613	4 695	4 071	4 210	806	813	700	718	9 454	8 875	8 617	8 524	1 108	1 033	993	975
Bruk av flere rusmidler	3 734	2 735	3 028	3 408	652	474	520	582	6 987	6 954	7 324	6 156	819	809	844	704
Opiater	5 428	3 403	2 650	2 233	948	589	455	381	4 309	4 572	4 426	3 162	505	532	510	362
Tilpasningsforstyrrelser	1 292	1 952	1 700	2 263	226	338	292	386	2 204	2 563	2 553	3 446	258	298	294	394
Stimulanter	2 890	3 717	3 749	3 923	505	644	644	669	5 370	5 214	4 533	4 075	629	607	522	466
Nervøsitet	1 788	1 247	1 200	1 333	312	216	206	227	1 783	1 935	1 220	1 379	209	225	141	158
Vane- og impulsforstyrrelse	1 499	1 927	2 690	2 934	262	334	462	501	1 959	2 219	2 395	2 059	229	258	276	235
Sedativa og hypnotika	1 217	1 389	1 513	2 011	213	241	260	343	3 120	3 105	3 217	3 061	366	361	371	350
Andre	4 017	3 490	4 165	3 945	702	604	716	673	11 660	11 485	10 853	10 333	1 366	1 336	1 250	1 182
Total	39 138	39 798	41 672	44 058	6 837	6 893	7 161	7 518	65 664	65 693	66 742	62 806	7 693	7 643	7 689	7 183

Hoveddiagnose	Helse Nord								Helse Sør-Øst							
	Antall polikliniske kontakter				Antall kontakter per 100 000 over 18 år				Antall polikliniske kontakter				Antall kontakter per 100 000 over 18 år			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Alkohol	3 456	3 855	3 703	4 282	892	990	951	1 099	65 512	69 997	71 165	70 511	2 784	2 942	2 953	2 902
Cannabinoider	804	791	671	818	208	203	172	210	26 043	26 611	24 095	24 175	1 107	1 118	1 000	995
Bruk av flere rusmidler	1 057	936	938	874	273	240	241	224	13 086	14 958	15 514	15 247	556	629	644	627
Opiater	1 613	1 355	1 346	1 253	416	348	346	322	14 507	14 287	15 518	13 208	616	600	644	544
Tilpasningsforstyrrelser	562	669	702	1 099	145	172	180	282	14 044	14 123	16 105	15 639	597	594	668	644
Stimulanter	533	755	565	712	138	194	145	183	10 102	11 039	10 932	11 181	429	464	454	460
Nervøsitet	2 873	2 186	2 218	2 317	742	561	570	595	7 631	9 840	11 395	11 030	324	414	473	454
Vane- og impulsforstyrrelse	493	781	789	753	127	201	203	193	7 370	8 941	8 304	7 078	313	376	345	291
Sedativa og hypnotika	498	345	322	362	129	89	83	93	7 535	7 573	7 942	7 033	320	318	330	289
Andre	2 367	3 242	2 688	2 345	611	832	690	602	48 284	48 975	47 815	43 748	2 052	2 058	1 984	1 800
Total	14 256	14 915	13 942	14 815	3 680	3 830	3 581	3 803	214 114	226 344	228 785	218 850	9 099	9 513	9 495	9 007

Det klart største polikliniske volumet er for alkoholrelaterte tilstander. Dette utgjør 30% av det polikliniske volumet i alle helseregioner, foruten Helse Midt hvor det er 40% av

volumet. Helse Midt har hatt en klar vekst siden 2018, og er i 2021 på nivå med Helse Sør-Øst korrigert for innbygger. Estimert årsprevalens av alkoholbrukslidelser på 175 000 - 350 000²⁷, mens i 2021 fikk kun om lag 12 000 individer behandling i spesialisthelsetjenesten TSB. Det er variasjon i volumet av polikliniske kontakter over helseregioner, samtidig er det nasjonale behandlingsgapet for stort. Dette kan underbygge en udifferensiert kapasitetsvekst for alkoholrelaterte lidelser, men man bør også se på regionale korreksjoner. Andre hovedgrupper innen TSB er behandling for cannabinoid misbruk. Volumet av individer som mottar behandling i poliklinikk er 3 295 nasjonalt i 2021, mot en brukspopulasjon på 150 000. Det er således flere grunner for å styrke det polikliniske tilbudet innen TSB. Det bemerkes for øvrig at tilpasningsforstyrrelser (traume-relaterte tilstander) er relativt høyt forekommende innen TSB.

Den foreliggende framskrivingsmodellen fra 2021 vurderte at det var en høy innleggelsesrate i TSB, og at liggedøgn per individ var lang, særlig hos private aktører. En omstilling med sterkere poliklinikk, FACT og bedre overganger mellom døgnbehandling og hjem ble prioritert. Tabellen nedenfor viser fordeling av andel innlagt og liggetid per individ i TSB 2021 over helseregioner. Til sammenligning blir 15%-19% innlagt i VOP med liggetid per individ på 38 dager, og en liten andel rundt 5% i PHBU.

Tabellen viser at døgntilbudet i offentlig helseforetak har ulik innleggelsesrate og ulikt omfang av behandling. Helse Sør-Øst har en høyere innleggelsesrate, med få liggedøgn per individ. Profilen er motsatt i Helse Vest. Helse Vest har i liten grad overlapp mellom pasientpopulasjon som mottar behandling i offentlig versus privat, mens Helse Sør-Øst har større overlapp. Liggedøgn per individ i private behandlingstilbud i Helse Sør-Øst er dobbelt så lang sammenlignet med Helse Midt, men innleggelsesraten ikke er betydelig forskjellig.

Tabell 12 Andel innlagt i TSB og liggetid per individ over helseregioner og behandlingssted i 2021.

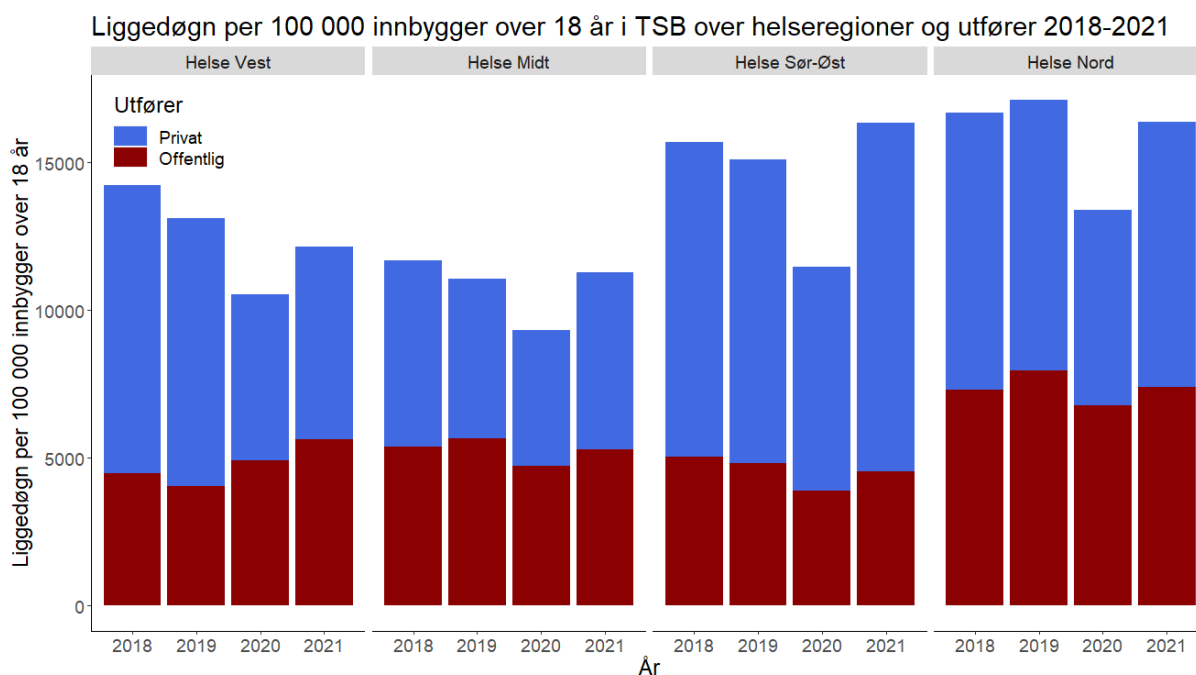
	Antall individer i TSB	Offentlig HF		Privat behandlingstilbud		Total	
		Andel innlagt	Liggetid per individ	Andel innlagt	Liggetid per individ	Andel innlagt	Liggetid per individ
Helse Vest	6 639	14 %	51,4	12 %	70,7	24 %	67,2
Helse Midt	3 487	25 %	36,1	16 %	62,7	34 %	56,2
Helse Nord	2 340	27 %	45,1	16 %	95,3	39 %	70,3
Helse Sør-Øst	20 646	20 %	26,3	12 %	117,9	27 %	72,3

Det samlede liggedøgnforbruket i TSB er høyt og tilsvarer om lag 600 000 døgn per år. Pasientpopulasjonen påvirkes av tilbudet, og Universitetssykehuset Nord-Norge erfarte sterk vekst for alkoholrelaterte lidelser i egne døgntilbud etter å ha videreutviklet akutttilbudet innen TSB. I tillegg har de hatt økning av henvisninger/overføringer fra

²⁷ [Rusmiddellidelser - FHI](#)

somatikken på eldre pasienter med alkoholrelaterte lidelser (ny pasientgruppe i TSB). Denne utviklingen viser at veksten i behov kan slå ut både innen poliklinikk og døgn.

Figuren nedenfor sammenstiller utviklingen i liggedøgnforbruk per 100 000 innbygger over 18 år over helseregioner og utfører. Hovedandelen av liggedøgn tilbys fra private leverandører i alle helseregioner. Mellom offentlige helseforetak og private døgninstitusjoner er det en viss funksjonsfordeling der private institusjoner leverer langtidsbehandling, mens helseforetakene har døgnkapasitet rettet mot utredning, akutte tjenester og kortere tids behandling. Foruten Helse Nord, er liggedøgnforbruket i offentlig helsevesen relativt likt mellom regionene. Ettersom både Helse Nord og Helse Midt har færre individer inn i TSB, er utjevning av liggedøgnforbruk særlig relatert til en høyere andel som blir innlagt. Problemstillingen relatert til private aktører og framskrivinger er også relevant for TSB og bør inngå i en samlet vurdering med differensierte effekter for å understøtte behov for kompetanseheving i TSB. Styrkingen av basistjenester (basistjenester er her definert som døgnkapasitet, avrusning, poliklinikk, ambulante og akutte tjenester) vil i hovedsak treffe de offentlige helseforetakene, noe som vil måtte innebære en sterkere omstilling for private behandlingsinstitusjoner.



Figur 10 Liggedøgn per 100 000 innbygger over 18 år i TSB over helseregioner og utfører 2018-2021

Godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg (FBV) er under vurdering, og konklusjon er foreløpig ikke klar. Dette er håndtert i framskrivningen med å holde liggedøgn relatert til FBV utenfor. I Helse Sør-Øst er det en vekst i liggedøgn innen FBV TSB fra 2019 til 2021 på om lag 50 000 liggedøgn og det er særskilt for Helse Sør-Øst en endring av ordningen vil påvirke det absolutte volum av liggedøgn. Samtidig må det vurderes opp mot den samlede kapasitetsutnyttelse, optimalisering av forløp og

styrking av kapasitet og kompetanse i Helseforetakene. Helse Sør-Øst har et særskilt høyt forbruk av privat døgnbehandling i TSB, med særlig lange oppholdstider per individ som er over dobbelt så lang som Helse Midt og Helse Vest. Det bør derfor være mulig å absorbere større deler av volumet inn i eksisterende drift av døgnkapasitet.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha) har en oversikt over eksisterende FACT-team, men det foreligger ingen offisiell statistikk over FACT-team i NPR. Erfaringer fra arbeidsgruppa er at det for pasienter i TSB er viktig med ambulante tilbud, og enkelte FACT-team er indisert ved en mindre populasjon i TSB enn tidligere antatt. En mulig tilnærming er å se på antall individer med 3 eller flere innleggelser ved helseforetakene, for å identifisere behov for pasienter med særlig behov for sammensatte og oppsøkende, integrerte helsetjenester.

Tabellen nedenfor viser andelen av pasienter med tre eller flere innleggelser ved helseforetak i 2021, og illustrerer at det er relativt stor forskjell over helseregioner. Ett anslagsvis volum på en FACT-populasjon i TSB vil være 7,4% av døgnpopulasjonen ved helseforetak, men at man for denne populasjonen vil kunne anta samme effekt av FACT som for PHV voksen.

Tabell 13 Antall individer med døgninnleggelse ved HF i TSB og antall individer med tre eller flere innleggelser ved HF i TSB 2021 over helseregioner.

Opptaksområde	Antall individer innlagt ved HF	Antall individer med 3 eller flere innleggelser	Andel med flere innleggelser
Helse Midt	858	111	12,9 %
Helse Nord	640	54	8,4 %
Helse Sør-Øst	4 204	249	5,9 %
Helse Vest	957	58	6,1 %
Norge	6 721	497	7,4 %

7.2. Status basistjenester TSB

Organiseringen av innholdet i TSB har vært ulik over helseregioner og opptaksområder i Norge. Det har vært en positiv utvikling de senere årene, men fremdeles er en del av de grunnleggende tjenestene organisert forskjellig, noe som gjør det vanskeligere å gjøre felles nasjonale analyser. TSB er et relativt ungt fagområde, og det arbeides fremdeles med å etablere gode basistjenester over hele Norge. Basistjenester er her definert som døgnkapasitet, avrusning, poliklinikk, ambulante og akutte tjenester. Alle helseforetak har en grunnkapasitet innen døgn, poliklinikk og ambulante tjenester. Avrusningstilbud er tilgjengelig i alle opptaksområder, og vil om kort tid være operative i alle helseforetak. Akutt-tjenestene i TSB er fremdeles organisert og innrettet på ulikt vis over opptaksområder.

Helsedirektoratet skriver at alle helseforetak skal ha lege i døgnvakt og alle helseforetak skal ha et akutttilbud inn TSB.²⁸ Tilbudet kan innebære poliklinisk intervensjon eller døgntilbud. Denne retningslinjen vil åpne for ulik praktisering av sentrale basistjenester, noe som kan være hensiktsmessig ut fra ulike behov. Flere av helseforetakene har organisert sitt akutte tilbud i samarbeid med PHV eller somatikk.

Tabellen nedenfor viser noen parametere ved grunnleggende tjenester innen TSB i Norge (kilde: Nasjonal kompetansetjeneste TSB; Helsedirektoratet; NPR).²⁹

Tabell 14 Sammenstilling av status for basistjenester i TSB per 2022.

Helseforetak	Senger	Avrusning	Rusakuttmottak	Akutte tjenester	Tilgang på lege som er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin	Mulighet for å etablere akutte døgnplasser
Akershus universitetssykehus HF	60	Ja	Ja, ikke 24/7	TSB/PHV/Somatikk	Nei	Ja
Finnmarkssykehuset HF	12	Ja		Nei	Ja	Ja
Helgelandssykehuset HF	8	Ja		Nei	Nei	Krever flere forhold
Helse Bergen HF	131	Ja	Ja	TSB	Ja	Etablert
Helse Fonna HF	16	Ja		TSB	Nei	Mangler tilgang på spesialist
Helse Førde HF	20	Ja		PHV	Ja	Krever flere forhold
Helse Møre og Romsdal HF	56	Ja		TSB	Ja	Etablert
Helse Nord Trøndelag HF	16	Ja		Pol/PHV/Somatikk	Nei	Krever flere forhold
Helse Stavanger HF	32	Planlagt	Planlagt	PHV/privat	Planlagt	Planlagt
Nordlandssykehuset HF	16	Ja	Planlagt	PHV/somatikk	Ja	Ja
Oslo universitetssykehus HF	86	Ja	Ja	TSB	Ja	Etablert
St. Olavs Hospital HF	34	Planlagt	Ja	TSB	Ja	Planlagt
Sykehuset i Vestfold HF	46	Ja		TSB/PHV	Ja	Ja
Sykehuset Innlandet HF	49	Ja		TSB/PHV	Usikkert	Ja
Sykehuset Telemark HF	13	Ja		TSB	Nei	Mangler tilgang på spesialist
Sykehuset Østfold HF	34	Ja		TSB/PHV	Nei	Mangler tilgang på spesialist
Sørlandet sykehus HF	73	Ja		PHV/TSB	Ja	Ja
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	67	Ja	Ja	TSB	Ja	Etablert
Vestre Viken HF	49	Ja		PHV	Ikke ved enhet	Ja

Rusakuttmottak eksisterer ved fem helseforetak og planlegges ved ytterligere to. Det er trolig ikke behov for komplette rusakuttmottak ved alle helseforetak med tanke på volum av pasienter, og det mest sentrale for en tilfredsstillende akuttsløyfe er tilgang på akutte vurderinger, tilgjengelig døgnkapasitet og relative korte ventetider på avrusningstilbud.

Ettersom alle helseforetak har/har planlagt avrusningstilbud og har et døgntilbud, kan det utvikles døgnbaserte akutttilbud til ruspasienter. Det vil kreve en økt bemanning og kompetanseheving, og særlig tilgang til spesialist i rus- og avhengighetsmedisin ved flere steder. Legevakt i kommunene og akutt-tjenester i spesialisthelsetjenesten er sikkerhetsnettet til befolkningen. I akutte situasjoner må det gjøres avklaring med iverksetting av nødvendige tiltak slik at behandlingstrengende sykdom forårsaket av underliggende helseproblem fanges opp. Helsepersonell i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten trenger mulighet til å konferere med spesialist i TSB gjennom døgnet når de har en pasient i en akutt rusrelatert krise. Et spørsmål blir hvorvidt

²⁸ [Helsedirektoratet om akutttilbud i TSB](#)

²⁹ [Nasjonal kartlegging av TSB](#)

helseforetakene må kunne motta pasienter i direkte rusrelatert krise gjennom hele døgnet, når pasienten ikke trenger somatisk overvåkning og behandling eller tilsvarende tilbud i psykisk helsevern. Et estimat på kostnadsvekstbehov som følge av å sikre et godt rusakutttilbud vil kreve nærmere kunnskap om eksisterende vaktlinjer ved de ulike helseforetakene.

7.3. Utviklingsområder

TSB er fremdeles et relativt ungt tjenesteområde, og det er behov for kompetanseheving i fagfeltet. Det er fortsatt behov for en tydeliggjøring og satsning på basistjenester. Dette er begrunnet med høyt antall tap av leveår, kvalitetsjusterte leveår, samfunnsøkonomi og samfunnssikkerhet. Eksempler på viktige utviklingsområder er:

- Dagens organisering, bruk av ressurser og prioriteringer i TSB harmonerer ikke med at det er alkoholbrukslidelser som utgjør de hyppigste rusmiddellidelsene i Norge, og som medfører størst helseskade og tidlig død. Det handler om 175-350 000 personer. Kun 12 000 individer fikk behandling for alkohol i 2021.
- Amfetaminbrukere (og kokain). Det er estimert 11 000 personer med problematisk bruk av amfetamin i Norge, hvor omtrent halvparten er sosialt marginaliserte. Antallet i behandling er svært lavt, og brukerorganisasjonene beskriver TSB som «opiatsentrert». Det må etableres flere virksomme behandlingsformer for denne gruppen.
- Antallet pasienter med cannabisutløst psykose øker, og sammenhengen mellom rusutløst psykose og utvikling av alvorlig psykoselidelse er høy. Behovet for tidlig intervensjon for cannabisutløst/rusutløst psykose på samme måte som tidlig intervensjon for psykose i PHV VOP bør undersøkes. Om lag 5% av pasienter med avhengighetslidelser har opplevd traumatiske hendelser, og 45% av disse fyller PTSD kriterier. Det finnes per i dag ingen anerkjente metoder for behandling av denne pasientgruppen, og pasienter med denne komorbiditeten har i dag dårligere respons på behandling og høyere drop-out enn andre pasienter med kun ruslidelser eller kun PTSD.
- Det er for få unge som får ett behandlingstilbud i TSB. Spesialisert kunnskap om rus og ruslidelser er sentralt i behandlingen og oppfølgingen også av unge med rusmiddelproblemer. I 2021 var 0,5% av pasientpopulasjonen i TSB mellom 14-17 år, 0,7% var 18 år. Økning i bruk av rusmidler blant unge krever en styrket innsats rundt tidlig intervensjon og forebygging.

Disse eksemplene viser viktigheten av å ikke bare tenke kapasitet og struktur i forhold til dagens behandling i TSB, men legge til rette for strukturer hvor fagfeltet kan utvikle

seg slik at gapet mellom tilbudet (både i kvalitet og i kvantitet) til pasienter med ruslidelser og tilbudet til pasienter med andre lidelser kan reduseres.

Forebyggende innsats rettet mot de unge må foregå på de arenaene unge oppholder seg. Systematisk informasjon og veiledning rettet mot de unge selv samt skoler/universitet, idrettslag mm kan være viktige tiltak. Her vil TSB, herunder regionale KoRus ha en viktig rolle. Et systematisk og konkret samarbeid mellom TSB og kommunene om styrket innsats for de unge vil være en viktig videreutvikling av helsefelleskapene.

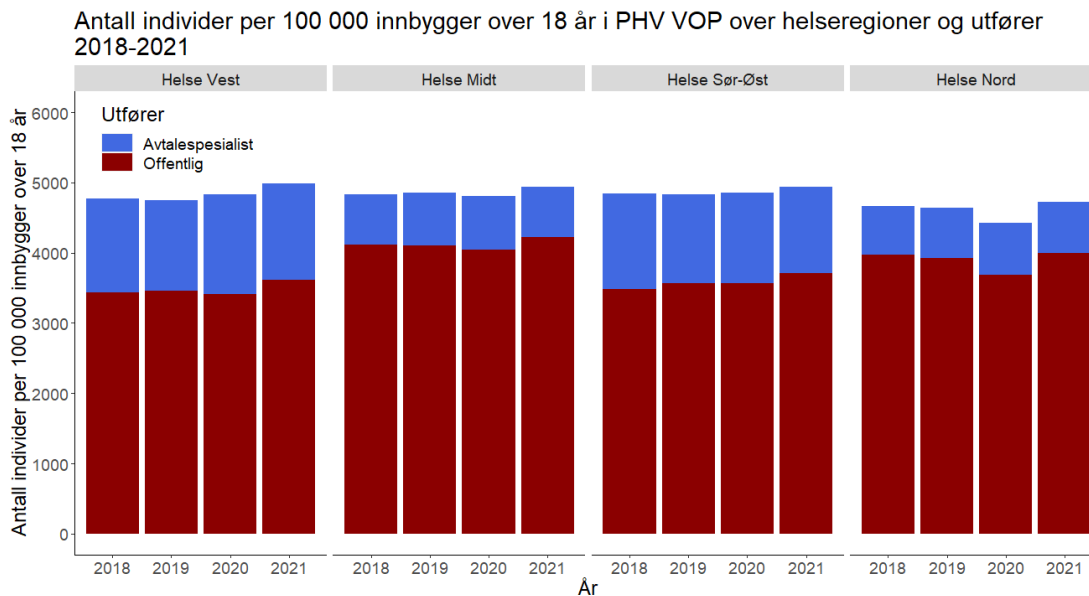
Det er også behov for å videreutvikle konsultasjonstjenestene TSB har overfor somatikk og kommunehelsetjeneste, for å forebygge overdosedødsfall relatert til farmasøytiske opioider. Ett eksempel på dette kan være formalisert og tverrfaglig samarbeid både med smerteklinikker og fylkeslege. Enkelte HF har dette også i dag, slik at kunnskap og erfaring vil kunne være tilgjengelig for deling med andre. Videre bør man se på nye overdoseforebyggende tiltak rettet mot denne målgruppen, da de tiltakene som eksisterer i dag i hovedsak er rettet mot heroinoverdoser.

Det anbefales en fortsatt satsning og prioritering av poliklinikk i TSB, men en redusert forventet nytte av FACT. Det må gjøres vurderinger av hvordan man tidlig nok kan nå ut til personer som i dag ikke oppsøker behandling, eller som har utviklet alvorlige tilstander innen de oppsøker hjelp. De unge er en viktig målgruppe i denne sammenhengen. Det anbefales en vridning fra langtidsbehandling til styrking av grunnleggende tjenester. Vridningen er sannsynligvis ikke tilstrekkelig til å dekke kostnadsvekstbehovet alene, men krever separat utredning og vurdering.

8. Psykisk helsevern for voksne

8.1. Tilgjengelighet

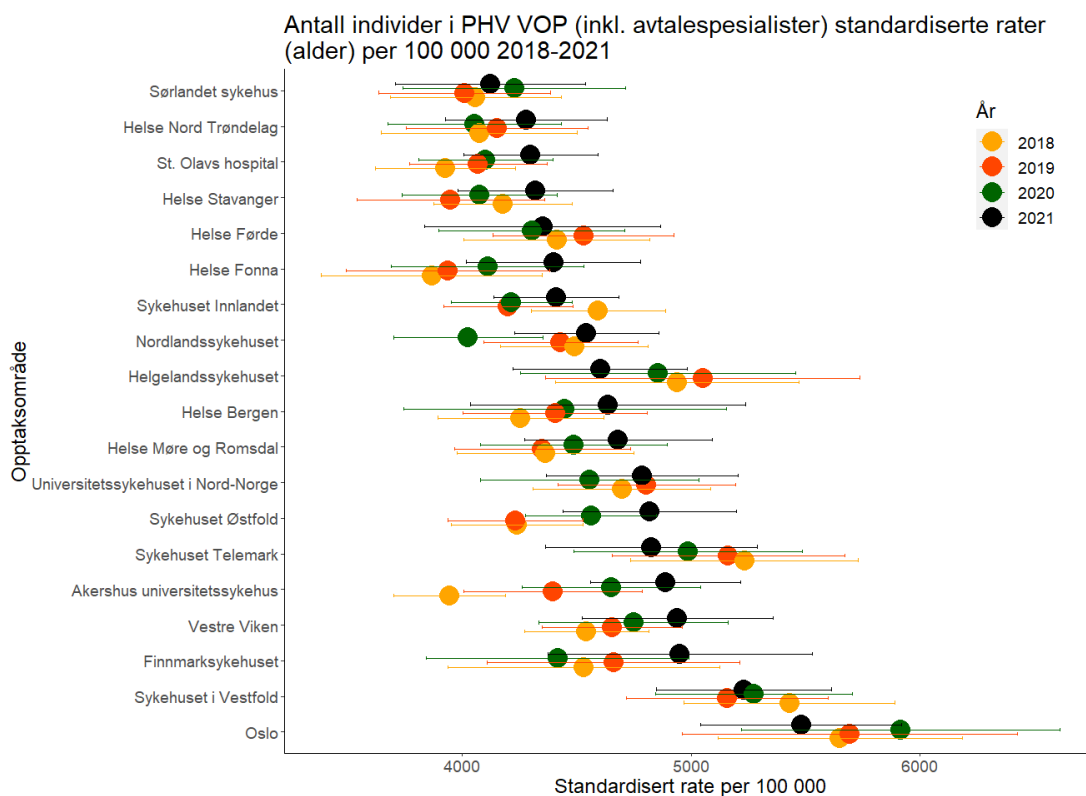
I 2021 var det i overkant av 160 000 individer som fikk et tilbud i PHV voksen. Dette var en økning på om lag 10 000 individer fra 2019. Avtalespesialistene har en sentral rolle i og behandlet ytterligere 50 000 individer. Dette antallet var stabilt fra 2019. Figuren nedenfor viser utviklingen over tid korrigert for innbygger over helseregioner og utfører. Det er en liten overlapp mellom offentlig helsetjeneste og avtalespesialister på om lag 2-4% avhengig av region. Figuren illustrer at det er små forskjeller mellom helseregionene i antall individer inn i spesialisthelsetjenesten.



Figur 11 Antall individer per 100 000 innbygger over tid, helseregion og utfører

Stabiliteten som observeres på regionsnivå, gjenfinnes på opptaksområdenivå. Figuren nedenfor viser estimerte standardiserte rater per 100 000 innbygger over 18 år. Figuren illustrerer at variasjonen i Norge er gått ned i perioden fra 2019 ($CV^{30} = 10\%$) til 2021 ($CV = 7\%$). Det arbeides i alle regionene med en bedre utnyttelse og samkjøring av kapasitet mellom avtalespesialister og den offentlige polikliniske kapasiteten gjennom felles henvisningsmottak.

³⁰ CV: variasjonskoeffisient: Standardavvik/gjennomsnitt



Figur 12 Antall individer i PHV VOP (inkl. avtalespesialister) standardiserte rater (alder) per 100 000 innbygger. Usikkerhetsintervall er estimert på kommunenivå (for Oslo er usikkerhetsintervall basert på bydeler).

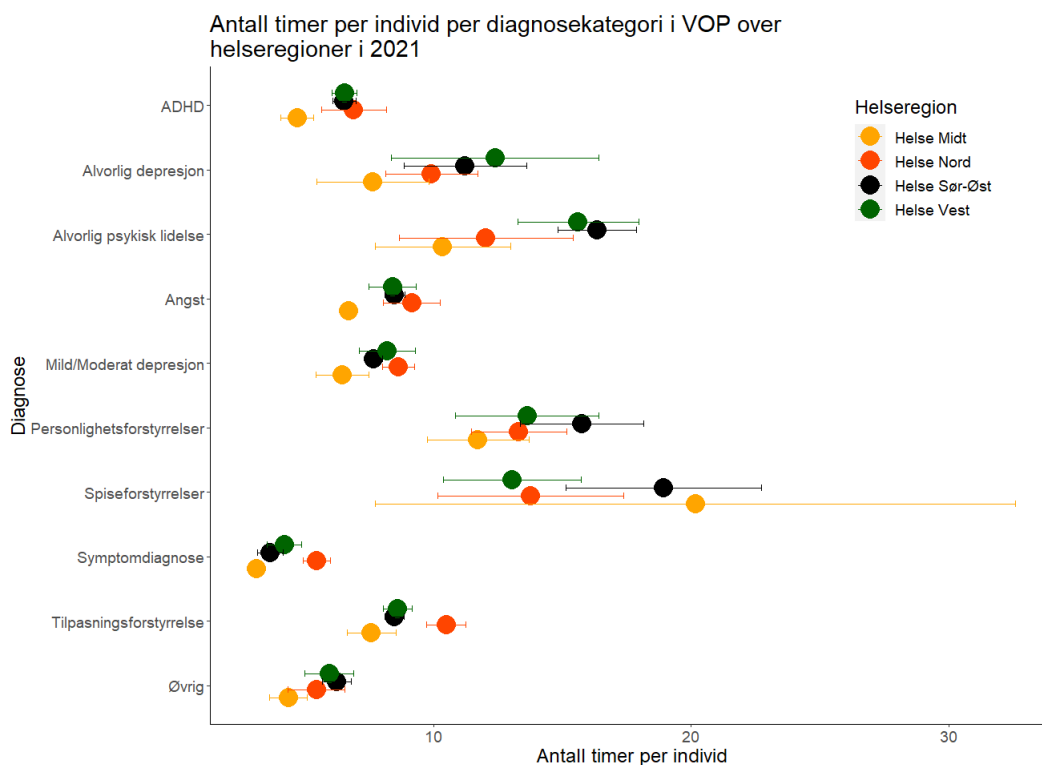
8.2. Innhold i tjenesten

Flest individer mottar poliklinisk behandling. Tabellen under sammenstiller fordelingen av antall individer over diagnosegrupper i PHV voksen 2021. Det er lav til moderat variasjon over opptaksområder i hvilken grad antall individer med alvorlig psykisk lidelse, angst, og tilpasningsforstyrrelse følges i poliklinikk. Det er moderat variasjon for mild/moderat depresjon, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og symptomdiagnoser. Det er høy variasjon over opptaksområder i hvilken grad ADHD følges i poliklinikk. Selv om antall individer i behandling er stabilt over opptaksområder i Norge, er den diagnostiske fordelingen per individ mer variabel – samtidig med at det er diagnostiske kategorier som er mer stabile.

Tabell 15 Diagnostisk fordeling for individer i dag/poliklinikk PHV voksen i 2021 per helseregion. Variasjonskoeffisient er beregnet basert på opptaksområder i Norge.

	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Variasjonskoeffisient estimert på opptaksområde
ADHD	5,3 %	7,7 %	6,6 %	5,8 %	32 %
Alvorlig depresjon	2,2 %	1,4 %	1,8 %	1,5 %	34 %
Alvorlig psykisk lidelse	10,1 %	7,4 %	7,6 %	8,8 %	18 %
Angst	12,0 %	8,7 %	9,0 %	10,8 %	21 %
Mild/Moderat depresjon	12,6 %	8,9 %	10,8 %	12,4 %	24 %
Personlighetsforstyrrelser	3,9 %	5,0 %	4,0 %	5,0 %	23 %
Spiseforstyrrelser	1,6 %	1,5 %	1,5 %	1,7 %	26 %
Symptomdiagnose	28,7 %	37,2 %	33,2 %	31,3 %	24 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	11,9 %	10,7 %	12,4 %	13,5 %	13 %
Øvrig	11,6 %	11,5 %	13,2 %	9,3 %	29 %

I hvilken grad innholdet (målt i antall timer) i behandlingen varierer vises i figur nedenfor. Usikkerhetsintervall er estimert på opptaksområdenivå innad i helseregionene. Helse Midt ligger noe lavere for oppfølging av ADHD, angst og alvorlig psykisk lidelse, for øvrig er det overlapp mellom variasjon innad i helseregionene. Helse Midt har en høyere andel av pasienter med ADHD diagnose, og varigheten av oppfølging kan indikere andre inntaksvurderinger. Den nasjonale og regionale variasjonen for innhold i behandling målt i timer per kalenderår er i all hovedsak liten. Det betyr at selv om poliklinikkene varierer moderat på hva slags pasienter de behandler, er volumet av timer per pasient relativt stabilt. Det er samtidig relativt stor variasjon og forskjeller mellom regionene for alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser. Blant de mest alvorlige tilstandene psykisk helsevern følger, ville man forventet en mindre variasjon. Antall timer per individ er her definert som innad i ett år. En betydelig andel av pasientene i PHV og TSB følges opp over flere år, slik at dette ikke er et direkte uttrykk for varighet på behandlingsserie.

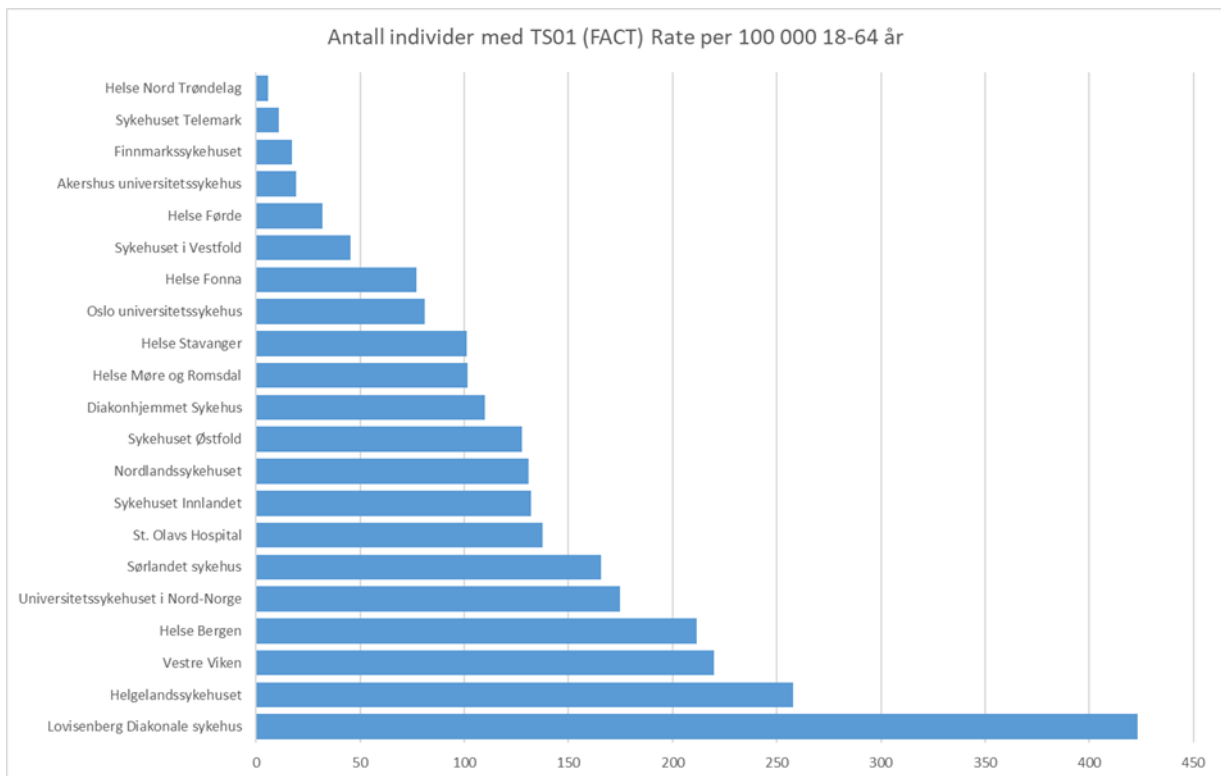


Figur 13 Antall timer per individ per diagnosekategori i VOP over helseregioner i 2021. Usikkerhetsintervall er estimert på opptaksområde innad i helseregion

FACT er en viktig videreutvikling og oppfølging av pasientene med mest alvorlige forløp. Prinsippet i FACT er oppsøkende poliklinisk behandling, i samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. En nylig publisert evaluering av de syv første FACT-teamene 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, sykelighet, 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 sannsynligvis fremdeles er potensial – både i form av eksisterende maler og nye pasientgrupper. Utviklingen av DRG-systemet for PHV/TSB gir ISF-refusjon for FACT (STG TS01), og tilgjengelighet og kvalitet på disse data har utviklet seg fra 2019.

Figuren nedenfor illustrerer variasjonen i hvor langt de ulike opptaksområdene har kommet i arbeidet med FACT, og viser antall individer per 100 000 innbygger over 18 år med FACT i 2021.



Figur 14 Antall individer med FACT-behandling per 100 000 innbygger i 2021

I foreliggende framskrivingsmodell ble det vurdert at kommunestørrelse kunne være en sentral faktor for implementering og hvilke effekter som kunne forventes av FACT. Utviklingen viser derimot at flere av opptaksområdene med spredtbyggd bebyggelse får til gode tilbud i samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Den integrerte helsetjenesten representerer i tillegg noe mer utover en eventuell reduksjon i behovet for døgnbehandling, som er at helsetjenesten jobber godt sammen og sammen med pasienten.

FACT er en form for poliklinisk oppfølging, men det finnes samtidig en rekke andre modeller hvor man oppsøker pasienten - der pasienten er. Denne ambulante behandlingen har vært tilstede i PHV/TSB over mange år, og vil på mange måter kunne reflektere noen sentrale elementer i FACT. Tabellen under sammenstiller opptaksområdenes innsats med oppsøkende poliklinisk behandling. Kolonne «nivå» angir om området er over eller under median-split på begge dimensjoner.

Det vurderes at det fremdeles er korrekt å forvente mindre effekt av FACT og oppsøkende poliklinisk behandling i områder som allerede har kommet langt. Det foreslås derimot at kommunestørrelse utgår som element i denne vurderingen, ettersom det både er viktige synergi-effekter og at flere områder med små kommuner får til gode tilbud. Det foreslås at effekten av FACT implementeres som ett tiltak som reduserer behovet for varighet av døgnbehandling med 25% per år for flere tilstandsgrupper av høyere alvorgrad, men at effekten er gjeldende for områder med god utvikling i 12% av pasientvolumet, 18% i medium og 24% i gruppen med lav implementering. Dette

innebærer for eksempel at 24% av pasientvolumet tilhørende opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF som foreløpig har lav implementering, får 25% reduksjon i liggedøgn. Inndelingen i nivå på opptaksområdene er antall individer med ambulant behandling og antall individer med ISF-refusjon for FACT per 100 000 innbygger over 18 år i 2021. Begge parametere er videre inndelt etter median. Dersom ett opptaksområde er over median på begge parametere – blir de klassifisert som høy. Dersom området er over median på en og under på den andre blir de klassifisert som medium.

Tabell 16 Antall individer med ambulant og FACT-oppfølging per 100 000 innbygger i Norge 2021

	Ambulant	FACT	Nivå
Lovisenberg Diakonale Sykehus	567,6	423,1	Høy
Helgelandssykehuset	505,1	258,0	Høy
Vestre Viken	338,6	219,9	Medium
Helse Bergen	330,8	211,5	Medium
Universitetssykehuset i Nord-Norge	503,2	174,7	Høy
Sørlandet sykehus	676,0	165,5	Høy
St. Olavs hospital	401,8	137,5	Medium
Sykehuset Innlandet	507,2	131,9	Høy
Nordlandssykehuset	622,9	130,7	Høy
Sykehuset Østfold	354,9	127,6	Medium
Diakonhjemmet Sykehus	561,9	109,9	Medium
Helse Møre og Romsdal	751,8	101,7	Medium
Helse Stavanger	449,7	101,1	Lav
Oslo universitetssykehus	323,5	81,0	Lav
Helse Fonna	366,4	77,0	Lav
Sykehuset i Vestfold	390,6	45,2	Lav
Helse Førde	476,5	31,9	Medium
Akershus universitetssykehus	220,3	19,2	Lav
Finnmarkssykehuset	454,9	17,3	Lav
Sykehuset Telemark	419,7	10,7	Lav
Helse Nord Trøndelag	479,2	5,8	Medium

Det gjenstår et arbeid med å kvantifisere effekter av FACT i pasientpopulasjonen i Norge. Preliminære analyser underbygger tiltakene slik de er satt opp her.

8.3. Digitale tilbud

Det prinsipielle i digital poliklinikk er å bruke digitale verktøy til å gjennomføre konsultasjoner og behandling. Digitale tilbud varierer fra tradisjonell samtalerterapi over video, til strukturert informasjonsinnhenting, asynkron internettassistert behandling (e.g. eMeistring) eller monitorering av forløp hos pasienter med høy risiko for tilbakefall. En relativt nylig publisert studie viste effekt på behov for akuttinnleggelser i

en populasjon med førstegangpsykose etter tillegg med digitalt behandlingsprogram.³¹ Implementering av gode digitale tilbud skal være en sentral del av behandlingstilbudet, men vil kreve målrettet innsats i årene fremover. Effektene som ble spesifisert i foreliggende framskrivingsmodell opprettholdes både på døgn og poliklinikk. Tabellen nedenfor viser effektene som benyttes i poliklinikk. På døgn innebærer effekten at 5% av pasientene med varige tilstander får redusert oppholdstiden med 20% per år.

Tabell 17 Effekter av digital poliklinikk over tilstandsgrupper

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 %

8.4. Døgnbehandling

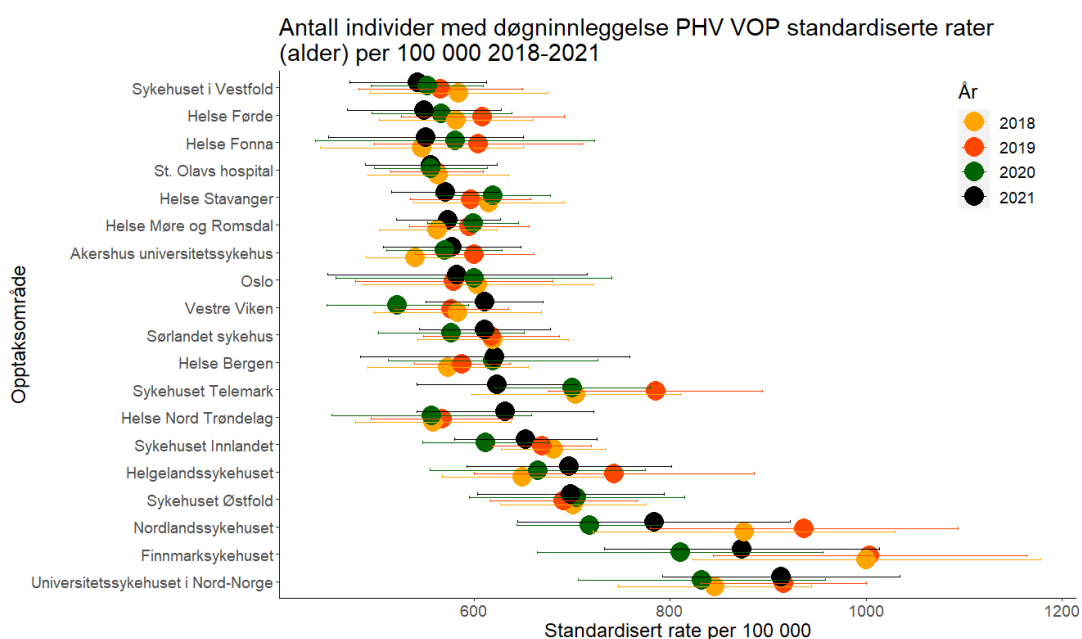
Antall individer i behandling i VOP har en absolutt vekst på underkant av 10% fra 2019 til 2021. Tabellen under viser at det er en reduksjon i andel innlagte i 2021 i alle helseregioner.

³¹ Alvarez-Jimenez, M. et al., (2021). The Horyzons project: a randomized controlled trial of a novel online social therapy to maintain treatment effects from specialist first-episode psychosis services. *World psychiatry*, 20(2).

Tabell 18 Andel innlagt PHV VOP over helseregioner og tid

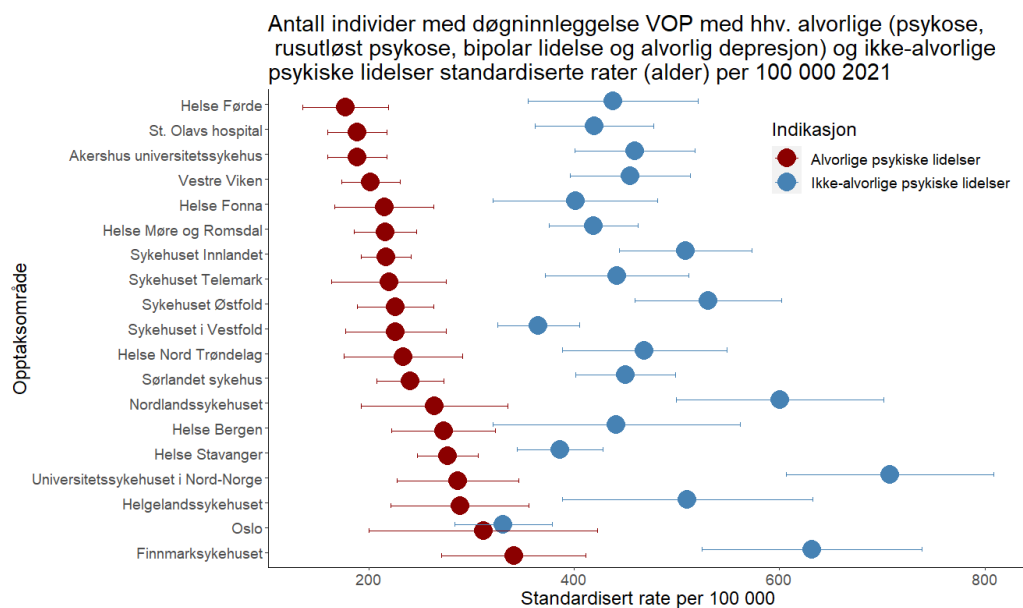
	2018	2019	2020	2021
Helse Vest	19,1 %	18,8 %	18,3 %	16,9 %
Helse Midt	15,1 %	15,6 %	14,9 %	14,6 %
Helse Nord	20,1 %	20,5 %	19,4 %	18,6 %
Helse Sør-Øst	17,7 %	17,5 %	16,1 %	15,8 %
Norge	17,9 %	17,8 %	16,7 %	16,1 %

Andelen som mottar døgntillegging er i 2021 stabil over opptaksområder, og variasjonen er gått ned fra 20% i 2019 til 16% i 2021. Opptaksområdene i Helse Nord har en høyere innleggelsesrate, men differansen mellom opptaksområder som har høy og lav innleggelsesrate er allikevel relativt lav (ekstremkvotient på 1,5).



Figur 15 Antall individer med døgntillegging i PHV VOP over 18 år standardiserte rater (alder) per 100 000. Gjennomsnittsrater og usikkerhetsintervaller er basert på innleggelsesrate per kommune (for Oslo er grunnlaget bydeler).

I perioden frem mot 2019 var det større forskjeller i hvilken grad pasienter med tilstander med lavere indikasjon for innleggelse ble lagt inn. Denne variasjonen var lavere i 2021, og variasjonen over opptaksområder gikk fra 25% i 2019 til 20% i 2021 for ikke-alvorlige psykiske lidelser.



Figur 16 Antall individer med døgninnleggelse i PHV VOP med hhv. alvorlige psykiske lidelser (her inkluderes rusutløst psykose, psykose, bipolar lidelse og alvorlig depresjon - i hovedsak inkluderer alvorlig psykisk lidelse kun psykose og bipolar lidelse) og ikke-alvorlig psykisk lidelse. Standardiserte rater (alder) per 100 000 innbygger i 2021.

Andelen som blir innlagt av den samlede pasientpopulasjonen varierer over tilstandsgruppe og regioner. Forskjellene over regioner er derimot relativt små. Helse Nord synes å være noe høyere på tilstandskategorier med lavere indikasjon for innleggelse.

Tabell 19 Andel som blir innlagt av pasientpopulasjon over tilstandskategorier og helseregion i 2021

	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst
ADHD	3 %	3 %	4 %	3 %
Alkohol	51 %	59 %	55 %	52 %
Alvorlig psykisk lidelse	42 %	37 %	45 %	38 %
Alvorlig depresjon	42 %	42 %	36 %	40 %
Angst	6 %	6 %	11 %	6 %
Belastning_tilpasning	16 %	14 %	17 %	15 %
Depresjon	13 %	13 %	15 %	11 %
Personlighetsforstyrrelse	22 %	16 %	20 %	16 %
Psykotisk lidelse som skyldes bruk av rus	78 %	77 %	74 %	75 %
Rusrelatert	50 %	44 %	45 %	48 %
Somatikk	22 %	12 %	13 %	21 %
Spiseforstyrrelser	17 %	15 %	16 %	16 %
Uspesifisert/symptom	1 %	5 %	2 %	2 %
Utviklingsforstyrrelser	14 %	11 %	12 %	18 %

Utviklingen i liggedøgn innen PHV VOP har opprettholdt sin reduksjon over år, og sammenlignet med 2019 er det en samlet reduksjon i 2021 på 7% korrigert for innbyggere over 18 år (ujustert 4,9%).

Tabell 20 Utvikling i totale liggedøgn, liggedøgn til øyeblikkelig hjelp, andel som ø-hjelp av pasientpopulasjon 2016-2021

	Liggedøgn		Rate		Årlig endring	
	Total	Ø-hjelp	Total	Ø-hjelp	Total	Ø-hjelp
2016	1 126 163	532 296	27 544	13 019		
2017	1 063 421	536 929	25 753	13 003	-7 %	0 %
2018	1 057 700	560 715	25 373	13 451	-1 %	3 %
2019	1 066 175	551 339	25 339	13 103	0 %	-3 %
2020	845 125	464 089	19 881	10 917		
2021	1 013 608	531 821	23 673	12 421	-7 %	-5 %

Den samme reduksjonen observeres fra 2019 til 2021 også i helseforetakene/sykehusene. Helsedirektoratet oppgir at det er en reduksjon i døgnkapasitet i offentlige helseforetak fra 3 062 senger i 2019 til 2 998 i 2021, dvs en reduksjon på 2%. Den større reduksjonen i liggedøgn enn i døgnkapasitet innebærer en reduksjon i kapasitetsutnyttelse.

I foreliggende framskrivingsmodell var ett av omstillingstiltakene glidning fra døgn til poliklinikk for pasienter med lavere indikasjon for innleggelse. Denne omstillingen ser ut til å være utført i større omfang enn hva som lå inne som årlig effekt (1%).

Utviklingen i liggedøgn for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og pasienter henvist til en eller annen form for tvang vises i tabell nedenfor. Denne viser en klar andelsforskyvning til behandling av mer alvorlige psykiske lidelser, men selve volumet av liggedøgn er ikke økt for alvorlige psykiske lidelser. Liggedøgn for pasienter henvist til en eller annen form for tvang har økt i absolutt antall med 6%, og er en vekst over innbyggervekst. Denne utviklingen strekker seg tilbake over tid.

Tabell 21 Antall liggedøgn totalt, for alvorlig psykisk lidelse og pasienter henvist til en eller annen form for tvang over tid

	Total	Liggedøgn		Andel av total	
		Alvorlig psykisk lidelse	Tvang	Alvorlig psykisk lidelse	Tvang
2018	1 057 197	435 811	410 004	41 %	39 %
2019	1 065 478	442 254	432 260	42 %	41 %
2020	844 998	381 842	353 409	45 %	42 %
2021	1 013 124	443 334	460 647	44 %	45 %

Tabellen nedenfor viser utvikling fra 2016 for pasienter henvist til en eller annen form for tvang.

Tabell 22 Totale liggedøgn PHV VOP nasjonalt, liggedøgn for pasienter henvist til en eller annen form for tvang, andel henvist til tvang og liggedøgn henvist til tvang per 100 000 innbygger over 18 år.

År	Liggedøgn VOP	Liggedøgn henvist til tvang	Andel henvist til tvang	Liggedøgn til tvang per innbygger over 18 år
2016	1 126 163	411 556	37 %	10 066
2017	1 063 421	391 077	37 %	9 471
2018	1 057 197	410 004	39 %	9 835
2019	1 065 478	432 260	41 %	10 273
2020	844 998	353 409	42 %	8 314
2021	1 013 124	460 647	45 %	10 759

8.5. Ulike funksjoner i døgnbehandling

Organiseringen av døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne (her VOP) er relativt lik over landet, men det er ulik fordeling av kapasitet til de forskjellige funksjonene. De primære funksjonene er akuttpsykiatriske avdelinger, lengre tids psykosebehandling/planlagt døgnbehandling (generelle poster og spesialiserte poster (e.g. lokal sikkerhetspsykiatri)) og DPS døgn. Flere DPS har en dedikert øyeblikkelig hjelps kapasitet, men hovedvolumet er i akuttpsykiatriske enheter. Tabellen under viser utvikling i liggedøgn for sykehus og DPS-funksjoner i Norge (Klassifisering av DPS/sykehus vises i vedlegg). Utviklingen nasjonalt er en nedgang i liggedøgn ved DPS, og en stabilitet i sykehusfunksjoner.

Tabell 23 Antall liggedøgn PHV VOP nasjonalt i sykehus- og DPS-funksjoner

År	Antall liggedøgn		Liggedøgn per 100 000 over 18 år	
	Sykehus	DPS	Sykehus	DPS
2018	575 124	376 553	13 796	9 033
2019	568 217	371 365	13 504	8 826
2020	442 432	311 055	10 408	7 317
2021	568 953	328 882	13 288	7 681

Den diagnostiske sammensetningen per døgnopphold i sykehus- og DPS-funksjoner er nokså stabil over helseregioner i 2021. Angst, mild/moderat depresjon og tilpasningsforstyrrelser behandles i større grad på DPS, mens rusrelaterte lidelser behandles i større grad på sykehus. Alvorlig psykisk lidelse har en nokså lik distribusjon mellom sykehus og DPS, og utgjør klart det største volumet av døgnopphold i begge funksjoner. Liggedøgnsforbruket er derimot forskjellig, hvor alvorlig psykisk lidelse utgjør om lag 50% av liggedøgnsforbruket på sykehusfunksjoner og i underkant av 40% på DPS. Det er ingen utvikling i hvor stor andel liggedøgn, antall opphold eller antall individer i behandling for alvorlig psykisk lidelse utgjør på DPS i perioden 2018-2021 på nasjonalt nivå.

Tabell 24 Andel av døgnopphold over diagnosekategori og helseregion for sykehus- og DPS-funksjoner i PHV VOP 2021

	Helse Vest		Helse Midt		Helse Nord		Helse Sør-Øst	
	Sykehus	DPS	Sykehus	DPS	Sykehus	DPS	Sykehus	DPS
Alvorlig depresjon	6%	5%	4%	6%	4%	4%	5%	5%
Alvorlig psykisk lidelse	41%	40%	30%	34%	34%	35%	37%	32%
Angst	2%	4%	2%	6%	2%	7%	2%	5%
Mangler diagnose	6%	5%	2%	1%	9%	3%	8%	1%
Mild/Moderat depresjon	6%	10%	6%	10%	5%	8%	5%	12%
Personlighetsforstyrrelser	8%	8%	10%	10%	9%	8%	7%	8%
Rusrelatert	11%	5%	11%	2%	10%	8%	12%	6%
Spiseforstyrrelser	1%	2%	2%	2%	3%	1%	1%	2%
Symptomdiagnose	2%	1%	13%	6%	4%	2%	4%	3%
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	9%	13%	8%	14%	10%	18%	9%	17%
Øvrig	9%	7%	11%	9%	9%	7%	11%	7%

Vi har i dag ingen god metode for å skille på alvorsgrad for pasientene innen VOP utover diagnose, forløp og behandlingshistorikk. Dersom en ser på DPS døgnpopulasjonen i 2019 og 2021 med alvorlig psykisk lidelse og behandlingshistorikk over 70 liggedøgn i sykehusfunksjoner året før, var det en marginalt høyere andel av pasientene i 2019 som hadde betydelig behandlingshistorikk i sykehusfunksjoner (13,8%) sammenlignet med 2021 (12,3%).

Behandlingsforløpene i døgn vil for mange innebære overføringer mellom nivåer. Dette kan være fra akuttpsykiatrisk til lengre tids psykosebehandling, eller fra akuttpsykiatrisk til DPS eller ulike varianter av overføringer avhengig av pasientens behov for omsorgsnivå og kapasitet. Antall overføringer fra sykehus til DPS har økt i perioden 2018 til 2021, hvor det gjelder særlig for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og hvor opprinnelig kontakt var henvist til en eller annen form for tvang. Det er særlig pasientstrømmen fra akuttpsykiatrisk til DPS som er økt.

Tabell 25 Overføringer mellom sykehus og DPS for alle pasient med døgninnleggelse på sykehus og pasienter med alvorlig psykisk lidelse i perioden 2018-2021

	2018	2019	2020	2021	Endring 2019-2021
Pasienter med sykehus døgnopphold	17 664	17 950	17 501	17 627	-2 %
Individer med overføring fra sykehus til DPS	4 642	4 706	4 819	5 019	7 %
Pasienter med sykehus døgnopphold alvorlig psykisk lidelse	6 362	6 432	6 422	6 359	-1 %
Overføringer for pasienter med alvorlig psykisk lidelser	1 925	1 843	1 959	2 001	9 %
Overføringer for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og henvist til tvang	1 065	1 035	1 238	1 314	27 %

Disse bevegelsene kan indikere noen sentrale poeng. For det første er DPS satt opp forskjellig gjennom landet når det gjelder i hvilken grad de håndterer øyeblikkelig hjelp og pasienter med lavere funksjonsnivå (e.g. diagnostisk fordeling). Det er også variasjoner i hvorvidt DPS er godkjent for gjennomføring av tvungent psykisk helsevern, og hvor mange slike DPS som er tilgjengelig i hvert HF-område. Det kan ikke konkluderes at pasientene på DPS har tyngre sykehusopphold bak seg i 2021 sammenlignet med 2019, og det er en marginal økning i pasienter som ikke har behandling på begge nivå i inneværende år (e.g. ett opphold på sykehus og ett opphold på DPS ved senere tidspunkt). Det er en økning i antall pasienter som inngår i sammenhengende forløp med sykehusavdelinger, særlig for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og opprinnelig henvist på tvang. Økningen er på 27% i perioden 2018-2021. Hvorfor det er en slik økning, kan det foreløpig kun spekuleres i, men at det sannsynligvis er at det vurderes at det er behov for lengre tids døgnbehandling og utover hva som kan gis på sykehus.

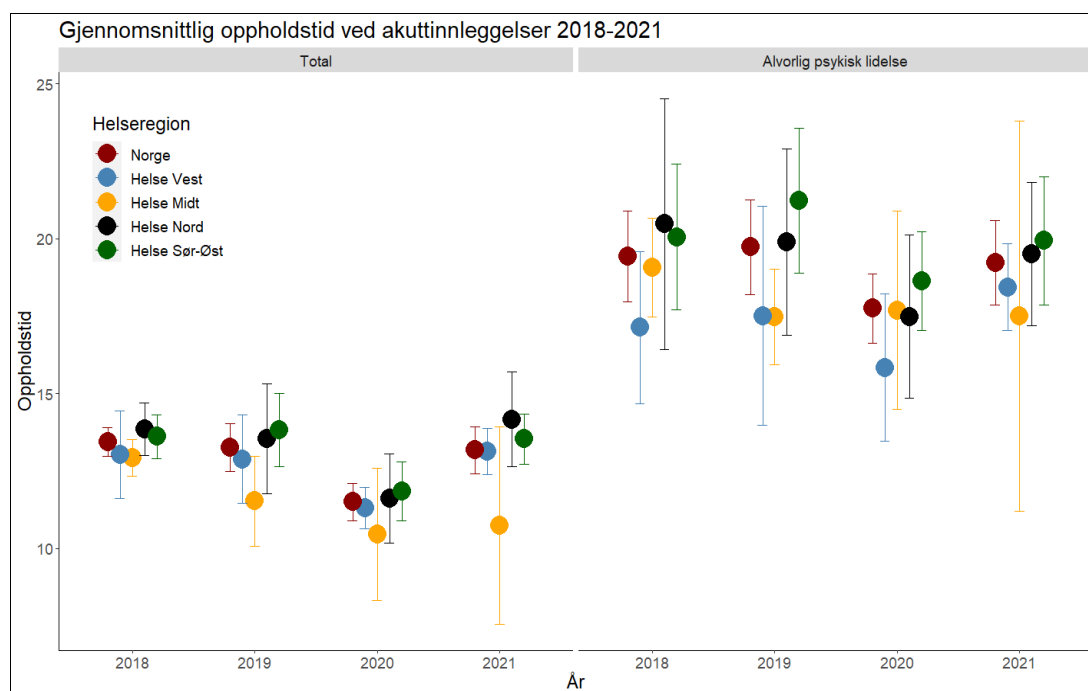
8.6. Akuttpsykiatri

Pasienter som blir innlagt til akuttpsykiatri er stabilt forekommende over tid og over opptaksområder. Figuren nedenfor viser antall individer som har blitt innlagt til øyeblikkelig hjelp (standardiserte rater per 100 000 innbygger per kommune estimert til opptaksområde). Dette kan indikere at kapasiteten i akuttpsykiatri i større grad bør følge befolkningsutvikling. Akuttenheter i psykisk helsevern driftes imidlertid med gjennomgående svært høyt belegg, og en kan ikke utelukke at antallet akuttinnleggelser er stabilt knyttet til antallet tilgjengelige døgnplasser.

Figur 17 Antall individer innlagt til øyeblikkelig hjelp over opptaksområder 2015-2021



Gjennomsnittlig oppholdstid ved akuttinnleggelser vises i figur nedenfor. Oppholdstidene samlet er i 2021 13,4 dager, og har gått ned fra 13,8 i 2018 (0,7% årlig nedgang). Det samlet sett lite variasjon over helseregioner. Akuttinnleggelser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse har en varighet på 19 dager, med noe større variasjon enn for alle akuttforløp, men det er likevel lav variasjon i Norge. Det er å bemerke at samlet median oppholdstid er kortere på om lag 4 dager i 2021.



Figur 18 Gjennomsnittlig oppholdstid ved akuttinnleggelser 2018 - 2021

I foreliggende framskrivingsmodell ble det vektlagt viktigheten av å kunne tilby optimale behandlingsforløp for pasienter med alvorlig psykiske lidelser. Analyser over år viser at kortere oppholdstider har sammenheng med flere innleggelser/reinnleggelser per individ, og at den totale mengden døgnbehandling for personer med flere korte opphold og personer med færre lengre opphold over tid jevnes ut. Dette er også tilfellet for perioden 2018-2021, men i mindre grad enn i perioden 2016-2019. Den viktigste årsaken til dette er at det er mindre variasjon i forløpene for pasienter med alvorlig psykisk lidelse (variasjonen over opptaksområder ble redusert med 20% fra 2016 til 2019). Nye episoder med tilbakefall av psykotisk episode er forbundet med akkumulert funksjonsfall og har store konsekvenser for individet og pårørende, slik at det er viktig at man i størst mulig grad reduserer risiko for tilbakefall gjennom gode pasientforløp.

8.7. Sikkerhetspsykiatri

Spesialisthelsetjenesten har egne sikkerhetspsykiatriske enheter med ansvar for pasienter med særskilt høy voldsrisiko eller annen atferd som medfører høy fare for pasienten selv eller andre. Tjenestetilbudet er nivådelt i foretaksdekkende lokale sikkerhetsplasser og regionale plasser. Det ytes helsetjenester som er hjemlet både sivilrettslig i medhold av psykisk helsevernloven og strafferettslig gjennom dom til tvungent psykisk helsevern eller varetekt i helseinstitusjon. Sikkerhetspsykiatrien yter også rettspsykiatriske tjenester hjemlet i straffeprosessloven. Dagens organisering og dimensjonering er i hovedsak i overensstemmelse med Stortingsmelding 25 *Åpenhet og helhet* (Meld. St. 25 (1996–97)) og i liten grad tilpasset endringer i øvrige psykisk

helsevern siste 20 år, så som nedbygging av langtids døgnbehandling, endret hjemmelsgrunnlag for tvungent psykisk helsevern og økt satsing på polikliniske og allmenne tjenestetilbud. Sikkerhetspsykiatri skiller seg fra annen behandling ved at inntak av pasienter ikke alene hviler på faglige vurderinger og prioriteringer, men også etableres 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:

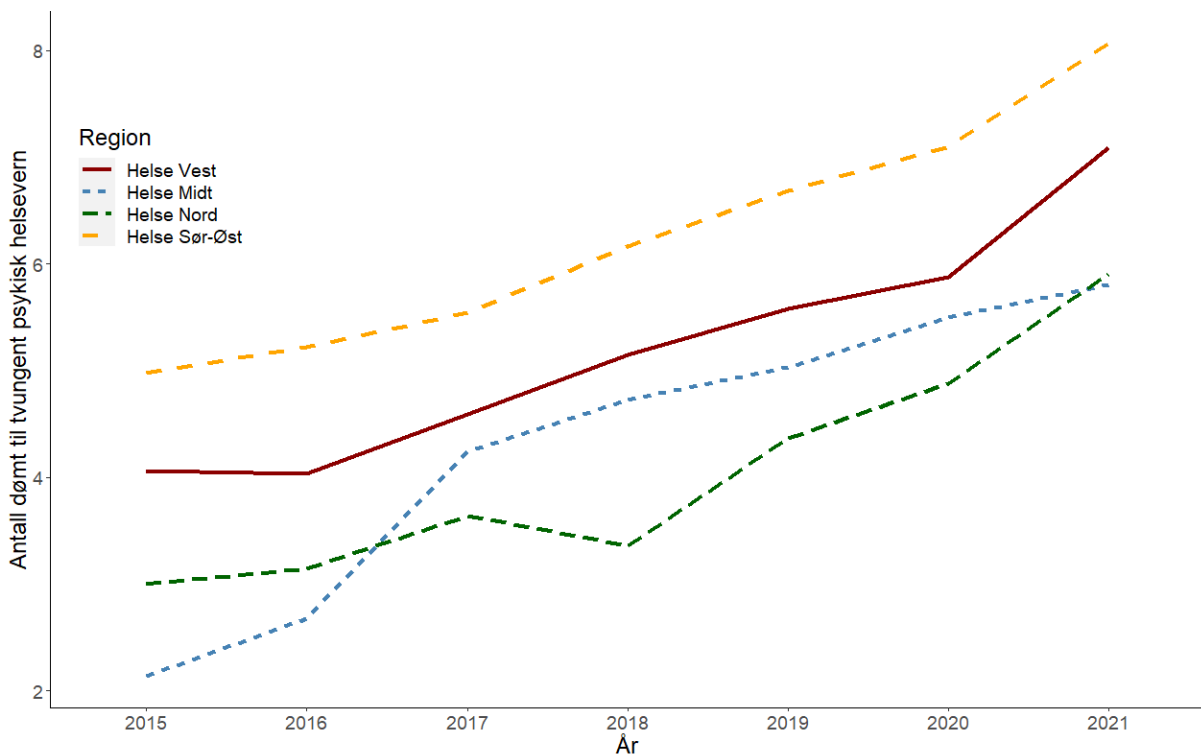
- Som dømmes til overføring til tvungent psykisk helsevern (straffeloven § 62)
- Kjennelser om varetektssurrogat i psykisk helsevern (straffeprosessloven § 188)
- På judisiell døgnobservasjon i psykisk helsevern (straffeprosessloven § 167)

Det pågår for tiden et interregionalt arbeid for å utarbeide en overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og for øvrige tiltak for dømte til tvunget psykisk helsevern, jf. Oppdragsdokument 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Endelig rapport skal være ferdig innen 1. mars 2023. Planen skal blant annet omhandle:

- behovene for endring i kapasitet, innhold, organisering og sammenheng i tjenestetilbudet
- behovet for langvarig forsterkede botilbud i samarbeid med kommunene og om det kan være hensiktsmessig å etablere tverrfaglige ambulante team for å ivareta personer som utgjør en sikkerhetsrisiko
- videreutvikling av samarbeidsavtaler med kommunene, styringsdata og retningslinjer

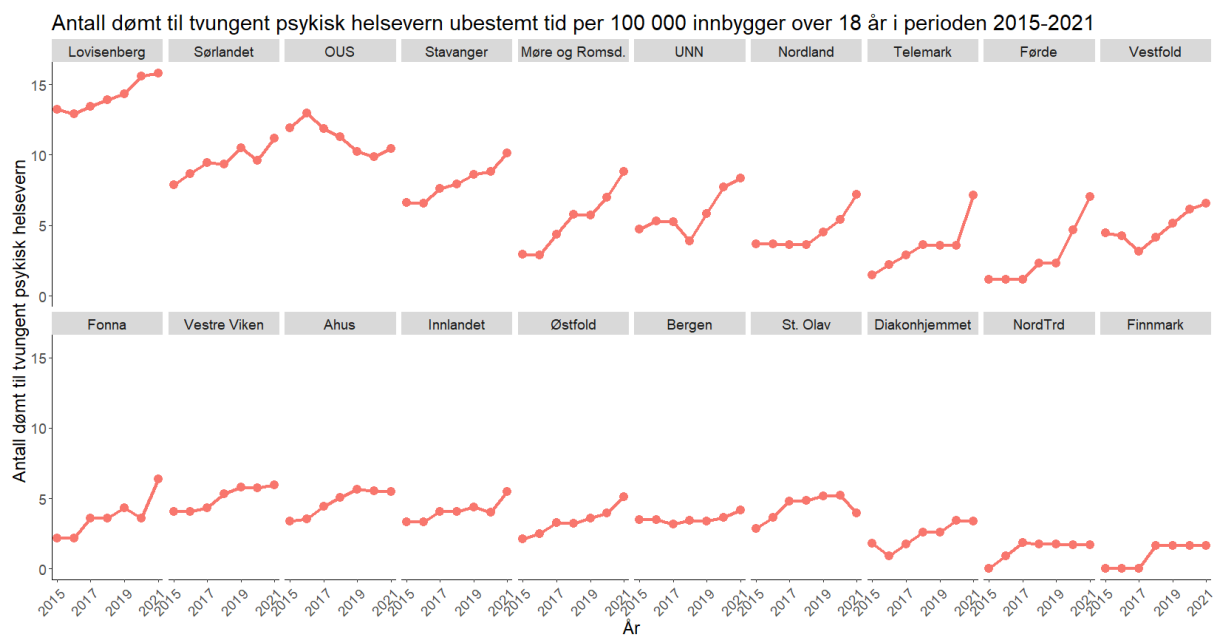
Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har økt de siste 10 årene. Figuren nedenfor viser utviklingen av antall dømt til tvunget psykisk helsevern (tidsbestemt og tidsubestemt) i perioden 2015 til 2021 (kilde: SIFER).

Antall dømt til tvungent psykisk helsevern per 100 000 innbygger over 18 år i perioden 2015-2021



Figur 19 Antall dømt til tvungent psykisk helsevern per 100 000 innbygger over 18 år over helseregioner i perioden 2015-2021. Kilde: SIFER (2022).

Økningen er i enkelte områder meget stor og gir kapasitetsproblemer (se figur nedenfor). Særlig Møre og Romsdal, Telemark, Førde og Nordland har hatt en vekst på kort tid som sannsynligvis vil fortrenge andre behandlingstilbud. I Møre og Romsdal HF er det påbegynt styrking av lokal sikkerhetspsykiatri, spesialisert døgnbehandling for psykose og planlagt for DPS med godkjenning for tvungent vern. Det er også påbegynt styrking av lokal sikkerhet i Helse Nord-Trøndelag, som i tillegg skal kunne avlaste internt i regionen. Igjen andre steder er volumet så høyt at det er over dimensjonert kapasitet. Hvordan den videre utviklingen vil være er usikker, men det er ikke indikasjoner på at praksis vil endres.



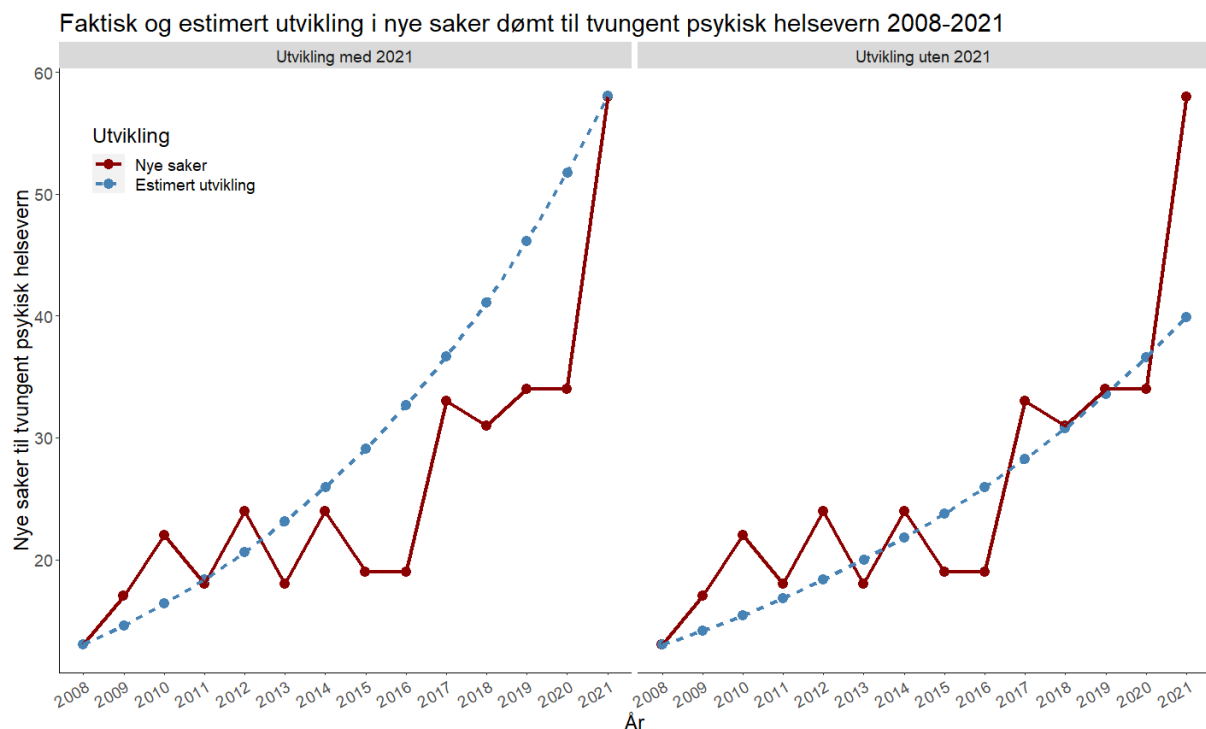
Figur 20 Antall dømt til tvungent psykisk helsevern ubestemt tid per 100 000 innbygger over 18 år i perioden 2015 - 2021

En nylig publisert sammenligning av antall pasienter i rettspsykiatrisk døgntilrettelagt behandling (forensic in-patient treatment), indikerte for nord-vest Europa en median rate på om lag 10 per 100 000 i 2013.³² Dette vil variere over land, behandlingstilbud og rettspraksis, men kan indikere at volumet i Norge fremdeles skal stige. Den nasjonale raten for aktive saker i Norge var i 2021 på 5,8 per 100 000 innbygger, og flere av disse er ikke på døgntilrettelagt nivå.

Det er svært vanskelig å skulle estimere en utviklingsbane for antall dømt til tvungent psykisk helsevern i Norge. Dette er særlig grunnet i usikkerhet rundt endringer i rettspraksis, oppholdstider for pasienter dersom terskel er lavere for dom, og utvikling av egnede tilbud etter døgntilrettelagt behandling.

Det er en klar vekst i nye saker tilbake i tid, og opphør av tvungent vern har frem til nå vært på et lavere nivå enn antallet nye saker. Dette betyr at antall samtidige aktive saker vil øke. Den aktuelle pasientpopulasjonen vil være begrenset, dersom man ikke får en mer radikal endring av rettspraksis. Det taler for at den veksten vi har observert tilbake i tid, bør stabiliseres en gang i tiden fremover. Figuren nedenfor viser utviklingen av nye saker i perioden 2008 – 2021 og utviklingsbaner, avhengig av om 2021 vektet inn.

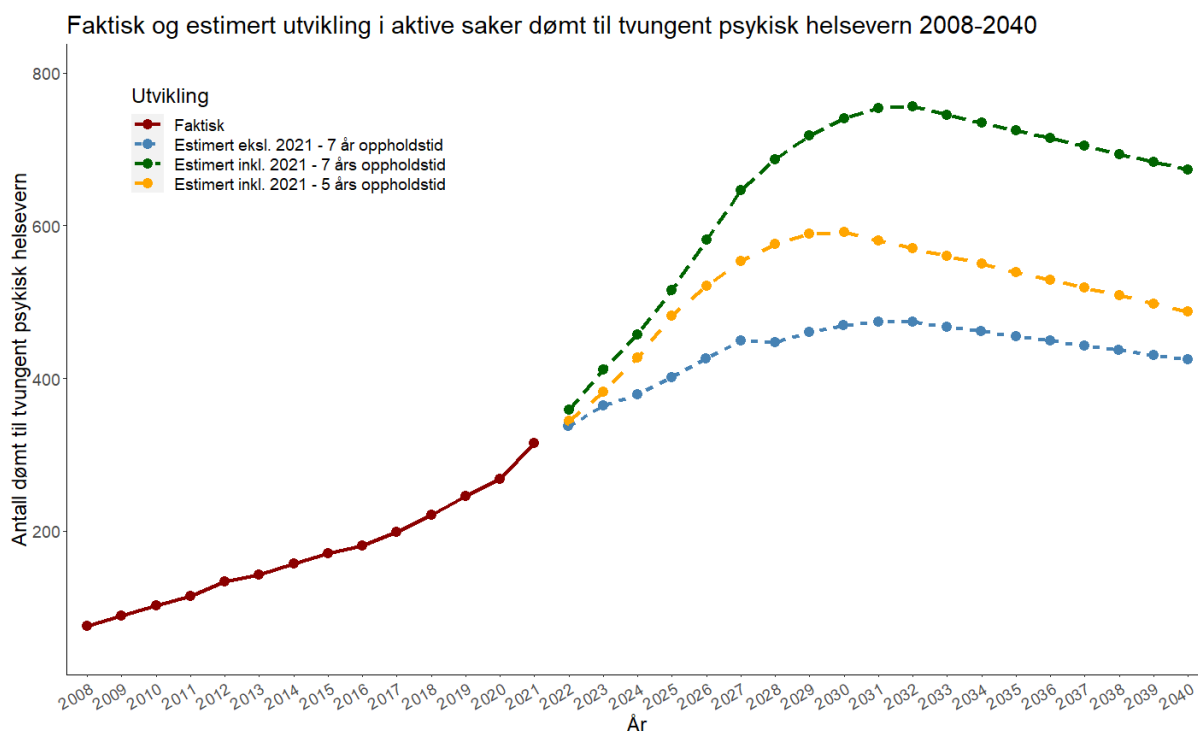
³² Tomlin, J. et al. (2021). Forensic mental health in Europe: some key figures. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, S6



Figur 21 Faktisk utvikling i nye saker til dømt til tvungen psykisk helsevern og estimert utviklingsbane i perioden 2008-2021.

Oppholdstid er en viktig faktor for utviklingen av antall samtidige saker. I dag er den noe over fem år i Norge og vil kunne øke.³³ Gitt at utviklingen som er observert siden 2008-2021, vil fortsette i fem år til før den stabiliseres, vil utviklingen være som illustrert i figuren nedenfor. Med disse forutsetningene vil vi få en topp i antall aktive saker i 2032 (inkl. 2021 praksis, fem år før stabilitet og oppholdstid på 7 år), og nasjonal rate vil være 13,2 per 100 000 innbygger. Dersom oppholdstid er 5 år, vil toppen være noe tidligere og ligge på 9,3 per 100 000 innbygger. Dersom det går åtte år før praksis stabiliseres, utviklingen fra 2021 inkluderer og man forutsetter en oppholdstid på syv år, vil et estimat på topp være i 2035 med 1018 samtidige aktive saker og en rate på 17,5 per 100 000 innbygger.

³³ Tomlin, J. Op.Cit.



Figur 22 Faktisk og estimert utvikling i aktive saker av dømt til tvungent psykisk helsevern 2008-2040 – nasjonalt

Den framtidige utviklingen av antall saker dømt til tvungent psykisk helsevern er påvirkbar med gode og stabile forløp, og særlig for pasienter i risikosone. Dette innebærer funksjonell døgnbehandling og poliklinisk oppfølging for pasienter med forhøyet risiko. For å sikre behandling er det viktig med kontinuitet i behandlingsforløpene for pasientene med forhøyet risiko.

Sikkerhetskapaleteten i Norge er avgrenset til lokale og regionale sikkerhetsplasser, men behandlingen foregår på alle nivå i klinikken. I SIFERs rapport av 2020 blir det estimert et behov for sengeplasser i en størrelse på 5-6 per 100 000 innbygger, ett volum kun Helse Nord er på. En betydelig vekst i kapasitet for sikkerhet vil på kort sikt være utfordrende med tanke på personell og bygningsstruktur. I foreliggende framskrivingsmodell ble det argumentert for at veksten som observeres innen sikkerhetspsykiatri, best adresseres ved å styrke kjeden og behandlingsforløpet. Det er sannsynlig at dette fremdeles er det riktige å gjøre på nasjonalt nivå, selv om det vil være behov for større endringer på enkelte lokasjoner (e.g. områder med særskilt rask vekst i antall dømte må i større grad omstille).

Tabell 26 Antall sikkerhet døgnplasser i Norge per 2022 over regioner, estimert kapasitet ved 5,5 senger per 100 000 innbygger

	Lokal sikkerhet	Regional sikkerhet	Total	Antall plasser per 100 000	Antall plasser dersom 5,5 per 100 000 innbygger	Avvik
Helse Vest	35	10	45	4,1	61,0	16,0
Helse Midt	12	10	22	3,0	40,2	18,2
Helse Nord	27	5	32	6,6	26,8	5,2
Helse Sør-Øst	108	22	130	4,3	165,1	35,1
Totalsum	182	47	229	4,3	293,1	64,1

Det er flere utfordringer i forløp for pasienter med særskilt forhøyet voldsrisiko, og en av disse er overgang til bosted. Det er nødvendig med gode bo- og aktiviseringstilbud i kommunene, og en langvarig ambulant oppfølging fra spesialisthelsetjenesten av institusjoner med kontinuitet i vurderingene. Dette er utførlig beskrevet i SIFER rapport *utskrivningsklare i sikkerhetspsykiatrien*.³⁴

8.8. Oppsummering døgnbehandling VOP

Det er behov for en kapasitetsvekst for behandling og oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse i Norge. Dette er begrunnet i vekst i liggedøgn for pasienter henvist til tvang, mulighet for å gi tilstrekkelig gode forløp og sikre behandlingsskapasitet for pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern. Det var i 2021 453 000 liggedøgn til pasienter med alvorlig psykisk lidelse nasjonalt. En anbefalt vekst på 15% vil gi en vekst på 67 000 liggedøgn (216 senger). Omstillingen bør komme tidligere i perioden frem mot 2030.

³⁴ [Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – Sifer](#)

9. Resultater med revidert framskrivningsmodell

Revidert framskrivningsmodell baserer seg på 2021 som utgangspunkt for å fange opp endringene fra 2019 til 2021. Det har fra 2019 til 2021 vært en utvikling hvor vi ser mindre variasjon i liggetider og innleggelsesmønster mellom opptaksområdene, men også store endringer i utviklingen i liggedøgn for de ulike tjenesteområdene. 2021 var et pandemiår, og det bør derfor gjøres særskilte vurderinger av utgangsaktivitet for hvert enkelt helseforetak. Se vedlegg for utfyllende tabeller.

9.1. Døgnbehandling

Tjenesteområde	Liggedøgn 2021	Demografi 2040	Økning i liggedøgn grunnet kvalitet	Omstilling til FACT og poliklinikk	Liggedøgn 2040 etter kvalitet og omstilling
BUP	92 741	87 452	7 238 -	1 159	93 530
TSB	561 543	573 883	21 251 -	45 055	550 079
VOP	992 298	1 065 052	95 155 -	39 901	1 120 305
Totalsum	1 646 582	1 726 387	123 644 -	86 116	1 763 914

Tjenesteområde	Liggedøgn 2021 per 1000 innbygger	Liggedøgn 2040 per 1000 innbygger
BUP	83	87
TSB	131	114
VOP	232	233

9.2. Poliklinikk

Tjenesteområde	Antall 2021	Justert behandlingssgap	Demografi 2040	Aktivitet 2040 inkludert kvalitet/generell vekst	Herav digitale tjenester	Endring 2021 - 2040
BUP	978 537	990 739	920 615	1 023 728	229 595	5 %
TSB	597 928	644 216	620 708	735 763	89 217	23 %
VOP	1 938 339	1 987 545	2 001 131	2 263 724	439 612	17 %
Avtalespesialister	650 548	667 696	680 101	768 704	156 628	18 %
Totalsum	4 165 352	4 290 197	4 222 555	4 791 920	915 052	15 %

10. Personell og kompetanse

I denne delen vises bemanningstall for alle helseforetak og private ideelle. Avtalespesialistene og innleie er inkludert i framskrivningene. Innleie omregnes til årsverk basert på 1650 timer per år. Framskrivningene er basert på brutto årsverk i 2021 og for fagårsverkene (ekskludert administrasjon og ledelse, drift og teknisk personell og forskning).

Bemanningen for fagårsverkene i helseforetakene/sykehusene var i 2021 fordelt som følger for tilsvarende aktiviteter

Tjenesteområde	Døgn	Poliklinikk/FACT	Totalsum
BUP	1 294	2 314	3 608
TSB	1 706	890	2 596
VOP		4 103	4 103
VOP DPS	2 949	32	2 981
VOP sykehus	7 129	24	7 153
FACT	-	44	44
Totalsum	13 113	7 372	20 485

10.1. Bemanningsutvikling i psykisk helsevern og TSB

Tabellen under viser utvikling i årsverk fra 2017 til 2021 eksklusive Helse Nord.

Stillingsgruppe	2017	2021	Endring
Pasientrettede stillinger	6 925	7 128	3 %
LIS-leger/turnusleger	876	917	5 %
Overlege	1 169	1 405	20 %
Psykolog	1 293	1 607	24 %
Psykologspesialist	1 324	1 559	18 %
Spesialsykepleier	3 183	3 148	-1 %
Sykepleier	2 260	2 574	14 %

10.2. Estimering av utdanningsbehov på kort, mellomlang og lang sikt.

I oppdraget bes det om en framskrivning av personell og kompetanse. Behovet for personell vil være et resultat av det fremtidige aktivitetsbehovet og aktivitetsmiksen.

Framskrivning av personell og kompetanse er derfor beregnet som et direkte resultat av endringen i aktivitet. Det vil si at dersom det eksempelvis framskrives en aktivitetsvekst for polikliniske kontakter i BUP med 10% framskrives fagårsverkene som jobber på poliklinikker i BUP tilsvarende. Ved flere enheter er det vakante stillinger som ikke er inkludert i grunnlaget det framskrives fra. Innleide timer omregnet til årsverk i 2021 er benyttet som uttrykk for vakante stillinger, men det må forventes at dette ikke fullt ut beskriver nivået på vakante stillinger.

Resultatene som vises her viser en retning og et nivå, men det vil være nødvendig å jobbe videre med behovet for rekruttering og utdanning hvor man ser på ulike effekter av personalpolitikk (heltid, pensjonsalder, seniorpolitikk osv) og organisering av tjenesten med eksempelvis oppgavedeling mellom merkantilt personell og fagpersonell. Det bør også ses nærmere på betydningen av nye bygg. Det anbefales derfor at det arbeides videre med dette i etterkant av at helsepersonellkommisjonen leverer sitt arbeid i mars 2023.

10.3. Bemanningssammensetning

Tabellen under viser bemanningssammensetning per tjenesteområde og region.

Bemanning	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Totalsum
BUP					
Pasientrettede stillinger	38 %	43 %	40 %	34 %	40 %
Psykolog	19 %	17 %	17 %	18 %	18 %
Psykologspesialist	13 %	15 %	17 %	19 %	17 %
Overlege	10 %	7 %	9 %	11 %	9 %
LIS-leger/turnusleger	9 %	7 %	6 %	6 %	6 %
Spesialsykepleier	7 %	8 %	5 %	7 %	6 %
Sykepleier	5 %	3 %	4 %	5 %	4 %
TSB					
Pasientrettede stillinger	52 %	48 %	39 %	49 %	44 %
Psykolog	6 %	5 %	8 %	7 %	7 %
Psykologspesialist	3 %	3 %	7 %	7 %	6 %
Overlege	5 %	5 %	5 %	4 %	5 %
LIS-leger/turnusleger	6 %	1 %	5 %	4 %	4 %
Spesialsykepleier	16 %	17 %	16 %	12 %	15 %
Sykepleier	12 %	21 %	20 %	17 %	19 %
VOP					
Pasientrettede stillinger	36 %	41 %	37 %	38 %	37 %
Psykolog	7 %	8 %	8 %	6 %	7 %
Psykologspesialist	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %
Overlege	8 %	5 %	8 %	7 %	8 %
LIS-leger/turnusleger	5 %	5 %	6 %	4 %	5 %
Spesialsykepleier	23 %	22 %	19 %	20 %	20 %
Sykepleier	14 %	13 %	16 %	18 %	16 %

10.4. Bemanningsbehov for døgn

Tabellen under viser framskrevet bemanningsbehov på døgnenheter.

Bemanningsbehovet i 2040 er beregnet basert på den framskrevne aktivitetsveksten på liggedøgn. Den prosentvise veksten i liggedøgn per tjenesteområde gir lik vekst i bemanningsbehov.

Region/ tjenesteområde	Liggedøgn 2021	Liggedøgn 2040	Endring	Årsverk 2021	Årsverk 2025	Årsverk 2040	Endring 2025	Endring 2040	Årsverk per 1000 liggedøgn
Helse Midt-Norge	166 309	184 217	111 %	2 012	2 115	2 351	102	338	
BUP	7 338	7 397	101 %	182	194	195	12	13	24,8
TSB	32 153	33 758	105 %	200	214	224	14	25	6,2
VOP	83 042	95 275	115 %	1 155	1 212	1 390	57	235	13,9
VOP DPS	43 776	47 787	109 %	472	492	537	20	65	10,8
Innleie			111 %	4	4	4	0	1	
Helse Nord	131 380	138 387	105 %	1 313	1 355	1 436	42	119	
BUP	10 779	10 141	94 %	111	114	107	2 -	4	10,3
TSB	28 269	29 096	103 %	175	187	192	11	17	6,2
VOP	51 550	57 244	111 %	611	629	699	18	87	11,9
VOP DPS	40 782	41 906	103 %	378	387	398	9	20	9,3
Innleie			105 %	38	39	41	1	3	
Helse Sør-Øst	612 968	694 868	113 %	6 923	7 245	8 216	322	1 272	
BUP	42 013	43 427	103 %	727	781	807	54	80	17,3
TSB	109 211	119 492	109 %	972	1 038	1 135	66	163	8,9
VOP	312 114	365 897	117 %	3 828	3 981	4 667	153	839	12,3
VOP DPS	149 630	166 053	111 %	1 282	1 327	1 472	45	190	8,6
Innleie			113 %	114	119	135	5	21	
Helse Vest	271 505	301 840	111 %	3 048	3 139	3 489	91	438	
BUP	14 106	13 801	98 %	273	292	285	19	12	19,4
TSB	49 524	52 880	107 %	359	376	401	17	42	7,2
VOP	121 190	139 416	115 %	1 569	1 601	1 842	32	273	12,9
VOP DPS	86 685	95 744	110 %	817	839	927	22	110	9,4
Innleie			111 %	30	30	33	1	4	

10.5. Bemanningsbehov poliklinikk

Tabellen under viser framskrevet bemanningsbehov på poliklinikk og dag.

Bemanningsbehovet i 2040 er beregnet basert på den framskrevne aktivitetsveksten for polikliniske konsultasjoner. Den prosentvise aktivitetsveksten per tjenesteområde gir lik vekst i bemanningsbehov.

Region/ tjenesteområde	Poliklinikk/dag 2021	Poliklinikk/dag 2040	Endring	Årsverk 2021	Årsverk 2025	Årsverk 2040	Endring 2025	Endring 2040	Årsverk per 1000 konsultasjon
Helse Midt-Norge	493 349	561 571	114 %	1 247	1 350	1 416	103	168	
BUP	114 032	117 012	103 %	259	273	265	14	7	2,3
TSB	53 042	66 127	125 %	86	98	107	12	21	1,6
VOP	280 399	325 019	116 %	861	934	997	73	137	3,1
Avtalespesialister	45 876	53 414	108 %	42	45	45	3	3	0,9
Helse Nord	306 408	334 267	109 %	715	767	758	52	42	
BUP	89 905	89 151	99 %	325	337	323	12 -	3	3,6
TSB	23 989	33 330	139 %	38	52	53	14	15	1,6
VOP	154 603	167 892	109 %	352	378	382	26	30	2,3
Avtalespesialister	37 911	43 895	110 %	34	38	38	3	3	0,9
Helse Sør-Øst	2 361 707	2 403 574	102 %	3 375	3 662	3 905	287	530	
BUP	561 484	604 347	108 %	1 149	1 228	1 236	79	88	2,0
TSB	294 410	364 208	124 %	466	528	576	62	110	1,6
VOP	1 074 844	1 277 490	119 %	1 761	1 906	2 093	146	332	1,6
Avtalespesialister	430 969	467 253	108 %	486	527	527	41	41	1,1
Helse Vest	789 580	1 232 321	156 %	1 403	1 488	1 533	86	130	
BUP	202 988	202 284	100 %	475	502	473	27 -	2	2,3
TSB	170 106	197 478	116 %	243	261	282	17	39	1,4
VOP	280 760	318 766	114 %	685	726	777	41	93	2,4
Avtalespesialister	135 726	145 526	107 %	117	125	125	8	8	0,9

10.6. Bemanningsbehov FACT

I Norge er det identifisert 301 brutto årsverk som jobber i FACT i 2021 som håndterer 4000 pasienter.

Region	Årsverk
Helse Midt-Norge	17
Helse Nord	66
Helse Sør-Øst	196
Helse Vest	23
Totalsum	301
Pasienter per årsverk	13,3

Antall pasienter i FACT er beregnet til å øke til i overkant av 4 800 pasienter i 2025 og 5 100 i 2040. Dette gir en økning på 64 årsverk frem til 2025 og 88 til 2040.

	2021	2 025	2 040
Antall pasienter i FACT	4 000	4 849	5 166
Antall årsverk per pasient (13,3 årsverk)	301	365	388
Endring		64	88

10.7. Oppsummert

Tabellen under viser framskrevet bemanningsbehov i de ulike regionene fram til 2025 og 2040.

Region	2021	2025	2040	Endring 2025		Endring 2040	
Helse Midt-Norge	3 277	3 483	3 786	206	6,3 %	509	15,5 %
Helse Nord	2 160	2 267	2 339	107	4,9 %	176	8,1 %
Helse Sør-Øst	10 670	11 310	12 555	640	6,0 %	1 864	17,5 %
Helse Vest	4 604	4 790	5 196	185	4,0 %	588	12,8 %
Totalt	20 711	21 850	23 877	1 139	5,5 %	3 137	15,1 %

Gitt tilsvarende bemanningsmiks som det nasjonale snittet gir dette følgende behov for bemanningsvekst i fagårsverk fram til 2025 og 2040. Tabellen er eksklusive innleie og avtalespesialister.

Region/Tjenesteområde	2021	2025	2040	Endring 2025	Endring 2040
Pasientrettede stillinger	7 865	8 297	9 067	432	1 202
Psykolog	1 877	1 980	2 163	103	287
Psykologspesialist	1 782	1 880	2 054	98	272
Overlege	1 540	1 625	1 775	85	235
LIS-leger/turnusleger	1 079	1 138	1 244	59	165
Spesialsykepleier	3 504	3 696	4 039	193	536
Sykepleier	2 839	2 995	3 273	156	434
Totalsum	20 485	21 611	23 616	1 126	3 131

11. Tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen barne- og ungdomspsykiatri

Arbeidsgruppen er bedt om å «foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats», herunder vurdere «hvordan BUP, i samarbeid med kommunene, kan jobbe for å forebygge, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge. Det må vurderes hvordan fragmentering av ansvar og oppfølging av sårbare barn og unge kan motvirkes gjennom tettere samarbeid og deling og kunnskap. De regionale helseforetakene bes vurdere muligheter for å prøve ut nye modeller for samarbeid hvor BUP kan ta et større helhetlig ansvar sammen med kommunene.»

Det er etablert ulike modeller i flere helseforetak for samarbeid som gir tydeligere ansvarsavklaring mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. Modellene forutsetter god informasjon til fastleger og andre kommunale instanser, samt tydelige kriterier for henvisning.

Det overordnede formålet er å legge til rette for at barn og unge får adekvat helsehjelp, og at riktig hjelp gis av riktig nivå. I 2021 ble 20% av henvisningene til BUP gitt avslag, noe som utgjør 8 500 henvisninger. Vi har i dag ikke tilstrekkelig kunnskap om denne populasjonen til å gjøre fullstendig vurdering av arbeidsomfanget ved å ta denne gruppen inn i spesialisthelsetjenesten. Dersom vi forutsetter at volumet er 8 500 henvisninger med en minimums innsatts på 3,5 timer er det estimert et behov for en ressursinnsats på om lag 20 årsverk nasjonalt.

Arbeidsgruppen anbefaler ikke en modell ettersom det er behov for en viss fleksibilitet og lokal tilpasning.

For kommuner med en godt utviklet tjeneste kan for eksempel dialogbasert inntak være en god løsning. Både kommunale tilbud og tilbud i PHBU er ulikt utbygget og med stort spenn fra godt utbyggede lavterskeltilbud som Ung Arena til intensive tilbud som hjemmesykehus og FACT-ung. Norges kommuner har varierende innbyggertall, og ulik størrelse på barnebefolkningen. Ofte vil mindre kommuner med liten barnebefolkning ha færre ressurser til å bygge opp robuste fagmiljø for å ivareta barn og unges psykiske helse. De kan derfor ha behov for utvidet bistand fra PHBU.

Modellene som er implementert forutsetter god informasjon mellom fastleger og andre kommunale instanser, samt tydelige kriterier for henvisning. Modellene bidrar til å øke samarbeid og samhandling mellom omsorgsnivåene, og til forebygge, fange opp og yte tidlig innsats til barn og unge med behov for psykisk helsehjelp. Modellene bidrar også til økt kunnskapsdeling mellom nivåene og til at BUP tar et større helhetlig ansvar for barn og unge, i samarbeid med kommunene.

11.1. Helsefelleskap og utvikling av samhandlingsløp

Uansett modell er det nødvendig å avklare ansvars- og arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet anbefaler en modell som tar utgangspunkt i Helse Fonna sine samhandlingsløp på tvers av omsorgsnivåene.³⁵

Samhandlingsforløpene beskriver ansvar-, rolle- og oppgavefordeling mellom ulike kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten ved de vanligste psykiske helseplagene hos barn og unge. Målet er at barn og unge med behov for psykisk helsehjelp skal få rett hjelp fra rett tjeneste, og at forløpene er sammenhengende og helhetlige.

Erfaringer fra Helse Fonna viser at arbeidet med samhandlingsforløp har ført til tydeligere roller og ansvar mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.³⁶ Det stilles krav til at fastlegene involverer andre kommunale tjenester før henvisning. Modellen er

³⁵ Samarbeidsformer mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om barn og unge med psykiske vansker. Helsedirektoratet 2021, oppdatert 2022.

³⁶ Psykisk helsearbeid for barn og unge. Samarbeid mellom kommuner og BUP. Helsedirektoratet 2021.

implementert i hele foretaksgruppen i Helse Vest for de vanligste psykiske helseplagene/lidelsene hos barn og unge. Modellen endrer ikke arbeidsflyten mellom nivåene, men stiller krav til gjennomarbeidede avtaler mellom de to omsorgsnivåene. Forløpene fungerer som et kart over de ulike tjenestene som tilbys fra de to nivåene og er et eksempel på et samarbeid på systemnivå.

Modellen utvider ikke BUP sitt ansvarsområde, men gjør det tydeligere hvilke tilbud kommunene må tilby barn og unge og presiserer hvem som har ansvar for hva.

11.2. Forebygging, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge

For å hindre frafall og skjevutvikling, må psykisk helsevern for barn og unge samordne innsatsen med instanser som rår over barnets øvrige livsbetingelser. Psykiske lidelser har tidlig debut, og hele 3 av 4 får en psykisk lidelse før de fyller 25 år. En stor andel unge havner utenfor skole/utdanning/arbeidsliv tidlig, og 21 600 unge mellom 18-29 var registrert uføre i september 2022.³⁷ Av disse ble 66 % uføre grunnet psykisk lidelse som det finnes behandling for (9266 personer). Flere unge er uføre grunnet angst-, depresjons- og atferdslidelser. En nyere norsk undersøkelse viser til at dette er unge med svake skoleprestasjoner og lav gjennomføringsgrad i videregående skole.

Arbeidsdeltakelsen i forkant av uføretrygd er lav, og studien konkluderer med at utstøtingen kan tilskrives faktorer som treffer de unge gjennom oppveksten.³⁸ Målrettet innsats for å tidlig fange opp barn og unge i fare for å falle utenfor har derfor god samfunnsmessig bærekraft.³⁹

Tidlig innsats omfatter et bredt spekter fra tidlig intervensjon ved psykose, til hjelp til småbarn med skjev eller forsinket utvikling og eldre barn med skolevegning. Oppsøkende virksomhet ved skolevegning, tegn på psykose og raske funksjonsfall hos barn og ungdom gjør at målrettede tiltak kan iverksettes før problemene utvikler seg til vedvarende kroniske lidelser og godt etablerte levemønstre. Det er særlig aktuelt i tilfeller der lidelsens langsiktige innvirkning på fungering fører til utenforskap og frafall fra skole og arbeidsliv.

Erfaring fra arbeidsrettet behandling av voksne har gode resultat på deltakelse i skolegang og arbeidslivet. Flere tilsvarende tiltak er under utprøving for ungdom og det er stor spenning knyttet til resultatene.

³⁷ Utviklingen i uføretrygd per 30. september 2022. Notat. NAV 2022.

³⁸ Bråten & Sten-Gahmberg (2022). Unge uføre og veien til uføretrygd. Søkelys på arbeidslivet. Vol. 39.

³⁹ <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2012/07/ti-prinsipper-forebygging-av-psykiske-lidelser>, jf. Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children, *Science*, 312, 1900-1902.

Barn og unge har et grunnleggende behov for å være en del av en større helhet med gode familieforhold, sosialt nettverk og skolegang. Det å mestre skole og hverdagsliv henger derfor nært sammen med god helse. Barn og unge som mottar helsehjelp fra PHBU er en sammensatt gruppe med svært ulike behov. Behovet for å møte spesialisthelsetjenesten på egne arenaer vil variere. Flere ungdomsråd (OUS, Nordlandssykehuset) har ytret ønske om at behandlingen tilpasses livet slik at de ikke går glipp av skolegang. Det kan oppnås blant annet gjennom BUP i skole, digitale helsetjenester og timer på ettermiddagen. BUP i videregående skole øker tilgjengeligheten, kan ytes uten egenandel og bidrar til å fange opp unge med helsebehov som ikke selv ville ha oppsøkt hjelp.

Tjenester til barn og unge krever ofte mye samhandling med flere instanser, der kommunene er sentrale bidragsytere. Barn og unge er i langt større grad enn voksne avhengig av sine omgivelser og ikke sjelden må det samhandles med både skole, foreldre, PPT, fastlege og andre. De kommunale hjelpeinstansene rettet mot barn og unge er spredt på ulike administrative og geografiske enheter. Dagens lovverk stiller ikke eksplisitte krav til kommunenes ansvar for barn og unges psykiske helse. Slik Riksrevisjonen har påpekt, i sin undersøkelse av psykiske helsetjenester er det flere kommuner som mangler et tilbud til barn og unge med psykiske vansker ut over tjenester som gis av fastlege.⁴⁰

Forskjellen i de lovfestede kravene til PHBU og kommunenes tilbud til barn og unge med psykiske vansker vil bidra til variasjon i tilbudet. Det kan derfor vurderes om kravene på de to omsorgsnivåene i større grad kan harmoniseres. Fra et brukerperspektiv vil det gi bedre oversikt og øke tilgjengeligheten. Ulike løsninger finnes i dag, eks. Familiens hus og Ung Arena osv. Her kan PHBU forpliktes å delta i et felles samarbeid. Slike senter vil gi bedre lavterskel tilgang og samle større tverrfaglige miljøer.

Barn og unge med langvarige og sammensatte lidelser trenger mye samhandling mellom hjelpeinstansene. Det innebærer samarbeidsmøter, ambulerer til bosted/skole, veiledning, opplæring av samarbeidsparter osv. Slik innsats binder mange ressurser og går på bekostning av måloppnåelse på tjenestens styringsindikatorer (aktivitet, ventetid). Barn og unge med sammensatte og langvarige lidelser trenger derfor å prioriteres faglig og politisk.

Kommunale tjenester og sosiale strukturer har stor betydning for barn og unges fungering i hverdagen. Det er potensial for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre instanser, som for eksempel barnevernet.⁴¹ Spesialisthelsetjenesten kan best styrke og støtte kommunale tjenesters forebyggende arbeid i sårbare barn sin hverdag gjennom utadrettet samhandling. Veiledning,

⁴⁰ Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsetjenester. Dokument 3:13 (2020-2021). Riksrevisjonen 2021.

⁴¹ Barneombudet (2020) Jeg skulle hatt BUP i en koffert.

kompetanseheving og samarbeid om tidlig vurdering for barn med behov for spesialiserte tjenester bør derfor organiseres nærmere der barna lever. Slik vil også de spesialiserte tjenestene i PHBU kunne prioriteres særskilt for barn med de alvorligste og mest komplekse utfordringene.

11.3. Finansiering og lovverk

Innsats fra PHBU inn i helsestasjon, skolehelsetjeneste og lavterskeltilbud som helsestasjon for ungdom er gode tiltak for å styrke samarbeidet, fange opp barn og unge i risikogrupper tidlig og bidra til kunnskapsoverføring og kunnskapsbygging. En ulempe i dag er at veiledning og rådgivning mellom de to omsorgsnivåene ikke gir spesialisthelsetjenesten inntjening. Per i dag må rådgivning være knyttet til en bestemt pasient i EPJ for å kunne utløse ISF, noe som ikke legger til rette for generell veiledning, eller bidrag inn i forebygging. Spesialisthelsetjenesten har et lovfestet ansvar for å bidra forebygging og med veiledning.⁴² For at dette skal gis høyere prioritet kan det vurderes å gå bort fra ren rammefinansieringen av forebygging og veiledning.

Et annet hinder er at spesialisthelsetjenestens styringsmål ikke gir incentiv til å arbeide forebyggende, samhandle med andre instanser/sektorer eller veilede eller drive rådgivning. Selv om ambulante tjenester, veiledning og arbeid med forebygging er riktig å prioritere faglig, styres tjenestene av mål som aktivitet, ventetid og fristbrudd og økonomisk bærekraft. Ordinær poliklinisk virksomhet legger godt til rette for aktivitet, mens ambulante tilbud ofte gir lavere registrert aktivitet og inntjening. Forebygging, samarbeid og veiledning genererer derimot ingen inntekt og er en ren utgiftspost for en enhet.

Kommunene i arbeidsgrupper etterlyser større fleksibilitet for å få veiledning, tilsyn, mulighet til felles observasjon og andre tiltak når det oppstår utfordringer. Faggruppen peker på behovet for en bedre overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og behovet for ambulante tjenester som kan jobbe mer fleksibelt sammen med kommunene. Spesialisthelsetjenestens deltagelse i samarbeid, veiledning og forebygging kan styrkes gjennom et klart oppdrag at aktiviteten finansieres særskilt.

Det er særlig viktig å sikre innsats til barn og unge i kommuner med begrensede ressurser. Her kan spesialisthelsetjenesten ta et større ansvar for oppfølging og tidlig innsats i disse kommunene. Det anbefales at midler til tjenesteinnovasjon spisses mot tiltak som sikrer en god overføring til kommunene for å teste ut modeller og dokumentere effekter. Helsedirektoratet bør beskrive faglig innhold og krav til kompetanse.

⁴² Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a

Fordelen med å utvide spesialisthelsetjenestens ansvar for forebygging inn i kommunale tilbud er flere. For barn og unge, samt deres pårørende er det et ønske om å motta hjelpen når behovet melder seg, og uten lang ventetid. Det er samtidig viktig at helsehjelp ytes etter LEON-prinsippet. Å bli registrert som pasient grunnet psykiske helseplager eller lidelser kan ha utilsiktede sideeffekter. Vi må unngå sykeliggjøring av forbigående livsvansker og privatisering av psykiske vansker som skyldes strukturelle forhold i samfunnet. Alt ligger til rette for å styrke den helsefremmende og forebyggende innsatsen på de arenaene barn og unge tilbringer store deler av livet, som barnehage og skole. Gode helsefremmende strukturer, tilstrekkelig med kompetente og trygge voksne, miljøterapeuter, skolehelsetjeneste og spesialpedagogiske tjenester osv. bidrar til forebygging av psykiske plager og uhelse, tidlig innsats og oppdagelse av barn og unge med hjelpebehov. Slike tjenester kan også normeres og forskriftsfestes.

11.4. Ungdomstjeneste

I Norge er psykisk helsevern i stor grad organisert etter en todeling der tilbud til barn og voksne ytes av ulike enheter. Enkelte land organiserer tjenesten etter en tredeling, med tilbud til hhv. barn, ungdom/ung-voksen og voksne. Hensikten er blant annet å nå ungdom som ikke selv oppsøker hjelpetilbud. Headspace er et eksempel på en tjeneste som har organisert og lokalisert tilbudet for å bedre nå ungdom og unge voksne.⁴³

For mange vansker som rusproblemer, utvikling av psykose/bipolar, frafall fra skole og lavt funksjonsnivå er aldersgrensen på 18 år svært uheldig for å skifte hjelpetjeneste. Ungdomstjenesten kan favne fra ca. 15-25 år, noe som vil gi bedre overganger og sammenheng i behandlingstilbudene. PHBU og PHV har ulike arbeidsformer, metoder, involvering av nettverk, osv. Formålet er 16-åringen ikke skal måtte starte på et pasientforløp i PHBU, for deretter å starte et nytt pasientforløp ved fylte 18 år. En slik ungdomstjeneste kan favne flere pasientgrupper, og gi ungdom med behov for langvarig tverrfaglig oppfølging et tilbud i PHBU til de har fullført videregående skole. En ungdomstjeneste vil også komme brukerorganisasjonene i møte på argumentet om for dårlig sammenheng i behandlingsskjeden rundt 18 år.

Det vil kreve flere endringer (nye faglige retningslinjer, endring i finansiering og nye krav til organisering av spesialisthelsetjenesten), men samtidig styrke samhandling og integrering i egen organisasjon.

11.5. Oppsummert

En modell der spesialisthelsetjenesten tar en tydeligere rolle med å sikre et videre forløp enten i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten vil kreve et formalisert samarbeid mellom helseforetakene og kommunene, innsikt i de ulike kommunale tilbudene og ansvarlige kontaktpersoner i de enkelte kommunene.

⁴³ <https://headspace.org.au/>

Forhold som kommunestørrelse, geografisk avstand, etablerte samhandlingsarenaer, interkommunale samarbeid er noen forhold som vil påvirke hvordan et samarbeid mellom helseforetakene og kommunene løses.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det i oppdragsdokumentet for 2023 gis et oppdrag hvor de enkelte helseforetak skal utarbeide modeller og samarbeidsarenaer som legger til rette for at barn, unge og unge voksne som er henvist til spesialisthelsetjenesten med behov for tjenester i spesialisthelsetjenesten eller kommunale helse- og omsorgstjenester ikke avvises uten en plan for oppfølging. Det forutsettes forpliktende avtaler som avklarer ansvars- og arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

12. Kompetanseutviklingsbehov innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innledning

De regionale helseforetakene fikk 23. juni i revidert Oppdragsdokument for 2022 følgende oppdrag «*Det vises til at dagens nasjonale kompetansetjenester innenfor psykisk helsevern og TSB på sikt skal organiseres utenfor det forskriftsregulerte systemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere hvilke områder innen psykisk helsevern og TSB det eventuelt er et særskilt behov for å bygge opp og spre kompetanse nasjonalt og hvordan dette best kan organiseres.*».

Dette notatet omhandler kompetanseutviklingsbehovet.

Bakgrunn

Den nasjonale prosessen tilknyttet de nasjonale kompetansetjenestene innebærer for PHV og TSB at tre nasjonale kompetansetjenester vil bli avviklet i sin nåværende form fra og med 2024 da de alle har hatt en virketid på minst 10 år. Dette gjelder Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP), Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og Nasjonal kompetansetjeneste for TSB (NK TSB).

Det regionale helseforetaket med ansvar for den enkelte nasjonale kompetansetjeneste, har innhentet tilbakemeldinger og vurderinger fra kompetansetjenestene og

underliggende helseforetak på hvilke områder innen PHV og TSB det er særskilt behov for å bygge opp og spre kompetanse om nasjonalt og forslag til organisering.

Tilbakemeldingene kan oppsummeres slik:

- Det er fortsatt behov for kompetanseutvikling, -spredning, opplæring, kvalitetsheving og forskning på tjenestene til personer med ROP-lidelse (utredning, kartlegging, behandling og samhandling).
- Behovet gjelder både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Det er fortsatt behov for mer kunnskap og kompetanse om utvikling av gode behandlingsløp.
- Det er fremdeles behov for kompetanseutvikling og nasjonal deling av kompetanse innen TSB.
- Hvis NK TSB skal organiseres utenfor det forskriftsregulerte systemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, bør det vurderes hvordan NK TSB kan videreutvikles og videre tilgang til særlig etterspurte tjenester og tilbud som TSB-skolen, ledernetverket og TSB i Norge.
- Det er behov for en bedre oversikt over spisskompetanse innen ulike områder innen TSB.
- Det må vurderes hvordan organisering og oppgaver kan fordeles gjennom et kunnskapsnettverk.
- Et prosjekt for å skaffe slik oversikt er pågående i Helse Vest

Ettersom en forutsetning for oppdraget er at eksisterende nasjonale kompetanstjenester på sikt må organiseres utenfor det forskriftsregulerte systemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig med mer målrettede prosesser for å vurdere videreutvikling av eksisterende tjenester.

Det vurderes som særlig viktig å beholde og utvikle strukturer og ressurser som tilrettelegger for utvikling av TSB-feltet. Det er i dag stor variasjon i tjenesten og behov for et kompetansemiljø som kan bidra til å redusere denne.

Aktuelle innsatsområder for TSB-feltet:

- Hvordan arbeide med ROP-pasienter i kritiske periode
- Traumeforskning og opplæring i tilbud til denne gruppen
- Behandling av rusproblem hos barn og unge (innad i spesialisthelsetjenesten, på tvers av forvaltningsnivå, samt tverrsektorielt inkludert barnevern)
- Behandling av rus- og avhengighetslidelser hos småbarnsforeldre
- Akuttbehandling (rusmedisin, psykisk helsevern og somatikk samlet)
- Substitusjonsbehandling ved avhengighet til andre typer rusmidler enn opioider
- Pasienter med avhengighet til opioider som følge av smertebehandling

Aktuelle innsatsområder for psykisk helsevern:

- Fortsatt implementering av fleksible oppsøkende behandlingsteam (ACT/FACT-voksen) – men også særlig viktig for nye målgrupper: FACT-ung, FACT-sikkerhet og FACT-allmenn, inkl. opplæring av ansatte og oppfølging av teamenes trofasthet mot modellen

- Kvalitetssikring, oppfølging og sikring av bred tilgang til utrednings- og kartleggingsverktøy
- Måling av kvalitet og resultater av tjenesten
- Integrert behandling av rus, psykiatri og somatikk
- Digitale tjenester
- I skjæringspunktet mellom psykisk helsevern og TSB, behandling av personer som kan utgjøre en risiko for trusler og vold.

Det er viktig at kompetansetjenester med fokus på pasienter med langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, evner å inkludere både spesialist- og primærhelsetjeneste og brukermedvirkning i sitt område for kunnskapsdeling.

13. Vedlegg – framskrevet aktivitet per helseforetak/sykehus

13.1. Døgnbehandling per region og helseforetak

TSB	Liggedøgn 2021	Demografi 2040	Økning i liggedøgn grunnet kvalitet	Omstilling til FACT og poliklinikk	Liggedøgn 2040 etter kvalitet og omstilling
Helse Midt-Norge	32 153	32 148	3 109 -	1 498	33 758
Helse Møre og Romsdal HF	17 188	16 855	1 641 -	803	17 693
Helse Nord Trøndelag HF	3 327	3 231	319 -	149	3 401
St. Olavs Hospital HF	11 638	12 062	1 148 -	546	12 665
Helse Nord	28 269	27 568	2 762 -	1 235	29 096
Finnmarkssykehuset HF	3 130	3 092	294 -	141	3 245
Helgelandssykehuset HF	1 943	1 902	194 -	80	2 016
Nordlandssykehuset HF	3 935	3 947	466 -	155	4 258
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	19 261	18 627	1 808 -	859	19 576
Helse Sør-Øst	355 462	367 429	10 649 -	35 702	342 375
Akershus universitetssykehus HF	17 241	18 954	1 700 -	816	19 838
Oslo universitetssykehus HF	21 419	22 400	2 046 -	1 032	23 414
Privat Helse Sør-Øst RHF	246 251	253 447	100 -	30 664	222 884
Sykehuset i Vestfold HF	11 429	11 585	1 099 -	526	12 157
Sykehuset Innlandet HF	13 714	14 212	1 308 -	562	14 957
Sykehuset Telemark HF	3 159	3 045	293 -	126	3 212
Sykehuset Østfold HF	8 477	8 815	828 -	398	9 245
Sørlandet sykehus HF	19 352	19 909	1 872 -	906	20 875
Vestre Viken HF	14 420	15 062	1 404 -	673	15 793
Helse Vest	90 437	91 214	4 731 -	3 614	92 332
Helse Bergen HF	33 868	34 969	3 224 -	1 574	36 619
Helse Fonna HF	2 617	2 513	241 -	64	2 690
Helse Førde HF	5 664	5 755	533 -	237	6 051
Helse Stavanger HF	7 375	7 038	677 -	195	7 520
Privat Helse Vest RHF	40 913	40 938	57 -	1 543	39 451
Private	55 222	55 524	- -	3 005	52 519
Privat Helse Midt-Norge HF	34 698	35 080	- -	1 500	33 581
Privat Helse Nord RHF	20 419	20 349	- -	1 492	18 856
Totalsum	561 543	573 883	21 251 -	45 055	550 079

BUP	Liggedøgn 2021	Demografi 2040	Økning i liggedøgn grunnet kvalitet	Omstilling til FACT og poliklinikk	Liggedøgn 2040 etter kvalitet og omstilling
Helse Midt-Norge	7 338	6 904	553 -	60	7 397
Helse Møre og Romsdal HF	3 119	2 767	285 -	20	3 032
Helse Nord Trøndelag HF	1 389	1 139	147 -	20	1 267
St. Olavs Hospital HF	2 830	2 999	120 -	20	3 098
Helse Nord	10 779	9 277	1 035 -	171	10 141
Finnmarkssykehuset HF	2 377	2 145	118 -	61	2 201
Helgelandssykehuset HF	1 823	1 442	80 -	47	1 474
Nordlandssykehuset HF	2 883	2 509	170 -	34	2 645
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	3 696	3 181	668 -	28	3 821
Helse Sør-Øst	60 489	58 675	4 257 -	764	62 167
Akershus universitetssykehus HF	8 074	8 421	552 -	167	8 806
Oslo universitetssykehus HF	13 099	13 146	1 131 -	181	14 096
Privat Helse Sør-Øst RHF	18 476	18 281	650 -	190	18 741
Sykehuset i Vestfold HF	1 287	1 161	95 -	4	1 252
Sykehuset Innlandet HF	5 823	5 096	421 -	73	5 444
Sykehuset Telemark HF	1 901	1 674	247 -	30	1 890
Sykehuset Østfold HF	4 070	3 790	490 -	47	4 234
Sørlandet sykehus HF	1 893	1 716	256 -	9	1 963
Vestre Viken HF	5 866	5 390	414 -	63	5 741
Helse Vest	14 106	12 572	1 393 -	165	13 801
Helse Bergen HF	7 034	6 347	840 -	41	7 147
Helse Fonna HF	2 026	1 658	175 -	21	1 812
Helse Førde HF	1 237	1 064	66 -	32	1 098
Helse Stavanger HF	3 809	3 503	312 -	70	3 744
Totalsum	92 741	87 452	7 238 -	1 159	93 530

VOP DPS	Liggedøgn 2021	Demografi 2040	Økning i liggedøgn grunnet kvalitet	Omstilling til FACT og poliklinikk	Liggedøgn 2040 etter kvalitet og omstilling
Helse Midt-Norge	43 776	45 626	4 112 -	1 950	47 787
Helse Møre og Romsdal HF	15 970	15 594	1 424 -	666	16 352
Helse Nord Trøndelag HF	3 613	3 902	326 -	172	4 056
St. Olavs Hospital HF	24 193	26 130	2 362 -	1 113	27 379
Helse Nord	40 782	40 009	3 392 -	1 495	41 906
Finnmarkssykehuset HF	7 753	7 685	673 -	336	8 022
Helgelandssykehuset HF	4 036	3 880	366 -	131	4 114
Nordlandssykehuset HF	7 431	7 240	479 -	304	7 415
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	21 562	21 203	1 874 -	723	22 354
Helse Sør-Øst	235 418	250 325	18 454 -	10 510	258 269
Akershus universitetssykehus HF	25 953	29 230	2 498 -	1 487	30 242
Lovisenberg Diagonale sykehus	3 663	3 723	298 -	134	3 887
Oslo universitetssykehus HF	17 089	18 969	1 719 -	977	19 711
Privat Helse Sør-Øst RHF	85 788	90 928	4 600 -	3 312	92 216
Sykehuset i Vestfold HF	10 401	10 763	1 111 -	570	11 304
Sykehuset Innlandet HF	17 498	17 177	1 374 -	626	17 924
Sykehuset Telemark HF	15 302	15 065	1 465 -	822	15 709
Sykehuset Østfold HF	18 489	19 812	1 561 -	848	20 525
Sørlandet sykehus HF	20 590	22 257	1 933 -	801	23 389
Vestre Viken HF	20 645	22 401	1 895 -	934	23 362
Helse Vest	77 720	81 700	7 264 -	3 660	85 304
Helse Bergen HF	24 798	26 555	2 593 -	1 103	28 045
Helse Fonna HF	13 628	13 638	1 248 -	730	14 156
Helse Førde HF	6 692	6 584	630 -	289	6 925
Helse Stavanger HF	24 596	26 414	2 451 -	1 372	27 494
Privat Helse Vest RHF	8 006	8 509	341 -	167	8 684
Private	25 649	26 579	1 699 -	950	27 327
NKS Jæren DPS	7 901	8 761	862 -	473	9 150
Privat Helse Nord RHF	8 678	8 241	4 -	42	8 203
Solli Sykehus	5 998	6 406	571 -	289	6 688
Voss DPS Bjørkely	3 072	3 171	261 -	146	3 286
Totalsum	423 345	444 238	34 922 -	18 567	460 593

VOP Sykehus	Liggedøgn 2021	Demografi 2040	Økning i liggedøgn grunnet kvalitet	Omstilling til FACT og poliklinikk	Liggedøgn 2040 etter kvalitet og omstilling
Helse Midt-Norge	83 042	89 869	8 222 -	2 816	95 275
Helse Møre og Romsdal HF	21 960	23 033	2 181 -	801	24 412
Helse Nord Trøndelag HF	17 350	17 870	1 805 -	648	19 027
St. Olavs Hospital HF	43 732	48 966	4 236 -	1 367	51 835
Helse Nord	51 550	53 624	4 940 -	1 320	57 244
Nordlandssykehuset HF	25 358	25 024	2 561 -	677	26 908
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	26 192	28 600	2 379 -	643	30 336
Helse Sør-Øst	312 114	343 726	34 262 -	12 091	365 897
Akershus universitetssykehus HF	41 250	49 388	4 561 -	1 991	51 958
Diakonhjemmet Sykehus	9 950	12 674	1 151 -	353	13 472
Lovisenberg Diakonale sykehus	22 966	23 242	2 666 -	722	25 185
Oslo universitetssykehus HF	53 271	58 919	6 411 -	2 531	62 799
Sykehuset i Vestfold HF	20 816	22 152	2 375 -	1 028	23 499
Sykehuset Innlandet HF	39 857	41 979	3 997 -	1 070	44 906
Sykehuset Telemark HF	16 702	17 830	1 681 -	723	18 788
Sykehuset Østfold HF	33 498	36 227	3 615 -	1 251	38 592
Sørlandet sykehus HF	35 523	38 546	3 780 -	1 005	41 321
Vestre Viken HF	38 281	42 769	4 025 -	1 418	45 376
Helse Vest	114 625	121 327	12 312 -	4 945	128 694
Helse Bergen HF	47 688	50 711	5 381 -	1 947	54 145
Helse Fonna HF	14 731	14 887	1 319 -	517	15 690
Helse Førde HF	11 347	10 729	936 -	306	11 358
Helse Stavanger HF	40 859	45 001	4 675 -	2 175	47 501
Private	7 622	12 268	497 -	163	12 603
NKS Olaviken	6 565	10 391	493 -	161	10 722
Privat Helse Nord RHF	1 057	1 878	4 -	1	1 881
Totalsum	568 953	620 814	60 233 -	21 335	659 712

13.2. Poliklinikk per region og helseforetak

TSB	Antall 2021	Justert behandlingssgap	Demografi 2040	Aktivitet 2040 inkludert kvalitet/generell vekst	Herav digitale tjenester	Endring 2021 - 2040
Helse Midt-Norge	53 042	56 811	56 147	66 127	8 943	25 %
Helse Møre og Romsdal HF	17 045	18 260	16 998	20 040	2 841	18 %
Helse Nord Trøndelag HF	6 356	6 880	6 229	7 440	1 265	17 %
St. Olavs Hospital HF	29 641	31 671	32 920	38 647	4 837	30 %
Helse Nord	23 989	30 903	23 573	33 330	4 626	39 %
Finnmarkssykehuset HF	1 115	1 718	1 050	1 844	358	65 %
Helgelandssykehuset HF	3 380	4 403	3 114	4 533	606	34 %
Nordlandssykehuset HF	5 898	7 993	5 755	8 538	1 291	45 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	13 596	16 788	13 654	18 414	2 371	35 %
Helse Sør-Øst	323 855	350 030	339 513	403 864	56 436	25 %
Akershus universitetssykehus HF	40 322	43 871	44 641	53 485	8 017	33 %
Diakonhjemmet Sykehus	10 717	12 066	10 892	13 508	2 621	26 %
Lovisenberg Diagonale sykehus	7 355	8 231	7 217	8 909	1 758	21 %
Oslo universitetssykehus HF	39 647	42 291	43 151	50 617	5 040	28 %
Privat Helse Sør-Øst RHF	29 445	34 006	31 173	39 657	7 447	35 %
Sykehuset i Vestfold HF	48 867	51 693	50 413	58 693	5 576	20 %
Sykehuset Innlandet HF	21 091	23 056	21 161	25 388	3 653	20 %
Sykehuset Telemark HF	10 323	10 658	10 095	11 458	1 225	11 %
Sykehuset Østfold HF	43 490	46 876	45 724	54 205	6 653	25 %
Sørlandet sykehus HF	34 205	36 961	35 201	41 864	6 289	22 %
Vestre Viken HF	38 393	40 320	39 845	46 081	8 157	20 %
Helse Vest	187 331	195 599	191 085	219 631	16 841	17 %
Helse Bergen HF	95 838	100 009	100 289	115 174	7 597	20 %
Helse Fonna HF	18 786	19 226	17 562	19 756	1 164	5 %
Helse Førde HF	1 511	1 636	1 452	1 746	241	16 %
Helse Stavanger HF	53 971	54 837	54 375	60 803	3 635	13 %
Privat Helse Vest RHF	17 225	19 891	17 406	22 153	4 203	29 %
Private	9 711	10 873	10 390	12 812	2 372	32 %
Privat Helse Midt-Norge HF	9 529	10 634	10 234	12 586	2 327	32 %
Private sykehus	182	239	156	226	45	24 %
Totalsum	597 928	644 216	620 708	735 763	89 217	23 %

BUP	Antall 2021	Justert behandlingssgap	Demografi 2040	Aktivitet 2040 inkludert kvalitet/generell vekst	Herav digitale tjenester	Endring 2021 - 2040
Helse Midt-Norge	114 032	115 566	105 108	117 012	26 194	3 %
Helse Møre og Romsdal HF	42 707	43 193	37 441	41 592	9 356	-3 %
Helse Nord Trøndelag HF	20 668	20 943	17 631	19 615	4 481	-5 %
St. Olavs Hospital HF	50 657	51 430	50 036	55 805	12 357	10 %
Helse Nord	89 905	90 927	80 268	89 151	19 983	-1 %
Finnmarkssykehuset HF	12 981	13 102	11 971	13 262	3 014	2 %
Helgelandssykehuset HF	15 451	15 633	13 217	14 685	3 343	-5 %
Nordlandssykehuset HF	24 199	24 522	21 498	23 933	5 189	-1 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	37 274	37 670	33 582	37 270	8 437	0 %
Helse Sør-Øst	561 489	568 901	543 140	604 353	136 146	8 %
Akershus universitetssykehus HF	112 580	113 956	115 376	128 265	29 135	14 %
Diakonhjemmet Sykehus	13 445	13 613	13 798	15 346	3 520	14 %
Lovisenberg Diagonale sykehus	27 341	27 540	27 627	30 583	6 926	12 %
Oslo universitetssykehus HF	59 649	60 133	62 757	69 489	16 126	16 %
Privat Helse Sør-Øst RHF	5	5	5	6	1	10 %
Sykehuset i Vestfold HF	55 379	56 687	51 608	57 991	12 779	5 %
Sykehuset Innlandet HF	56 353	57 079	51 661	57 461	13 002	2 %
Sykehuset Telemark HF	38 544	39 050	34 813	38 728	8 535	0 %
Sykehuset Østfold HF	49 679	50 363	47 178	52 537	11 817	6 %
Sørlandet sykehus HF	49 812	50 502	45 487	50 663	11 479	2 %
Vestre Viken HF	98 702	99 973	92 829	103 283	22 826	5 %
Helse Vest	213 111	215 345	192 099	213 213	47 273	0 %
Helse Bergen HF	82 881	83 483	76 025	84 111	18 871	1 %
Helse Fonna HF	28 500	28 861	23 646	26 307	5 864	-8 %
Helse Førde HF	19 590	19 862	16 627	18 507	4 164	-6 %
Helse Stavanger HF	72 017	72 926	65 940	73 359	16 036	2 %
Privat Helse Vest RHF	10 123	10 213	9 861	10 929	2 337	8 %
Totalsum	978 537	990 739	920 615	1 023 728	229 595	5 %

VOP	Antall 2021	Justert behandlingssgap	Demografi 2040	Aktivitet 2040 inkludert kvalitet/generell vekst	Herav digitale tjenester	Endring 2021 - 2040
Helse Midt-Norge	280 399	287 647	287 211	325 019	63 593	16 %
Helse Møre og Romsdal HF	85 652	87 745	84 677	95 712	18 526	12 %
Helse Nord Trøndelag HF	45 399	47 282	45 390	52 420	9 915	15 %
St. Olavs Hospital HF	149 348	152 621	157 144	176 887	35 152	18 %
Helse Nord	154 603	159 603	147 510	167 892	33 998	9 %
Finnmarkssykehuset HF	26 682	27 354	25 500	28 812	5 801	8 %
Helgelandssykehuset HF	25 433	26 142	22 905	25 981	5 210	2 %
Nordlandssykehuset HF	40 791	42 066	38 710	43 870	8 885	8 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	61 697	64 042	60 394	69 229	14 103	12 %
Helse Sør-Øst	1 105 673	1 133 600	1 161 238	1 313 596	253 655	19 %
Akershus universitetssykehus HF	189 173	193 257	209 080	235 552	45 837	25 %
Diakonhjemmet Sykehus	64 756	67 293	71 290	82 203	15 167	27 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	102 270	103 768	102 104	113 956	21 566	11 %
Oslo universitetssykehus HF	115 393	119 371	128 674	147 136	27 599	28 %
Privat Helse Sør-Øst RHF	30 829	31 459	32 179	36 106	6 369	17 %
Sykehuset i Vestfold HF	87 259	89 877	88 910	101 061	19 895	16 %
Sykehuset Innlandet HF	115 119	118 190	113 949	128 946	24 736	12 %
Sykehuset Telemark HF	48 171	49 592	47 405	53 854	10 539	12 %
Sykehuset Østfold HF	84 032	85 833	88 328	99 543	20 256	18 %
Sørlandet sykehus HF	123 706	126 512	127 789	144 155	27 719	17 %
Vestre Viken HF	144 965	148 449	151 531	171 085	33 973	18 %
Helse Vest	297 558	304 161	299 925	338 231	65 572	14 %
Helse Bergen HF	112 507	114 937	114 913	129 361	25 380	15 %
Helse Fonna HF	46 971	48 083	44 248	50 018	9 412	6 %
Helse Førde HF	26 942	27 598	25 626	28 910	5 876	7 %
Helse Stavanger HF	94 340	96 373	97 840	110 477	21 172	17 %
Privat Helse Vest RHF	16 798	17 170	17 298	19 465	3 732	16 %
Private	100 106	102 533	105 247	118 986	22 794	19 %
NKS Jæren DPS	21 961	22 235	23 805	26 513	5 339	21 %
NKS Olaviken	2 931	3 414	4 541	5 864	697	100 %
Privat Helse Midt-Norge HF	2 830	2 844	2 806	3 099	574	9 %
Privat Helse Nord RHF	1 484	1 713	2 155	2 758	223	86 %
Private sykehus	35 525	36 257	35 771	40 142	8 193	13 %
Solli Sykehus	24 593	25 112	25 617	28 815	5 558	17 %
Voss DPS Bjørkely	10 782	10 959	10 552	11 795	2 209	9 %
Totalsum	1 938 339	1 987 545	2 001 131	2 263 724	439 612	17 %