

---

*Framskrivning av behov for  
helsepersonell i psykisk helsevern  
og tverrfaglig spesialisert  
rusbehandling*

---

## Sammendrag

Ny framskrivningsmodell for aktivitet innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble vedtatt i styremøte i Helse Sør-Øst RHF i desember 2022. Styret ba om at det ble arbeidet videre med framskrivning av bemanningsbehov som følge av den nye aktivitetsmodellen. Helse Sør-Øst RHF besluttet at dette arbeidet skulle organiseres som et prosjekt, med mandat om å utarbeide en framskrivningsmodell for bemanning innen PHV og TSB, og i tillegg vurdere tiltak for å rekruttere, utvikle og beholde personell slik at behov for bemanning og kompetanse dekkes.

Den foreliggende rapporten omhandler framskrivning av behov for helsepersonell innen PHV og TSB fram til 2040 og tiltak for å rekruttere, utvikle og beholde ansatte. Som grunnlag for vurderingen er utviklingen i perioden 2016-2023 gjennomgått.

Det er framskrevet behov for en aktivitetsvekst innen PHV og TSB i perioden 2023 - 2040 på 15,4% for polikliniske konsultasjoner, og 13,9% for liggedøgn i helseforetak og sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst. Denne veksten kommer som følge av den utviklingen som er observert over de siste årene med økt aktivitet, flere nyhenvisninger, endret pasientsammensetning og forventede demografiske endringer. I tillegg til framskrivning av dagens aktivitet til en framtidig befolkning, inneholder framskrivningen en styrking av aktiviteten. Vurderingen av behov for helsepersonell følger av den framskrevne aktivitetsveksten, og hvordan bemanningen i dag står i relasjon til aktiviteten. Gitt at vi benytter helsepersonell på lik måte i 2040 som i dag, vil den framskrevne aktiviteten gi en vekst i behov for helsepersonell på 13,9% til 2040. Befolkningsutviklingen medfører behov for økning i personell med 7,4% mens det øvrige behovet skyldes styrking av tilbudet.

Flere virksomheter i regionen erfarer økende utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell i tjenesteområdene, og det er viktig å arbeide systematisk med dette. Det må også arbeides med ulike tiltak som kan modifisere behovet for helsepersonell ved at de tilgjengelige ressursene utnyttes best mulig.

Flere endringer i den kliniske driften observeres på regionalt nivå i perioden 2016 til 2023. I døgnbehandling PHV voksen (VOP) er det en reduksjon i liggedøgn ved DPS, men en stabilitet i sykehusfunksjoner. Alvorlig psykisk lidelse utgjør en større andel av pasientbehandlingen i 2023 sammenlignet med 2016 (andel av liggedøgn har økt fra 47 til 56% på regionalt nivå på sykehusfunksjoner, stabilt ved DPS på 34%). For TSB er det en videreutvikling av tjenesten med likere innhold og organisering mellom helseforetak, særlig ved at alle har etablert avrusningsenheter. For PHV barn og unge (BUP) var det økning av døgnbehandling i forbindelse med pandemien, men dette er mer normalisert slik at volumet er relativt likt i årene 2016 og 2023. I poliklinikkene for VOP og BUP er det en sterk vekst i antall nyhenviste og i andelen av pasienter under behandling som er nyhenviste. Volumet av poliklinisk behandling har økt.

Man har i løpet av de siste årene observert både manglende søkere til stillinger, økt bruk av innleie, konstituering av overleger og høyere turnover. Samtidig er det en samlet vekst i brutto og netto årsverk på henholdsvis 6,3% og 4,7% i perioden 2016 til 2023. Overordnet er det en trend med en økning i fagutdannede, og i de polikliniske områdene en økning i overleger og psykologer. Det er en økning av vernepleiere med og uten spesialutdanning, samt sykepleiere. Det er en reduksjon i antall spesialsykepleiere som

det bør følges med på i tiden fremover. De fleste virksomhetene har økende problemer med å rekruttere LIS3-leger i tilstrekkelig volum og utfordringer med å beholde psykologspesialister. Innleie av og konstituering til overleger indikerer at behovet er høyere enn kapasiteten. Samtidig med en økning i årsverk til tjenesteområdene, har det vært en økning i antall ventende og ventetider innen PHV og fristbrudd innen PHV voksen, særlig i de siste årene i perioden. Det kan indikere at kapasiteten er noe for lav relativt til volumet av pasienter, dagens organisering av tjenesten og forvaltning av forløp.

Det er en økning i sykefravær på 1,6 prosentpoeng i perioden 2019-2023 til 9,9% (sykefraværet var stabilt fra 2016-2019). Utviklingen observeres for alle yrkesgrupper og må vies stor oppmerksomhet i tiden fremover. Flere av tiltakene som foreslås, både hva gjelder klinisk drift og arbeidet med å rekruttere og beholde, vil kunne bidra til å redusere sykefraværet. Samtidig er årsakene til sykefravær sammensatt og har økt til tross for en rekke tiltak for å redusere det.

Rapporten forsøker å beskrive utfordringsbildet og konkretisere mulige tiltak for å dekke personellbehovet. PHV og TSB er tverrfaglige, med de muligheter som dette innebærer. Sentrale føringer fra nasjonale helsemyndigheter indikerer en utvikling med større fleksibilitet i organiseringen av arbeidet. Det er flere konkrete eksempler i både døgn- og poliklinisk behandling som beskriver en god videreutvikling av oppgavedeling. Bedre oppgavedeling vil kunne gi et bredere rekrutteringsgrunnlag og redusere fravær og turnover. Samtidig må oppgavedeling skje på en slik måte at arbeidsoppgavene oppleves tilfredsstillende for den enkelte medarbeider. Det er et ønske om en noe høyere andel leger og psykologer, særlig i de polikliniske enhetene, ved de helseforetak som har en relativ lav andel.

Tilstrekkelig utdanningskapasitet er en forutsetning for å kunne rekruttere personell. Det gjelder både grunnutdanning og videreutdanninger innen PHV/TSB. Det må være gode spesialiseringløp for leger og psykologer som skal bli spesialister. Planer for kompetanseutvikling for alle ansatte er et viktig tiltak for å beholde dem. Den enkelte enhet må ha gode planer for hvilken kompetanse det er behov for, og hvilken kompetanse som er tilgjengelig.

For lite av klinikerens arbeidshverdag brukes til direkte pasientbehandling. Å arbeide som kliniker i offentlig helsevesen medfører en rekke plikter relatert til utdanning, undervisning, veiledning og koordinering. Klinikere bruker også mye tid på dokumentasjon, rapportering og registrering. Dokumentasjon tar uforholdsmessig mye tid fra pasientbehandling. Det er høyst sannsynlig at en reduksjon av dokumentasjon og innføring av reelle digitale støtteverktøy vil kunne øke behandlingsskapasiteten. Sentral forløpsinformasjon bør forenkles, og det pågår nasjonale prosesser for dette på noen områder. Medarbeidere må få god opplæring i journaldokumentasjon. Nye talegjenkjenningsprogrammer og avanserte programmer for automatisk oppsummering og utarbeiding av sentral forløpsdokumentasjon forventes å redusere tid brukt til dokumentasjon. Det er videre gode eksempler på at bruk av maler forenkler dokumentasjonsbyrden. Effekten forutsetter at sentrale helsemyndigheter, utdanningsinstitusjoner og arbeidsgiver legger til rette for endringene. Det vurderes at økt bruk av annet personell til administrative oppgaver vil frigjøre tid til pasientbehandling for klinikere.

Større grad av tematisk organisering, særlig relatert til inntak og utredning, vil sannsynligvis medføre at behandling kommer raskere i gang. Noe større grad av standardisering i behandling av utbredte og allmenne tilstander vil understøtte oppgavedeling, selvstendig behandlingsansvar, bedre og mer effektive forløp, samt gi potensial for læring i nettverk.

Felles henvisningsmottak for avtalespesialister og DPS er en viktig videreutvikling av spesialisthelsetjenesten og kan styrke samarbeidet med avtalespesialistene. Effekten av et bedre samarbeid med avtalespesialister er vanskelig å estimere, ettersom felles henvisningsmottak ble innført relativt nylig. Foreløpig utvikling i 2024 (med tanke på antall pasienter overført til avtalespesialist relativt til det samlede volumet av nyhenviste), indikerer en merkapasitet.

Digital behandling har vært under utvikling over lang tid, men implementering har vist seg å være utfordrende. Antall pasienter i eBehandling er lavere enn forventet (1% av pasientpopulasjon i 2023). Det er sannsynligvis nødvendig å nedjustere forventningene til antall pasienter i digital behandling. I framskrivningsmodellen er det antatt at 18% kunne behandles digitalt. Et anslag på 5% av pasientene med rett til helsehjelp synes som et mer hensiktsmessig mål fram mot 2040. Andre sentrale digitale videreutviklinger er systematisk innhenting av opplysninger fra pasientene i forbindelse med forløpet (for eksempel «DelMedMeg»). Slik systematisk datainnhenting kan understøtte utredning, avstemme progresjon og monitorere forløpet på en måte som ikke har vært tilgjengelig tidligere. Det skyldes at dette nå i større grad er integrert med de kliniske systemene. Det vil være en viktig kilde til informasjon om kvalitet og effektive helsetjenester. Brukerstyrt poliklinikk, eventuelt kombinert med digital oppfølging, er under utredning i psykisk helsevern, og kan gi en mer individuelt tilpasset mulighet for direkte kontakt med behandler. Samlet sett forventes det at disse områdene vil øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

Flere helseforetak og sykehus drifter i dag i gamle bygg, og ofte på flere geografiske steder. Fram mot 2040 vil flere helseforetak få nye bygg som omfatter driften av store deler av døgnbehandlingen i regionen. Samling av sykehusfunksjoner vil gi mulighet for færre vaktlinjer og vil være en anledning til å gjennomgå bemanningssammensetning og bemanningsplaner. Planene må understøtte god klinisk praksis og ta hensyn til lokale forhold. Døgnbehandling av psykiske og rusrelaterte lidelser er funksjoner med relativt sett flest årsverk innen fagområdene, og en større grad av harmonisering vil ha effekt på behovet for helsepersonell.

Basert på framskrivning av veksten i aktivitetsbehovet i 2040, framskrivning av dagens bemanning og effekter av faktorer som kan modifisere denne i årene framover, framskrives en vekst i behov for helsepersonell på 9,7% (3,7% - 15,8%), avhengig av i hvilken grad man lykkes med å gjennomføre de beskrevne tiltakene som kan modifisere bemanningsbehovet. Den angitte veksten er behovet dersom det oppnås halv effekt av beregnet effekt av de modifiserende tiltakene, mens spredningen indikerer behovet med ingen eller full effekt av disse.

Det er identifisert en rekke faktorer som sannsynligvis vil være relevante for å rekruttere og beholde. Kanskje viktigst er strukturerte programmer som tar imot nyansatte og mentorordninger, vekt på faglig utvikling, videreutvikling av ledelse og et godt arbeidsmiljø. Det overordnede målet må være at de ansatte opplever at de har

nødvendig kompetanse og kontroll over arbeidsoppgavene slik at de kan gi god pasientbehandling, at oppgavene er overkommelige, og at man opplever å gjøre en god jobb.

## Sentrale anbefalinger fra arbeidet

*Forhold som kan modifisere behovet for helsepersonell:*

- Det anbefales en kapasitetsvekst i poliklinikkene på grunn av veksten i antall ventende de siste årene.
- Innleie bør konverteres til egne ansatte.
- En større del av klinikers arbeidstid bør gå til direkte pasientbehandling og mindre tid til dokumentasjon. Det bør gjøres et arbeid knyttet til hva som er nødvendig dokumentasjon, inkludert dokumentasjon under forvaltning av tvungent psykisk helsevern. Helsedirektoratet bør anmodes om å delta i et slikt arbeid. Endringer i dokumentasjons- og rapporteringskrav i pakkeforløp og basisutredninger må følges opp.
- Bruk av digitale verktøy i dokumentasjonsarbeidet vil kunne spare tid. Innføring av programmer som avlaster klinikerne bør prioriteres inn i programporteføljen for eHelse.
- eBehandling (eMestring) bør tas i bruk i større grad og programmer som DelMedMeg bør videreutvikles.
- Investering i nye bygg og samling av sykehusfunksjoner bør ledsages av oppdaterte gjennomganger av behov for helsepersonell på klinikknivå.
- Felles henvisningsmottak bør videreutvikles for å gi bedre pasientflyt.
- Det må arbeides med tiltak som vil redusere sykefraværet.
- Den samlede årsverksinnsatsen er betydelig når primær- og spesialisthelsetjenesten sees under ett. Bedre samhandling, oppgavedeling og organisering av helsetjenestene vil sannsynlige redusere behovet for helsepersonell. Det bør utarbeides veileder for de vanligste tilstandene, med tydelig ansvar- og oppgavedeling.

*Særskilte anbefalinger relatert til det å rekruttere og beholde helsepersonell:*

- Bygge gode lokale fagmiljøer med høy faglig kvalitet og med oppmerksomhet rettet mot utvikling, forbedring og forskning
- Gode praksisplasser av høy faglig kvalitet
- Øke andelen tre-delte LIS1-stillinger og videreføre arbeidet med å øke antall LIS3
- Strukturerte nyansattprogrammer og mentorordninger
- Gode og forutsigbare spesialiseringssløp for leger og psykologer, og tilrettelegging for faglig utvikling for alle yrkesgrupper
- Kapasitet til veiledning og kurs
- Tilstrekkelig lederstøtte, avsatt tid til lederutvikling og tilrettelegging for et godt arbeidsmiljø

## Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Sentrale anbefalinger fra arbeidet</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1. Mandat og gjennomføring av oppdraget</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2. Avgrensninger</b> .....	<b>10</b>
1.2.1. Rekruttere, utvikle og beholde personell.....	11
<b>2. Nåværende framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1. Hovedtrekkene i dagens framskrivningsmodell for aktivitet</b> .....	<b>12</b>
<b>2.2. Særskilt om demografisk utvikling</b> .....	<b>16</b>
<b>3. Utvikling i aktivitet</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1. Poliklinikk</b> .....	<b>18</b>
3.1.1. Antall kontakter, individer og timer i poliklinikk.....	18
3.1.2. Pasientsammensetning og fordeling av kapasitet.....	20
3.1.3. FACT.....	21
3.1.4. Nyhenviste, ventende, ventetider, fristbrudd og andel ikke-møtt.....	22
3.1.5. Polikliniske forløp.....	28
<b>3.2. Døgnbehandling</b> .....	<b>30</b>
3.2.1. Psykisk helsevern VOP.....	30
3.2.2. Psykisk helsevern BUP.....	31
3.2.3. TSB.....	33
3.2.4. Pasientsammensetning.....	36
3.2.5. Reinnleggelse.....	38
<b>4. Utvikling i helsepersonell og bemanningssammensetning</b> .....	<b>40</b>
<b>4.1. Utvikling brutto og netto årsverk</b> .....	<b>40</b>
<b>4.2. Alder</b> .....	<b>42</b>
<b>4.3. Bemanningssammensetning</b> .....	<b>43</b>
<b>4.4. Innleie</b> .....	<b>50</b>
<b>4.5. Sykefravær</b> .....	<b>52</b>
<b>4.6. Andel som slutter</b> .....	<b>54</b>
<b>4.7. Lederspenn</b> .....	<b>56</b>
<b>4.8. Ansiennitet</b> .....	<b>57</b>
<b>4.9. Kombinerte stillinger</b> .....	<b>58</b>
<b>4.10. Andel som jobber privat</b> .....	<b>60</b>
<b>5. Rekruttere, utvikle og beholde personell</b> .....	<b>61</b>
<b>5.1. Utdanning</b> .....	<b>62</b>
5.1.1. Spesielt i forhold til rekruttering til spesialisering av leger.....	65
<b>5.2. Kompetanseutvikling</b> .....	<b>67</b>
<b>5.3. Sammensetning og bruk av medarbeideres kompetanse</b> .....	<b>68</b>
5.3.1. Oppgavedeling.....	69
<b>5.4. Ledelse og arbeidsmiljø</b> .....	<b>72</b>
<b>5.5. Lokale tiltak for å rekruttere og beholde personell</b> .....	<b>73</b>
<b>5.6. Tiltak nærmere omtalt i seksjon 6 – Modifiserende faktorer</b> .....	<b>76</b>
<b>6. Modifiserende faktorer for behov for helsepersonell</b> .....	<b>78</b>
<b>6.1. Utvikling i antall ventende og ventetider</b> .....	<b>78</b>
<b>6.2. Indikasjon for behandling og samhandling</b> .....	<b>80</b>
<b>6.3. Tematisk organisering</b> .....	<b>82</b>

<b>6.4.</b>	<b>«Ta tiden tilbake» .....</b>	<b>84</b>
<b>6.5.</b>	<b>Dokumentasjon og rapportering .....</b>	<b>86</b>
<b>6.6.</b>	<b>Bedre samarbeid med avtalespesialister .....</b>	<b>90</b>
<b>6.7.</b>	<b>Nye bygg .....</b>	<b>93</b>
<b>6.8.</b>	<b>Sykefravær .....</b>	<b>95</b>
<b>6.9.</b>	<b>Teknologi med digitalisering .....</b>	<b>96</b>
6.9.1.	Bruk av maskinlæring og kunstig intelligens .....	96
6.9.2.	eBehandling.....	97
6.9.3.	DelMedMeg.....	98
6.9.4.	Brukerstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging .....	99
<b>6.10.</b>	<b>Redusere uønsket variasjon .....</b>	<b>99</b>
<b>7.</b>	<b>Estimering av effekt av de modifierende faktorene på behov for bemanning.....</b>	<b>100</b>
<b>8.</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>102</b>
<b>9.</b>	<b>Fremtidige oppdateringer av modellen .....</b>	<b>105</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>.....</b>	<b>106</b>

## 1. Innledning

Framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester har til hensikt å forsøke å estimere fremtidig kapasitetsbehov og aktivitet i helsetjenesten. Det kan danne grunnlag for å vurdere utdannings- og rekrutteringsbehov, kapasitet i sykehusene, kapasitetsbehov i nye sykehusbygg og eventuelle behov for endringer i utrednings- og behandlingstilbud.

Ny framskrivningsmodell for aktivitet i spesialisthelsetjenesten – psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - ble behandlet og vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF i desember 2022 (sak 153-2022). Videre ba styret om at det arbeides videre med tiltak for å øke kapasiteten på prioriterte områder på kort og lang sikt, samt med tiltak for å beholde, rekruttere og utvikle personell innen PHV og TSB, slik at behov for bemanning og kompetanse dekkes. Styret ba også om at det ble lagt til rette for videre arbeid med framskrivning av bemanningsbehov.

Styret i Helse Sør-Øst RHF ble orientert om et innledende arbeid i august 2023 (sak 086-2023). Det ble i dette arbeidet vektlagt å kartlegge faktorer som var til hinder for gode kliniske forløp, oppgaver det kan gjøres mindre av, fjernes eller fordeles annerledes samt årsaker relatert til utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell. I saken ble det skissert retning for videre arbeid i regionen. Helse Sør-Øst RHF besluttet at videre arbeid skulle organiseres som et prosjekt med bred medvirkning fra ledelse og ansatte i helseforetakene, brukere og representanter for kommunene ved KS.

Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033),<sup>1</sup> oppdragsdokument til Helse Sør-Øst RHF 2024<sup>2</sup> og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027<sup>3</sup> adresserer utfordringer relatert til helsetjenestens bærekraft, og hvordan man best benytter helsepersonell. Spesialisthelsetjenestene for psykisk helsevern og TSB har over de siste årene til dels vært karakterisert av en generell økning i antall årsverk, spesifikke rekrutteringsutfordringer, relativt høy andel som slutter og økende sykefravær. Denne utviklingen har vært parallell med flere endringer i klinisk drift.

Behandling av psykiske lidelser er i hovedsak organisert rundt et poliklinisk tilbud ved de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) hvor samtalebehandling står sentralt. Et ordinært behandlingsforløp vil bestå av strukturert utredning og behandling i en serie med konsultasjoner. For mange pasienter vil medikamentell behandling være et viktig element, og for noen vil det være nødvendig med innleggelse. Tabell 1 nedenfor viser en oversikt over antall individer, kontakter og liggedøgn for PHV og TSB i helseforetak og sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst i 2016 og 2023. For TSB er det en økning i antall individer totalt på 11%, hvor flere legges inn i 2023 sammenlignet med 2016. Liggedøgn er i samme periode redusert, slik at antall liggedøgn per individ i

<sup>1</sup> Meld.St. 23, Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)

<sup>2</sup> Oppdragsdokument 2024, Helse Sør-Øst, Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>3</sup> Nasjonal helse og samhandlingsplan, 2024 – 2027: Vår felles helsetjeneste



helseforetakene er gått fra 29,6 til 24,2 døgn. Antall totale polikliniske kontakter (inkl. LAR) er økt med 22%, og antall kontakter per individ er økt med 11% (fra 13,4 til 14,8). For psykisk helsevern voksne (VOP) er det en økning i antall individer med 16%, redusert innleggelsesrate, reduksjon i liggedøgn (-8,4%) og en reduksjon i antall kontakter per individ (fra 13,4 til 12,1 (-9,9%)) (seksjon 3.1.1 belyser utfordringen med å benytte antall kontakter som mål og benytter antall timer som et alternativ). Psykisk helsevern barn og unge (BUP) viser en økning i antall individer på 32%, stabil innleggelsesrate og stabilt volum av liggedøgn. Antall kontakter er økt med 12%, noe som innebærer at antall kontakter per individ er gått ned fra 17,7 til 15,0 (-15%). Avtalespesialister behandler færre individer i 2023 sammenlignet med 2016, med færre registrerte kontakter. Antall kontakter per individ per år er uendret.

Antall individer, kontakter og liggedøgn over tjenesteområder i PHV/TSB ved helseforetak, sykehus med opptaksområder og avtalespesialister i Helse Sør-Øst 2016 og 2023										
Tjenesteområde	2016					2023				
	Individer totalt	Poliklinikk		Døgnbehandling		Individer totalt	Poliklinikk		Døgnbehandling	
		Individer	Kontakter	Individer	Liggedøgn		Individer	Kontakter	Individer	Liggedøgn
TSB	17 910	17 201	231 115	3 894	115 431	19 879	19 137	283 316	4 600	111 262
VOP	78 107	74 625	1 002 930	13 641	526 510	90 643	87 830	1 064 320	13 919	482 204
BUP	29 015	28 963	513 597	772	35 354	38 316	38 275	576 582	900	36 988
Avtalespesialist	35 543	35 543	477 587			32 650	32 650	449 049		

Tabell 1. Antall individer, kontakter og liggedøgn fordelt på tjenesteområde i 2016 og 2023. Kilde: Norsk Pasientregister (NPR).

Behandling av psykiske lidelser forutsetter en bredt sammensatt tverrfaglig tilnærming. Årsaken til dette er at den gjeldende forståelsen for utvikling og behandling av psykiske lidelser er en multifaktoriell biopsykososial modell. De mest prevalente yrkesgruppene i 2016 og 2023 i helseforetakene i Helse Sør-Øst vises i tabell 2.

Oversikt bemanningssammensetning PHV/TSB helseforetak i Helse Sør-Øst 2016 og 2023						
	Brutto årsverk		Andel		Endring	
	2016	2023	2016	2023		
Administrasjon/Ledelse	1 696	1 806	14,3 %	14,3 %	6,5 %	
Helsefagarbeider/hjelpepleier	764	635	6,4 %	5,0 %	-16,9 %	
Leger	1 171	1 378	9,9 %	10,9 %	17,7 %	
Pasientrettede stillinger	3 306	3 337	27,9 %	26,5 %	1,0 %	
Andre pasientrettede stillinger*	1 387	1 214	11,7 %	9,6 %	-12,5 %	
Miljøterapeut	745	670	6,3 %	5,3 %	-10,1 %	
Pedagog	289	326	2,4 %	2,6 %	12,5 %	
Sosionom	467	482	3,9 %	3,8 %	3,1 %	
Vernepleier	558	784	4,7 %	6,2 %	40,3 %	
Psykologer	1 559	2 040	13,2 %	16,2 %	30,8 %	
Sykepleier	3 158	3 240	26,7 %	25,7 %	2,6 %	
Total	11 842	12 589	100,0 %	100,0 %	6,3 %	

\*Høyeste andel årsverk er for assistenter, miljøarbeidere, pleiemedarbeidere, ergoterapeuter og fysioterapeuter

Tabell 2. Bemanningssammensetning, brutto og netto årsverk, innen PHV/TSB ved helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2016 og 2023. Kilde: RDAP (regional data- og analyseplattform).

## 1.1. Mandat og gjennomføring av oppdraget

Mandatet er gitt av Helse Sør-Øst RHF ved ledergruppen med følgende oppgave:

- Utarbeide en framskrivningsmodell for bemanning innen psykisk helsevern og TSB i Helse Sør-Øst, basert på den vedtatte framskrivning av behov for spesialisthelsetjenester på dette området, herunder også vurdere tiltak som kan modifisere bemanningsbehovet.
- Vurdere tiltak for å rekruttere, utvikle og beholde personell slik at behov for bemanning og kompetanse dekkes.

Arbeidet har vært prosjektorganisert. Prosjekteier er direktør for medisin og helsefag i Helse Sør-Øst RHF. Prosjektgruppen har bestått av ledere og tillitsvalgte fra helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst, brukerrepresentanter, representanter fra Kommunenes sentralforbund (KS). Helse Sør-Øst RHF har ledet arbeidet.

Styringsgruppen har vært ledet av direktør for medisin og helsefag i Helse Sør-Øst RHF. Styringsgruppen har bestått av direktør for personal og kompetanseutvikling i Helse Sør-Øst RHF og ledere innen HR og medisin og helsefag fra en del av foretakene. Sammensetningen av prosjektgruppe og styringsgruppe framgår av vedlegg.

## 1.2. Avgrensninger

Framskrivningen baserer seg på at aktiviteten ved helseforetakene og private ideelle sykehus med opptaksområde som legges til grunn for framskrivningen, reflekterer behovet for befolkningen i det enkelte helseforetaks opptaksområde. Vurdering av utvikling i andel avslag har ligget utenfor dette arbeidet, men det gjøres en særskilt vurdering av økning i antall ventende opp mot kapasitet. Det benyttes nasjonal framskrivningsmodell for aktivitet med 2023 som utgangspunkt.

Helse Sør-Øst RHF har ikke tilgang på HR-data fra private ideelle institusjoner (Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus), disse utelates derfor fra sammenstillinger av årsverk.

Framskrivningen tar utgangspunkt i aktivitet og hvordan denne står i relasjon til dagens bemannings sammensetning og oppgaver. Dette innebærer at dersom for eksempel undervisning og forskning i dag er inkludert i arbeidet, vil dette inkluderes i framskrivningen. Det er ikke gjort separate vurderinger på disse områdene.

Forvaltning av og forståelsen av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester innen PHV/TSB vil for enkelte funksjoner være i bevegelse. Det vises for eksempel til oppdragsdokument til Helse Sør-Øst RHF 2024 hvor Helse- og omsorgsdepartementet refererer flere nedsatte utvalg som *kan* ha betydning for helsetjenesten.<sup>4</sup> Dette arbeidet tar utgangspunkt i dagens organisering og innretning av spesialisthelsetjenesten og

---

<sup>4</sup> [Oppdragsdokument 2024 Helse Sør-Øst RHF](#)

avgrenses mot større endringer i innhold og tilbud på kort og lang sikt som ikke er vedtatt. Dette gjelder særskilt for barn som mottar rusbehandling som en del av oppfølging i barnevernet, og utvalg som skal vurdere ordninger med forvaring, tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg, herunder ivaretagelse av domfelte med alvorlig psykisk lidelse og/eller utviklingshemming. Det er ikke gjort vurderinger av kapasitet og bemanningsbehov relatert til disse områdene, og det anbefales grundige gjennomganger av disse forholdene.

Framskrivningene er basert på dagens opptaksområder. Det vil frem mot 2040 skje endringer i opptaksområdene i Oslo-området. Det er det ikke tatt hensyn til, og må derfor gjennomgå senere.

Spesialisthelsetjenesten er organisert med særskilte regionale og nasjonale funksjoner. Det kreves særskilte vurderinger av framskrivninger av disse funksjonene. Dels vil dette være relatert til kapasitetsutnyttelse og forventet omstilling, noe som kun delvis er hensyntatt i dette arbeidet.

### **1.2.1. Rekruttere, utvikle og beholde personell**

Utfordringer relatert til det å rekruttere, utvikle og beholde personell er omfattende temaer, med multifaktorielle generelle og lokale mekanismer. Denne rapporten vil beskrive status innenfor de relevante fagområdene i Helse Sør-Øst, oppsummere et utvalg av aktuell regional og nasjonal kunnskap, identifisere allerede iverksatte og nye tiltak.

## 2. Nåværende framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB

### 2.1. Hovedtrekkene i dagens framskrivningsmodell for aktivitet

Dagens modell for framskrivning av aktivitet i spesialisthelsetjenesten ble utviklet i en nasjonal faggruppe i 2022.<sup>5,6</sup> Foruten flere spesifikke faglige vurderinger, forventes en fortsatt økning i behandlingstilbud utover befolkningsvekst. Av vurderinger med større innvirkning på totalkapasitet var det vurdert et særlig behov for en styrking av kapasitet i hele behandlingsskjeden, inklusive døgnbehandling, for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Sentrale virkemidler for å oppnå en relativ og faktisk styrking av kapasitet innebærer en fortsatt overgang fra døgn til dag og videreutvikling av ambulante tjenester som FACT.

Etter utarbeidelsen av framskrivningsmodellen for aktivitet innen psykiske helsevern og TSB, har de regionale foretakene i 2023 og 2024 utarbeidet «Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri» på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Overordnet vurdering av omfang og kostnader ble nylig utarbeidet. Framskrivningsmodellen for aktivitet inkluderer en styrking av døgntilbudet til alvorlig psykisk syke pasienter, og dette legges til grunn i den overordnede planen. Den overordnede planen anbefaler ytterligere tilbud i form av overgangsboliger og sikkerhetsboliger, og styrket samarbeid med kommuner. Personellmessige konsekvenser av disse tiltakene er ikke inkludert i dette arbeidet, da de må ytterligere konkretiseres. Det vil bety et noe økt bemanningsbehov utover det som framskrives i dette dokumentet.

Tabell 3 nedenfor viser regionale effekter av den nasjonale framskrivningsmodellen fra 2023 til 2040 for polikliniske kontakter samt utviklingen fra 2022 til 2023. Samlet gir framskrivningen behov for en økning i poliklinisk aktivitet på 15,4%, men behovsutviklingen er ulik mellom de ulike fagområdene. Framskrivning av dagens aktivitet for befolkningen i 2040 gir behov for en økning i aktivitet på henholdsvis 6,8% for VOP og 6,7% for TSB. Den resterende økningen representerer en styrking og kvalitetsforbedring av tilbudet. Befolkningsutviklingen for barn og unge gjør at en demografisk framskrivning av dagens tilbud til 2040 medfører et noe redusert behov, men styrking av tilbudet fører til at behovet øker også for BUP.

Sammenlignet med den faktiske årlige utviklingen fra 2022 til 2023, legger framskrivningsmodellen opp til en lavere årlig vekst enn hva som er observert fra 2022 til 2023. Det har vært en særskilt økning i aktivitet rundt pandemien, og det forventes ikke at denne skal fortsette på samme nivå.

---

<sup>5</sup> [Saksfremlegg Helse Sør-Øst styre desember 2022, sak153-2022](#)

<sup>6</sup> [Vedlegg styresak 153-2022, Helse Sør-Øst RHF, desember 2022](#)

Framskrivning av polikliniske kontakter (dag og poliklinikk) for helseforetak og private sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst 2023-2040							
	Aktivitet 2022	Aktivitet 2023	Etter demografi 2040	Etter kvalitet og styrkning 2040	Endring 2022-2023	Endring 2023-2040	Årlig endring 2023-2040
TSB	278 334	283 316	302 284	355 370	1,8 %	25,4 %	1,5 %
VOP	1 051 158	1 064 320	1 134 049	1 266 058	1,3 %	19,0 %	1,1 %
BUP	565 092	573 644	542 173	595 647	1,5 %	3,8 %	0,2 %
Total	1 894 584	1 921 280	1 978 506	2 217 075	1,4 %	15,4 %	0,9 %

Tabell 3. Framskrivning av behov for polikliniske kontakter i 2040. Kolonnen «Etter demografi» er en framskrivning av dagens tilbud til befolkningen i 2040 mens kolonnen «Etter kvalitet og styrkning» er endelig framskrevet samlet behov etter styrkning av tjenestene. Kilde: Framskrivningsmodell PHV og TSB.

Framskrivning av behovet for liggedøgn i 2040 basert på aktiviteten i 2023 samt utviklingen fra 2022 til 2023 vises i tabell 4 nedenfor. Utviklingen fra 2022 til 2023 viser en nedgang i liggedøgn for både TSB og BUP. For BUP er utviklingen sannsynligvis en normalisering etter år med særskilt høy aktivitet.

I framskrivningen øker behovet for liggedøgn samlet med 8,9% ved framskrivning av dagens tilbud for befolkningen i 2040 mens den resterende økningen skyldes styrking av døgntilbudet og omstilling med overgang fra døgn- til dagbehandling. Økning i behov er differensiert mellom fagområdene. Som for poliklinikk reduseres behovet i BUP noe sammenliknet med 2023 på grunn av demografiutviklingen, men styrking og omlegging av tilbudet gir behov for noe økning av aktiviteten i 2040. For VOP og TSB øker aktivitetsbehovet både på grunn av demografiutviklingen og styrking av tilbudet.

Framskrivning av liggedøgn for helseforetak og private sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst 2023-2040								
	Aktivitet 2022	Aktivitet 2023	Etter demografi 2040	Etter kvalitet og styrkning 2040	Aktivitet 2040 etter omstilling	Endring 2022- 2023	Endring 2023- 2040	Årlig endring 2023-2040
TSB	112 675	110 796	119 123	129 248	124 354	-1,7 %	12,2 %	0,7 %
VOP	477 779	482 204	532 597	577 868	556 347	0,9 %	15,4 %	0,9 %
BUP	39 425	36 988	34 564	37 502	37 157	-6,2 %	0,5 %	0,0 %
Total	629 879	629 988	686 284	744 618	717 858	0,0 %	13,9 %	0,8 %

Tabell 4. Framskrivning av behovet for liggedøgn i 2040. Kolonnen «Etter demografi» er en framskrivning av aktivitet i 2023 uendret for befolkningen i 2040. Kolonnen «Etter kvalitet og styrkning» er framskrevet behov etter styrkning av tjenestene. Kolonnen «Aktivitet 2040 etter omstilling» er endelig framskrevet behov i 2040 etter omstilling med overgang fra døgn til dag/poliklinikk. Kilde: Framskrivningsmodell PHV og TSB.

Tabell 5 og 6 nedenfor viser resultater fra framskrivning av aktivitet i perioden 2023 til 2040 for liggedøgn og poliklinikk for helseforetak/sykehus med opptaksområder i regionen. Tabellene viser en differensiert vekst over tjenesteområder og helseforetak. Den viktigste årsaken til dette er forventet ulik befolkningsutvikling ved helseforetakene/ sykehusene med opptaksområder. Kolonnen «Etter demografi» i 2040 viser endring i aktivitet dersom dagens aktivitet framskrives for befolkningen i 2040. Kolonnen «Etter kvalitet og styrkning for poliklinikk» i tabell 5 viser samlet

framskrivning av behov etter styrkning av tjenesteområdene. Kolonnen «Aktivitet 2040 etter styrkning og omstilling» i tabell 6 viser framskrevet samlet aktivitetsbehov for liggedøgn hvor det også tas hensyn til ulike modifierende faktorer som blant annet prioritering av alvorlig psykisk lidelse med styrking i alle ledd og overgang fra døgn til poliklinikk. Den sistnevnte kolonne er således det framskrevne aktivitetsbehovet. En viktig årsak til sterk vekst ved Diakonhjemmet sykehus er at alderspsykiatrisk avdeling utgjør en stor andel av samlet volum ved sykehuset og behandler pasienter for opptaksområdene til både Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus.

<b>Framskrivning av polikliniske kontakter (dag og poliklinikk) for helseforetak og private sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst 2023-2040</b>					
	<b>Aktivitet 2023</b>	<b>Etter demografi 2040</b>	<b>Etter kvalitet og styrkning 2040</b>	<b>Endring 2023-2040</b>	<b>Årlig endring</b>
<b>TSB</b>					
Akershus universitetssykehus HF	40 113	44 488	52 773	31,6 %	1,9 %
Diakonhjemmet Sykehus	11 688	12 243	15 321	31,1 %	1,8 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	11 311	11 930	14 567	28,8 %	1,7 %
Oslo universitetssykehus HF	36 473	40 382	47 558	30,4 %	1,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	48 379	51 018	58 988	21,9 %	1,3 %
Sykehuset Innlandet HF	18 682	19 513	23 135	23,8 %	1,4 %
Sykehuset Telemark HF	10 504	10 527	12 097	15,2 %	0,9 %
Sykehuset Østfold HF	32 487	34 522	41 034	26,3 %	1,5 %
Sørlandet sykehus HF	35 380	37 585	44 145	24,8 %	1,5 %
Vestre Viken HF	38 299	40 077	45 752	19,5 %	1,1 %
<b>VOP</b>					
Akershus universitetssykehus HF	180 019	199 610	221 942	23,3 %	1,4 %
Diakonhjemmet Sykehus	61 167	67 634	76 812	25,6 %	1,5 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	97 407	101 848	112 183	15,2 %	0,9 %
Oslo universitetssykehus HF	122 864	135 885	152 866	24,4 %	1,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	90 105	93 281	104 647	16,1 %	0,9 %
Sykehuset Innlandet HF	117 795	120 644	134 869	14,5 %	0,9 %
Sykehuset Telemark HF	42 911	43 549	48 748	13,6 %	0,8 %
Sykehuset Østfold HF	80 815	84 765	94 081	16,4 %	1,0 %
Sørlandet sykehus HF	122 393	129 991	144 818	18,3 %	1,1 %
Vestre Viken HF	148 844	156 843	175 091	17,6 %	1,0 %
<b>BUP</b>					
Akershus universitetssykehus HF	105 618	105 034	115 209	9,1 %	0,5 %
Diakonhjemmet Sykehus	13 622	13 358	14 696	7,9 %	0,5 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	32 540	32 435	35 553	9,3 %	0,5 %
Oslo universitetssykehus HF	70 498	69 265	76 037	7,9 %	0,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	53 173	48 010	53 163	0,0 %	0,0 %
Sykehuset Innlandet HF	53 803	50 808	55 847	3,8 %	0,2 %
Sykehuset Telemark HF	33 541	31 241	34 277	2,2 %	0,1 %
Sykehuset Østfold HF	46 224	42 617	46 818	1,3 %	0,1 %
Sørlandet sykehus HF	43 478	39 175	43 013	-1,1 %	-0,1 %
Vestre Viken HF	121 147	110 230	121 034	-0,1 %	0,0 %

Tabell 5. Framskrivning av polikliniske kontakter over tjenesteområde og helseforetak/sykehus. Kolonnen «Etter demografi» er en framskrivning av aktivitet i 2023 uendret til befolkningen i 2040

*mens kolonnen «Etter kvalitet og styrkning» er endelig framskrevet samlet behov i 2040 etter styrkning av tjenestene. Kilde: Framskrivningsmodell PHV og TSB.*

<b>Framskrivning av liggedøgn for helseforetak og private sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst 2023-2040</b>					
	<b>Aktivitet 2023</b>	<b>Etter demografi 2040</b>	<b>Aktivitet 2040 etter styrking og omstilling</b>	<b>Endring 2023-2040</b>	<b>Årlig endring</b>
<b>TSB</b>					
Akershus universitetssykehus HF	17 615	19 352	20 181	14,6 %	0,9 %
Oslo universitetssykehus HF	24 574	26 890	28 086	14,3 %	0,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	11 558	11 947	12 484	8,0 %	0,5 %
Sykehuset Innlandet HF	13 184	13 939	14 600	10,7 %	0,6 %
Sykehuset Telemark HF	2 969	3 038	3 174	6,9 %	0,4 %
Sykehuset Østfold HF	8 729	9 376	9 765	11,9 %	0,7 %
Sørlandet sykehus HF	17 826	19 346	20 189	13,3 %	0,8 %
Vestre Viken HF	14 341	15 235	15 875	10,7 %	0,6 %
<b>VOP</b>					
Akershus universitetssykehus HF	70 978	82 198	85 154	20,0 %	1,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	10 506	13 076	13 766	31,0 %	1,8 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	27 489	29 812	31 354	14,1 %	0,8 %
Oslo universitetssykehus HF	73 675	82 291	85 436	16,0 %	0,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	33 983	35 875	37 188	9,4 %	0,6 %
Sykehuset Innlandet HF	55 940	60 009	63 228	13,0 %	0,8 %
Sykehuset Telemark HF	32 414	35 211	36 544	12,7 %	0,7 %
Sykehuset Østfold HF	55 047	60 301	63 168	14,8 %	0,9 %
Sørlandet sykehus HF	56 647	61 642	65 008	14,8 %	0,9 %
Vestre Viken HF	65 525	72 181	75 501	15,2 %	0,9 %
<b>BU P</b>					
Akershus universitetssykehus HF	7 431	7 137	7 633	2,7 %	0,2 %
Oslo universitetssykehus HF	11 848	11 540	12 423	4,9 %	0,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	1 440	1 237	1 338	-7,1 %	-0,4 %
Sykehuset Innlandet HF	4 469	4 128	4 432	-0,8 %	0,0 %
Sykehuset Telemark HF	1 287	1 175	1 260	-2,1 %	-0,1 %
Sykehuset Østfold HF	2 839	2 626	2 838	0,0 %	0,0 %
Sørlandet sykehus HF	2 295	1 981	2 128	-7,3 %	-0,4 %
Vestre Viken HF	5 379	4 740	5 105	-5,1 %	-0,3 %

*Tabell 6. Framskrivning liggedøgn over tjenesteområde og helseforetak/sykehus. Kolonnen «Etter demografi» er en framskrivning av aktivitet i 2023 uendret for befolkningen i 2040. Kolonnen «Etter styrkning og omstilling» er samlet framskrevet behov etter styrkning og omstilling av tjenestene. Kilde: Framskrivningsmodell PHV og TSB.*

## 2.2. Særskilt om demografisk utvikling

Den seneste befolkningsframskrivningen (MMMM-alternativet av 2024) fra Statistisk sentralbyrå anslår en generell befolkningsvekst for landet som helhet frem mot 2040.<sup>7</sup> Veksten i Oslo og Akershus er forventet å være høyere enn landet ellers, og folketallet forventes å bli redusert i 17% av kommunene i Helse Sør-Øst. Oppdatert befolkningsframskrivningsmodell gir økt antall innbyggere, flere yngre og mer distribuert bosetning i Helse Sør-Øst enn modell av 2022.

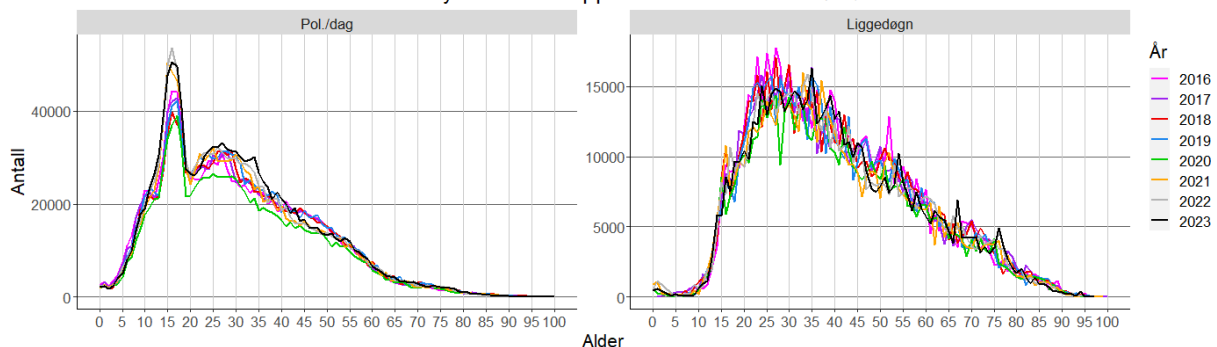
Tabell 7 nedenfor viser endring i antall innbyggere over alderskategorier og opptaksområder i Helse Sør-Øst. Den høyeste relative veksten i folketall totalt forventes i områdene til Akershus universitetssykehus HF og Oslo sykehusområde.

Opptaksområde	Framskrevet befolkning Helse Sør-Øst 2023-2040 (SSB MMMM av 2022)											
	2023				2040				Endring			
	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt
Akershus universitetssykehus	130 525	375 326	100 057	605 908	136 260	399 364	154 849	690 473	4,4 %	6,4 %	54,8 %	14,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	25 979	95 192	25 677	146 848	26 891	99 098	37 237	163 226	3,5 %	4,1 %	45,0 %	11,2 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	22 824	130 107	12 582	165 513	22 863	129 291	21 786	173 939	0,2 %	-0,6 %	73,1 %	5,1 %
Oslo universitetssykehus	59 526	187 907	37 956	285 389	61 516	198 714	59 073	319 304	3,3 %	5,8 %	55,6 %	11,9 %
Sykehuset i Vestfold	50 086	150 557	52 912	253 555	47 785	150 564	76 917	275 266	-4,6 %	0,0 %	45,4 %	8,6 %
Sykehuset Innlandet	62 715	200 052	78 523	341 290	59 459	188 788	102 977	351 224	-5,2 %	-5,6 %	31,1 %	2,9 %
Sykehuset Telemark	33 566	103 057	38 923	175 546	30 904	97 050	51 963	179 917	-7,9 %	-5,8 %	33,5 %	2,5 %
Sykehuset Østfold	65 553	196 256	66 441	328 250	64 334	200 335	97 138	361 807	-1,9 %	2,1 %	46,2 %	10,2 %
Sørlandet Sykehus	67 401	189 703	58 947	316 051	63 116	189 594	84 885	337 595	-6,4 %	-0,1 %	44,0 %	6,8 %
Vestre Viken	105 750	301 374	94 584	501 708	103 518	306 852	138 910	549 280	-2,1 %	1,8 %	46,9 %	9,5 %
Helse Sør-Øst	623 925	1 929 531	566 602	3 120 058	616 647	1 959 650	825 735	3 402 032	-1,2 %	1,6 %	45,7 %	9,0 %

Tabell 7. Framskrivning av befolkning i Helse Sør-Øst til 2040 fordelt på alderskategorier. Kilde: SSB av 2024, MMMM-alternativet.

Aktivitet og behandling i spesialisthelsetjenesten er i stor grad avhengig av alder. Innen psykisk helsevern er det primært mengden av eldre ungdom og unge voksne som påvirker volum av behandling. Figur 1 nedenfor sammenstiller henholdsvis fordeling av dag/poliklinikk (eks. LAR-relatert aktivitet (Z50.3 og F11.2), indirekte kontakt og telefon) og liggedøgn i helseforetak/sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst over år og alder i PHV og TSB.

Antall opphold dag/poliklinikk (eks. LAR-relatert aktivitet, indirekte og telefon) og antall liggedøgn i PHV/TSB 2016-2023 i helseforetak/sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst



Figur 1. Aldersfordeling for dag- og polikliniske opphold og liggedøgn 2016-2023 i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR

<sup>7</sup> [SSB befolkningsframskrivning](#)



Figuren illustrerer sammenhengen mellom alder og aktivitet, som er særlig utpreget for poliklinikk og til dels liggedøgn for dem mellom 20 og 35 år. I overkant av 1/3 av liggedøgnene (39%) forbrukes av pasienter som er 18-35 år i 2023, mens de utgjør 23% av befolkningen. Om lag 2/3 av volumet (62%) innen dag/poliklinikk brukes på pasienter mellom 10 og 35 år, som utgjør 33% av befolkningen. Dette er en del av befolkningen hvor det forventes en nedgang i perioden 2023 til 2040.

Utviklingen i befolkningen vil også gi forutsetninger for hvor mange som vil kunne arbeide innen fagområdene. Den aktuelle befolkningsframskrivningsmodellen til SSB indikerer en vekst i definert arbeidsstyrke (22-67 år) regionalt på 6,9%, med differensiering over opptaksområder. Tabell 8 nedenfor sammenstiller framskrevet utvikling.

<b>Antall innbyggere i definert arbeidsstyrke (22-67 år) i Helse Sør-Øst</b>			
<b>Opptaksområde</b>	<b>2023</b>	<b>2040</b>	<b>Endringer</b>
Akershus universitetssykehus	364 516	412 341	13,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	93 395	100 001	7,1 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	127 242	133 729	5,1 %
Oslo universitetssykehus	182 368	202 572	11,1 %
Sykehuset i Vestfold	148 291	155 524	4,9 %
Sykehuset Innlandet	197 553	196 771	-0,4 %
Sykehuset Telemark	101 859	101 161	-0,7 %
Sykehuset Østfold	192 741	206 148	7,0 %
Sørlandet Sykehus	184 150	196 221	6,6 %
Vestre Viken	294 533	313 139	6,3 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 886 648</b>	<b>2 017 607</b>	<b>6,9 %</b>

Tabell 8. Framskrivning av befolkning i arbeidsstyrke med alder 22-67 år i Helse Sør-Øst fordelt på helseforetakene/sykehusenes opptaksområder. Kilde: SSB av 2024, MMMM-alternativet.

Det var 12 510 brutto årsverk samlet innen PHV og TSB i 2023 i Helse Sør-Øst, noe som utgjør 0,66% av definert arbeidsstyrke (22 til 67 år). En naiv framskrivning<sup>8</sup> av årsverk med framskrevet aktivitet (vekst på 13,9%) gir en andel av arbeidsstyrken på 0,71% i Helse Sør-Øst i 2040. Dette er en relativ økning på 6,7% av andel av arbeidsstyrken som arbeider med psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten. Det er da ikke tatt hensyn til eventuell økning i alder ved pensjonering, som vil påvirke andelen. En økning i arbeidsfør alder til 69 år innebærer en relativ andel på 0,68% i 2040.

<sup>8</sup> Naiv framskrivning refererer til en direkte framskrivning av siste tilgjengelige verdier uten modifikasjon av faktorer som kan påvirke verdiene utover endringer i befolkningssammensetning.

### 3. Utvikling i aktivitet

#### 3.1. Poliklinikk

##### 3.1.1. Antall kontakter, individer og timer i poliklinikk

Tabell 9 nedenfor viser utviklingen i polikliniske kontakter for de ulike tjenesteområdene fra 2016 til 2023.

Utvikling i antall registrerte polikliniske kontakter totalt for helseforetak og sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst			
	2016	2023	Endring
TSB	231 115	283 316	22,6 %
VOP	1 002 930	1 064 320	6,1 %
BUP	513 597	576 582	12,3 %

Tabell 9. Antall polikliniske kontakter 2016 og 2023 over tjenesteområde. Kilde: NPR

Ulik registreringspraksis fra år til år og mellom helseforetak medfører at det er vanskelig å tolke utviklingen i poliklinisk aktivitet i et lengre tidsperspektiv. Siden det i tabellen ovenfor telles antall kontakter, vil ulik registreringspraksis, aggregeringsregler og organisering av innholdet i tjenesten (e.g. halvdagsutredning) spille en rolle. Det gjør at endring i antall kontakter ikke nødvendigvis gir et riktig bilde av utviklingen i tjenestene. I forbindelse med koronapandemien ble det gjort enklere å registrere og gitt økonomisk incentiv til bruk av telefon/video. Særlig telefon var i bruk før pandemi, men med ulik registreringspraksis. Før pandemien ble telefonsamtaler med pasient kodet som indirekte kontakt, men i løpet av 2021 ble slike samtaler registrert som telefon/videosamtaler og det ble innført ISF-finansiering og egenandeler. Tabell 10 nedenfor sammenstiller utvikling i ulike kontakttypen over tjenesteområder i perioden 2016 til 2023. Ordinære polikliniske konsultasjoner (fysiske konsultasjoner) utgjør den mest frekvente typen konsultasjon, og har hatt ulik utvikling i perioden 2016-2023. Innen VOP er de tilnærmet uendret i perioden, mens BUP har økt med 9% og TSB med 20%. Ambulante konsultasjoner har økt innen VOP og TSB mens det er redusert innen BUP. Innføring av FACT er sannsynligvis en viktig forklaring på vekst av denne type konsultasjoner. Konsultasjoner med telefon/video hadde en topp under pandemien i 2021, og har senere gått betydelig ned. Hovedårsaken er at disse konsultasjonene er erstattet med fysiske kontakter i 2023. Av kontakter med telefon eller video utgjør telefonkontakter 84% i VOP, 93% i BUP og 95% i TSB i 2023. Bruk av video er således begrenset. Videokonsultasjoner hadde en topp på vel 100 000 konsultasjoner under pandemien i 2021 mens det var knapt 27 000 slike konsultasjoner i 2023.

Utvikling i poliklinikk fordelt på type konsultasjon og tjenesteområde									Endring i perioden 2018-2023*
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
<b>Fysisk på sykehuset</b>									
VOP	706 308	706 285	721 580	739 011	590 419	641 537	690 742	720 402	2 %
BUP	321 712	306 942	282 124	299 277	263 537	316 638	343 916	352 157	9 %
TSB	135 718	177 470	178 733	182 607	146 141	156 796	157 018	162 371	20 %
<b>Telefon/video</b>									
VOP	371	53	44	35	18 851	225 104	159 329	139 755	-38 %
BUP	1 152	223	111	61	11 407	149 008	119 250	104 377	-30 %
TSB	130	134	48	30	1 500	60 173	46 495	41 584	-31 %
<b>Ambulant</b>									
VOP	60 484	60 736	61 992	61 679	65 571	75 931	82 886	86 770	43 %
BUP	32 253	38 837	33 246	31 207	22 638	19 107	23 889	24 929	-23 %
TSB	8 680	13 484	15 309	17 376	18 316	16 897	18 565	16 713	93 %
<b>Indirekte kontakt</b>									
VOP	220 846	217 029	220 114	218 844	365 928	131 657	113 782	111 094	-50 %
BUP	145 967	142 347	140 794	142 689	219 789	77 805	71 182	89 566	-39 %
TSB	84 918	89 701	90 452	97 471	127 992	58 560	55 362	62 217	-27 %
<b>Annet</b>									
VOP	9 970	8 911	8 184	6 763	4 643	2 082	1 613	1 630	-84 %
BUP	5 830	4 519	2 225	1 903	2 431	1 976	2 468	2 328	-60 %
TSB	1 352	1 167	1 111	1 427	847	545	729	344	-75 %

\* Endring i perioden for telefon/video er 2021-2023

Tabell 10. Utvikling i type polikliniske kontakter 2016 - 2023 over tjenesteområde. Kilde: NPR

Ettersom det er en rekke endringer i registreringspraksis og organisering av den polikliniske virksomheten, kan det være hensiktsmessig å se på utviklingen i timeantall i poliklinikk for å beskrive utviklingen i aktivitet. Utviklingen i antall timer er betydelig høyere enn utviklingen i antall kontakter. I tabell 11 nedenfor er aktivitet relatert til LAR-utdeling, telefoner, video og indirekte kontakt ekskludert.<sup>9</sup> Det er en vekst i poliklinisk behandling innen alle tjenesteområder målt i antall timer til behandling. Innen VOP er økningen 16,9%, altså betydelig høyere enn endringen i antall kontakter omtalt over. For BUP er veksten særlig uttalt for antall individer og mindre uttalt for antall timer. Det er videre en endring i pasientpopulasjon for VOP og BUP ved at andel nyhenviste i pasientpopulasjonen som er i behandling har økt, som et uttrykk for en høyere gjennomstrømming av pasienter.

<sup>9</sup> LAR-aktivitet identifiseres med hoveddiagnose Z50.3 og F11.22. Videre er kontakter med valid datoregistrering benyttet og avgrenset til varighet på mer enn 10 minutter og mindre enn 8 timer.

Utvikling poliklinisk aktivitet målt i timer ved helseforetak og sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst											
	2016			2023			Endring			Andel nyhenviste av pasientpopulasjon	
	Individer	Timer	Nyhenviste	Individer	Timer	Nyhenviste	Individer	Timer	Nyhenviste	2016	2023
TSB	13 441	129 375	7 758	14 019	135 691	8 333	4,3 %	4,9 %	7,4 %	57,7 %	59,4 %
VOP	68 767	777 069	34 611	80 805	908 520	49 771	17,5 %	16,9 %	43,8 %	50,3 %	61,6 %
BUP	27 429	429 718	13 098	36 534	471 382	19 455	33,2 %	9,7 %	48,5 %	47,8 %	53,3 %

Tabell 11. Utvikling i poliklinisk aktivitet 2016-2023 over tjenesteområde. Kilde: NPR.

### 3.1.2. Pasientsammensetning og fordeling av kapasitet

Hvordan den polikliniske kapasiteten fordeler seg over diagnosegrupper i VOP vises i tabell 12 nedenfor. Den relative fordelingen av timer viser en økning for nevropsykiatriske tilstander (som inkluderer ADHD), personlighetsforstyrrelser, traumerelaterte forstyrrelser og kontakter med symptomdiagnostikk.

	Antall timer per individ og fordeling av timer over diagnosegrupper			
	Timer per individ		Andel av timer	
	2016	2023	2016	2023
Angst	7,5	7,2	15,5 %	13,6 %
Annet	3,9	5,2	1,7 %	1,6 %
Atferdsforstyrrelse	5,6	7,0	0,2 %	0,2 %
Bipolar uten psykose	10,4	11,0	4,8 %	4,3 %
Depresjon uten psykose	8,7	8,8	17,3 %	14,5 %
Nevropsykiatrisk lidelse	6,6	7,2	4,0 %	8,5 %
Personlighetsforstyrrelse	14,4	18,4	10,6 %	11,8 %
Psykose	19,0	18,6	15,4 %	14,5 %
Rus	6,6	6,4	1,5 %	1,3 %
Spiseforstyrrelse	16,6	18,1	3,4 %	3,9 %
Symptom	4,9	4,2	14,8 %	15,7 %
Traumerelatert	11,8	11,1	7,8 %	10,2 %
Uspes. psykisk lidelse	4,5	5,8	3,1 %	0,1 %
Totalsum	8,4	8,4	767 428	908 384

Tabell 12. Antall timer poliklinikk fordelt på diagnose innen VOP. Kilde: NPR

Den samme relative fordelingen vises for pasienter i BUP i tabell 13 nedenfor og baseres på akse-1-diagnostikk (akse-1 er en av seks akser i det multiaksiale diagnostiske systemet i BUP som diagnostiserer klinisk psykiatrisk syndrom). Det er en relativ økning i behandling av angst, nevropsykiatriske lidelser, spiseforstyrrelser og symptomdiagnostikk.

Antall timer per individ og fordeling av timer over diagnosegrupper				
	Timer per individ		Andel av timer	
	2016	2023	2016	2023
Angst	12,1	13,0	10,1 %	12,6 %
Annet	7,5	6,5	12,3 %	2,4 %
Atferdsforstyrrelse	12,7	10,2	9,9 %	7,3 %
Bipolar uten psykose	17,4	15,0	0,3 %	0,3 %
Depresjon uten psykose	13,5	13,3	4,9 %	3,8 %
Nevropsykiatrisk lidelse	11,5	9,3	12,8 %	19,4 %
Personlighetsforstyrrelse	10,7	14,9	0,4 %	0,6 %
Psykose	21,3	19,0	0,7 %	0,6 %
Rus	8,1	7,4	0,0 %	0,0 %
Spiseforstyrrelse	26,0	24,1	3,4 %	6,7 %
Symptom	11,2	8,6	41,6 %	43,2 %
Traumerelatert	15,5	13,5	3,1 %	3,1 %
Uspes. psykisk lidelse	8,2	6,2	0,4 %	0,0 %
Totalsum	11,2	9,9	427 808	467 546

Tabell 13. Antall timer poliklinikk fordelt på diagnose innen BUP. Kilde: NPR

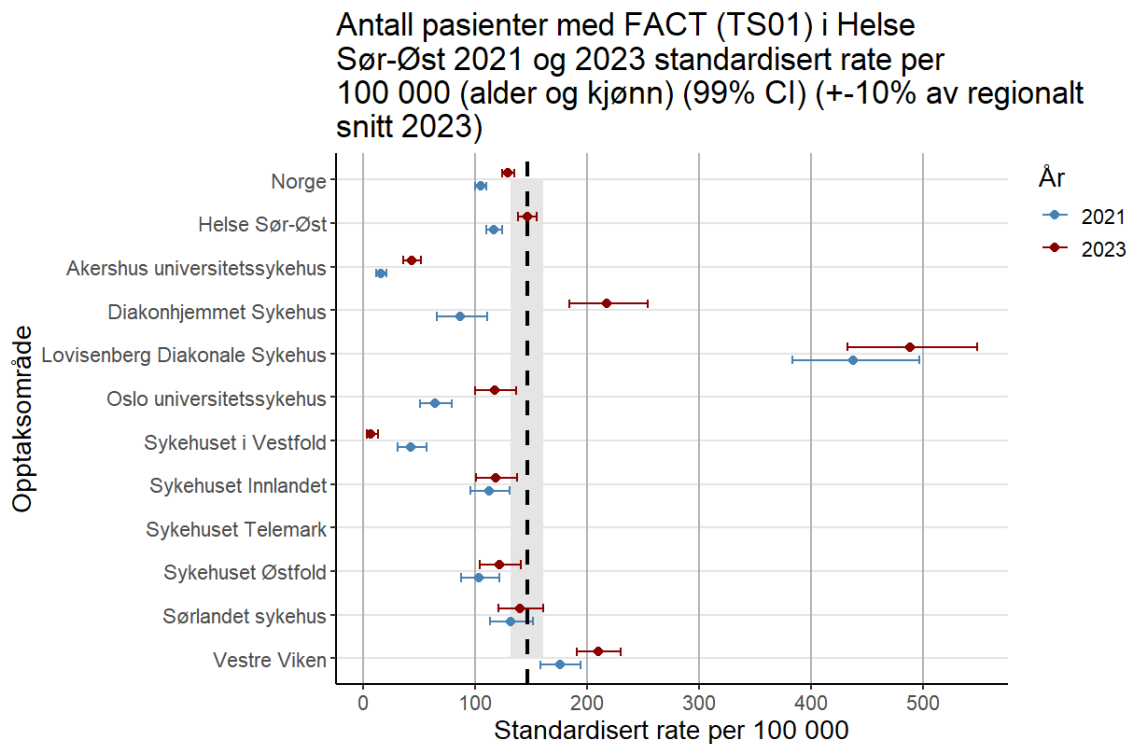
Den diagnostiske fordelingen i TSB vises i tabell 14 nedenfor, og indikerer ikke større endringer i fordeling av antall kontakter. Oppfølging relatert til alkohol og opiater utgjør over 50% av det polikliniske innholdet. Oppfølging av opiater inkluderer et betydelig volum relatert til LAR-utdeling.

År	Pasientsammensetning TSB 2016-2023										
	Individer Total	Opiater		Alkohol		Cannabis		Kokain/amfetamin		Multiple stoffer	
		Individer	Andel	Individer	Andel	Individer	Andel	Individer	Andel	Individer	Andel
2016	19 834	4 798	24,2 %	5 719	28,8 %	2 036	10,3 %	1 281	6,5 %	1 804	9,1 %
2017	21 253	5 282	24,9 %	6 244	29,4 %	2 325	10,9 %	1 370	6,4 %	1 741	8,2 %
2018	20 893	5 200	24,9 %	6 169	29,5 %	2 386	11,4 %	1 327	6,4 %	1 584	7,6 %
2019	21 048	5 242	24,9 %	6 228	29,6 %	2 325	11,0 %	1 355	6,4 %	1 561	7,4 %
2020	20 582	5 402	26,2 %	6 182	30,0 %	2 068	10,0 %	1 444	7,0 %	1 672	8,1 %
2021	20 646	5 425	26,3 %	6 408	31,0 %	2 091	10,1 %	1 406	6,8 %	1 620	7,8 %
2022	21 210	5 548	26,2 %	6 743	31,8 %	2 106	9,9 %	1 500	7,1 %	1 714	8,1 %
2023	20 937	5 418	25,9 %	6 559	31,3 %	1 923	9,2 %	1 643	7,8 %	1 828	8,7 %

Tabell 14. Utvikling i pasientsammensetning 2016-2023 innen TSB. Kilde: NPR

### 3.1.3. FACT

Ambulant behandling er etablert i alle helseforetak i Helse Sør-Øst, mens FACT (Flexible Assertive Community Treatment) foreløpig ikke er fullt ut etablert ved alle helseforetak i regionen. FACT er tilbud til pasienter med alvorlig psykisk sykdom som har behov for langvarige, koordinerte tjenester. Figur 2 nedenfor viser en økning av pasienter i FACT i de fleste opptaksområder i perioden 2021 til 2023. Det er relativt liten variasjon utover at Lovisenberg diakonale sykehus har mer enn dobbelt så høy standardisert rate per 100 000 innbygger som gjennomsnittet i Helse Sør-Øst. For øvrige opptaksområder med tilbud, er variasjonen mindre.



Figur 2. Antall pasienter med FACT over opptaksområder i standardisert rate. Kilde: NPR

FACT er et tilbud med dokumentert effekt på reduksjon av liggedøgn og er integrert i framskrivningsmodellen for liggedøgn og poliklinikk.<sup>10</sup> Det er spesifisert en modifierende effekt på liggedøgnbehov av omstilling fra døgn til poliklinikk på 3,7% i perioden 2023 til 2040, noe som utgjør en større del av den forventede veksten i poliklinikk i VOP. Samtidig framskrives det også behov for en klar styrking av døgnkapasiteten for alvorlig syke pasienter, slik at det forventes en vekst i døgnbehandling utover befolkningsendringer – på tross av videreutvikling av FACT. Det er tidligere estimert at volumet av individer med behov for koordinerte tjenester av typen FACT utgjør 600 per 100 000 i Norge.<sup>11</sup> Således vil det være behov for videre ytterligere økning i alle områder i Helse Sør-Øst, foruten Lovisenberg diakonale sykehus. I herværende arbeid ble FACT ved Søndre Oslo DPS, Oslo universitetssykehus HF presentert og vurdert til å dekke behovet ved en betydeligere lavere rate enn tidligere estimert i nasjonal evaluering. FACT drøftes videre i seksjon 6.2 om samhandling.

### 3.1.4. Nyhenviste, ventende, ventetider, fristbrudd og andel ikke-møtt

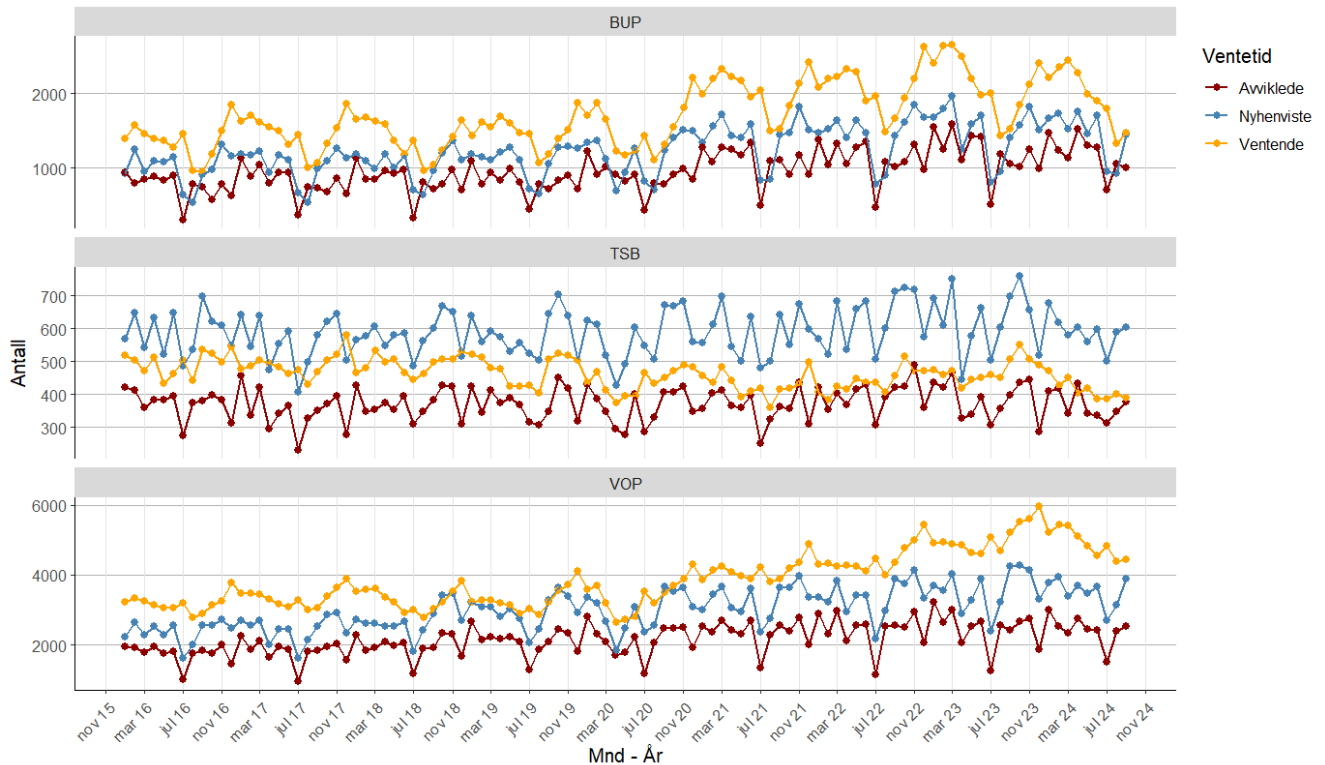
Det er en utvikling i deler av spesialisthelsetjenesten over de siste årene med et økende antall ventende. For de aktuelle tjenesteområdene, observeres dette tydeligst i VOP og til dels i BUP. Figur 3 nedenfor viser utvikling i antall nyhenviste, antall avviklede (pasienter med påbegynt helsehjelp) og antall ventende. For BUP var det en økning i

<sup>10</sup> Evaluering av FACT-team i Norge, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), 2020.

<sup>11</sup> Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Potensialet for ACT og FACT i Norge., 2017.

antall ventende frem til 2023, mens antallet per mai 2024 er lavere enn 2021-nivå. For TSB er volumet av nyhenviste stabilt, og det er en reduksjon i antall ventende. I VOP er antallet som får påbegynt helsehjelp ikke på nivå med antall nyhenviste, slik at antall ventende fortsetter å øke også per mai 2024.

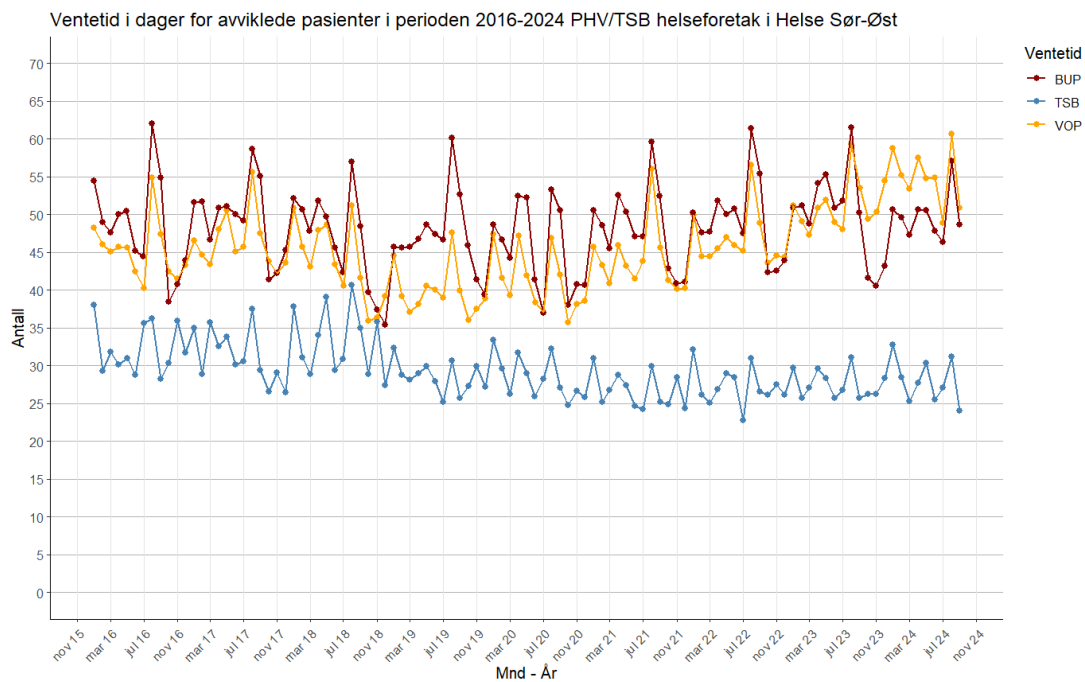
Antall nyhenviste, påbegynt helsehjelp (avviklede) og ventende i perioden 2016-2024 PHV/TSB helseforetak i Helse Sør-Øst



Figur 3. Antall nyhenviste, avviklede (pasienter med påbegynt helsehjelp) og ventende 2016-2024 fordelt på tjenesteområde for helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

Utviklingen i nyhenviste medfører en rekke endringer i klinisk drift. For eksempel har antall nyhenviste i VOP Helse Sør-Øst økt fra 34 000 til 49 000 (43%) i perioden 2016-2023, mens antall individer i behandling gikk fra 70 000 til 85 000 (21%). Dette innebærer at en høyere andel av pasientpopulasjonen i behandling er nyhenviste (fra 49% til 58%). BUP viser en økning i nyhenviste per 100 000 med alder 0-17 år på 32% i perioden 2016-2023, med en klar endring fra 2021. Antall nyhenviste gikk fra om lag 13 000 i 2016 til 19 000 i 2023 (46%), men det er nå en tendens til at antallet flater ut. Antall individer i behandling økte i samme perioden fra 27 500 til 36 500 (32%).

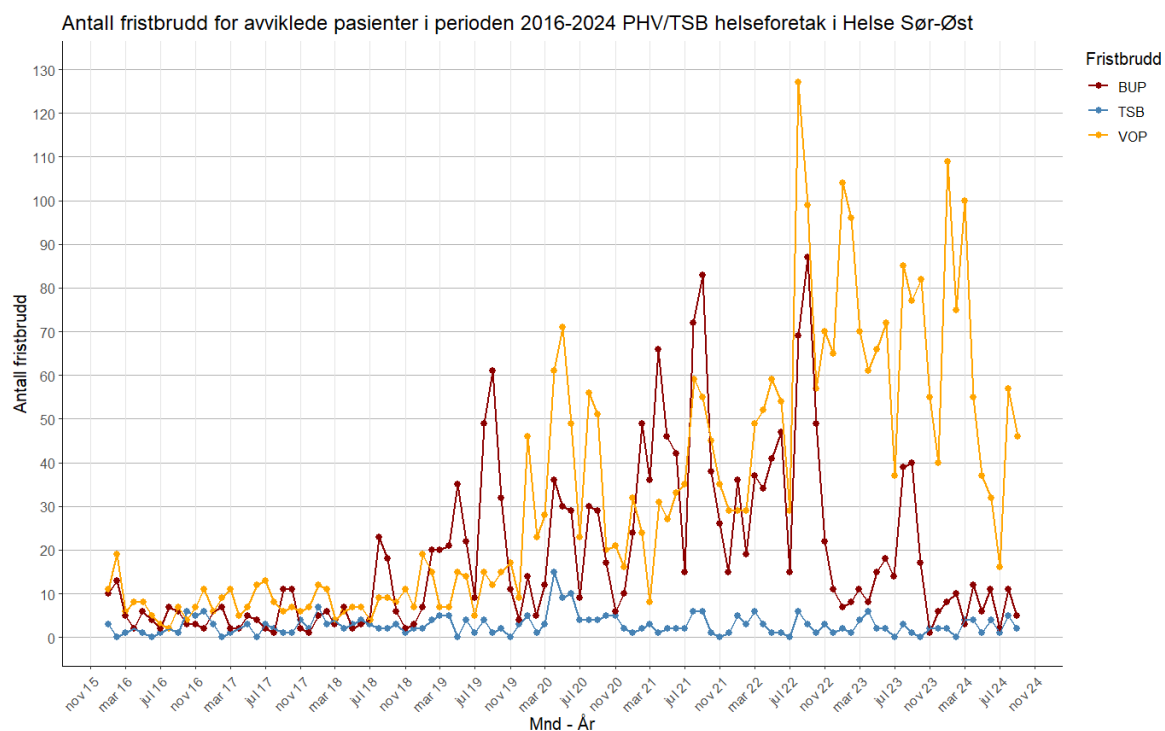
Utviklingen i ventetid for avviklede er differensiert over fagområdene. TSB har hatt en jevn nedgang i ventetider, ventetiden i BUP har vært relativt stabil på 50 dager, mens VOP viser en økning i perioden som vist i figur 4.



Figur 4. Utvikling i gjennomsnittlig ventetid 2016-2024 for avviklede pasienter fordelt på tjenesteområde for helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR

Figur 5 nedenfor viser utviklingen i antall fristbrudd per tjenesteområde. Antall fristbrudd økte under pandemien, men innen BUP og TSB er antallet nå redusert mot nivået i 2018. Utviklingen innen VOP synes å være mer usikker, men er på et høyere nivå enn hva som var tilfellet i perioden 2016-2019. Fristbrudd kan ha konsekvenser for helseforetakene, særlig med tanke på planlegging og styring av ressurser. Dette gjelder fordi enkeltstående fristbrudd ofte vil overføre en serie konsultasjoner som medfører uforholdsmessig høye kostnader til annen aktør.





Figur 5. Utvikling i antall fristbrudd 2016-2024 fordelt på tjenesteområde. Helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

Andelen avslag i PHV og TSB har vært gjenstand for betydelig oppmerksomhet i både helsepolitiske arenaer og eieroppfølging. For BUP er det en reduksjon i andel avslag fra 25% i 2016 til 20% i 2023. VOP viser i 2023 en høy andel avslag på om lag 33%, noe som er på nivå med 2016. Avslag i VOP gikk ned og var i perioden 2018 til 2022 på om lag 25%, men etter innføring av felles henvisningsmottak har både antall henvisninger og andel avslag økt. Andel avslag i perioden januar-august 2023 var på 30%, og i perioden september 2023 til juli 2024 økte andelen avslag til 36%. TSB har en lav avslagsrate på rundt 5%. Dette er en nedgang fra 2016-2017 hvor det lå på om lag 8%.

Tabell 15 nedenfor viser utviklingen i andel avslag for tjenesteområdene per helseforetak/sykehus med opptaksområde, og viser til dels betydelig variasjon innad i foretaksgruppen for alle tjenesteområdene.

Utvikling i andel avslag fordelt på tjenesteområde og helseforetak/sykehus med opptaksområde								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>VOP</b>	<b>32,2 %</b>	<b>30,1 %</b>	<b>21,4 %</b>	<b>23,4 %</b>	<b>25,3 %</b>	<b>24,1 %</b>	<b>27,0 %</b>	<b>32,8 %</b>
Akershus universitetssykehus HF	31,8 %	30,6 %	27,0 %	27,7 %	27,4 %	23,5 %	27,6 %	33,9 %
Diakonhjemmet Sykehus	22,7 %	21,5 %	13,9 %	14,2 %	22,6 %	18,3 %	26,8 %	30,0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	33,1 %	29,7 %	26,1 %	34,2 %	35,3 %	30,1 %	32,2 %	32,8 %
Oslo universitetssykehus HF	42,5 %	35,8 %	28,5 %	27,9 %	25,7 %	28,3 %	32,7 %	37,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	35,2 %	25,4 %	16,9 %	22,9 %	25,4 %	29,1 %	22,5 %	30,4 %
Sykehuset Innlandet HF	25,5 %	27,8 %	14,1 %	21,6 %	23,8 %	20,2 %	23,1 %	34,1 %
Sykehuset Telemark HF	8,8 %	30,4 %	24,0 %	26,6 %	27,9 %	14,2 %	30,9 %	33,4 %
Sykehuset Østfold HF	39,5 %	37,3 %	21,0 %	18,5 %	25,1 %	27,1 %	28,9 %	33,3 %
Sørlandet sykehus HF	40,7 %	34,9 %	23,8 %	31,7 %	30,4 %	34,4 %	36,3 %	39,6 %
Vestre Viken HF	29,3 %	26,0 %	16,6 %	10,8 %	13,7 %	14,2 %	15,9 %	24,6 %
<b>BUP</b>	<b>25,4 %</b>	<b>26,2 %</b>	<b>21,1 %</b>	<b>22,2 %</b>	<b>21,2 %</b>	<b>20,2 %</b>	<b>19,9 %</b>	<b>19,7 %</b>
Akershus universitetssykehus HF	25,8 %	27,2 %	16,8 %	23,6 %	22,1 %	16,3 %	10,4 %	11,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	17,4 %	10,0 %	0,5 %	0,0 %	0,8 %	1,9 %	8,9 %	10,2 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	17,6 %	17,9 %	18,5 %	26,1 %	14,5 %	8,2 %	13,6 %	10,3 %
Oslo universitetssykehus HF	32,1 %	32,2 %	25,0 %	32,1 %	28,7 %	25,6 %	21,6 %	22,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	17,8 %	18,3 %	9,9 %	15,9 %	20,0 %	17,1 %	21,0 %	20,5 %
Sykehuset Innlandet HF	26,1 %	28,7 %	24,7 %	19,7 %	16,3 %	19,3 %	18,5 %	20,0 %
Sykehuset Telemark HF	22,6 %	17,5 %	8,2 %	14,0 %	12,2 %	16,3 %	18,0 %	21,4 %
Sykehuset Østfold HF	26,2 %	31,4 %	32,2 %	26,5 %	25,5 %	24,5 %	22,6 %	18,0 %
Sørlandet sykehus HF	24,3 %	25,9 %	22,6 %	20,6 %	20,5 %	24,5 %	31,8 %	23,6 %
Vestre Viken HF	29,9 %	28,5 %	26,1 %	23,1 %	25,3 %	25,8 %	25,1 %	31,0 %
<b>TSB</b>	<b>8,0 %</b>	<b>8,5 %</b>	<b>3,4 %</b>	<b>4,0 %</b>	<b>5,2 %</b>	<b>4,1 %</b>	<b>5,0 %</b>	<b>5,8 %</b>
Akershus universitetssykehus HF	19,2 %	19,4 %	4,7 %	4,9 %	3,1 %	0,9 %	0,4 %	1,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Oslo universitetssykehus HF	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	10,0 %	12,9 %	12,6 %	13,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	9,6 %	7,0 %	0,0 %	5,3 %	7,2 %	1,2 %	1,3 %	2,7 %
Sykehuset Innlandet HF	1,6 %	3,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sykehuset Telemark HF	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,8 %	18,8 %
Sykehuset Østfold HF	19,3 %	22,8 %	16,0 %	13,5 %	14,8 %	9,8 %	11,8 %	13,7 %
Sørlandet sykehus HF	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Vestre Viken HF	6,6 %	5,8 %	1,3 %	1,9 %	2,8 %	4,1 %	5,0 %	3,7 %

Tabell 15. Utvikling i avslagsprosent fordelt på tjenesteområde og helseforetak/sykehus med opptaksområde. Kilde: NPR.

Tabell 16 nedenfor viser utviklingen i andel ikke-møtt. Innen VOP er andelen 7% regionalt i 2023, mens det varierer fra 5% til 9% mellom helseforetakene. Tilsvarende er andelen 5% innen BUP, med en variasjon fra 3% til 9%. Andelen ikke-møtte er høyest innen TSB hvor andelen var 10% regionalt i 2023. Her varierer andelen innad i regionen fra 6% til 12%.

<b>Utvikling i andel ikke-møtt fordelt på tjenesteområde, og helseforetak/sykehus</b>				
	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
<b>VOP</b>	<b>6 %</b>	<b>7 %</b>	<b>7 %</b>	<b>7 %</b>
Akershus universitetssykehus HF	7 %	7 %	8 %	7 %
Diakonhjemmet Sykehus	6 %	7 %	6 %	6 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	7 %	8 %	9 %	9 %
Oslo universitetssykehus HF	7 %	7 %	7 %	7 %
Sykehuset Innlandet HF	7 %	8 %	7 %	7 %
Sykehuset i Vestfold HF	7 %	8 %	7 %	6 %
Sørlandet sykehus HF	4 %	5 %	5 %	5 %
Sykehuset Telemark HF	6 %	6 %	6 %	6 %
Sykehuset Østfold HF	6 %	6 %	6 %	6 %
Vestre Viken HF	7 %	8 %	8 %	8 %
<b>BUP</b>	<b>4 %</b>	<b>5 %</b>	<b>5 %</b>	<b>5 %</b>
Akershus universitetssykehus HF	3 %	3 %	4 %	4 %
Diakonhjemmet Sykehus	6 %	7 %	9 %	9 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	3 %	6 %	6 %	7 %
Oslo universitetssykehus HF	4 %	5 %	5 %	5 %
Sykehuset Innlandet HF	6 %	7 %	7 %	7 %
Sykehuset i Vestfold HF	4 %	4 %	4 %	4 %
Sørlandet sykehus HF	6 %	7 %	6 %	5 %
Sykehuset Telemark HF	3 %	3 %	3 %	3 %
Sykehuset Østfold HF	4 %	4 %	4 %	3 %
Vestre Viken HF	3 %	3 %	3 %	4 %
<b>TSB</b>	<b>9 %</b>	<b>9 %</b>	<b>10 %</b>	<b>9 %</b>
Akershus universitetssykehus HF	8 %	9 %	11 %	10 %
Diakonhjemmet Sykehus	11 %	12 %	13 %	10 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	13 %	18 %	19 %	16 %
Oslo universitetssykehus HF	9 %	8 %	7 %	6 %
Sykehuset Innlandet HF	10 %	10 %	10 %	11 %
Sykehuset i Vestfold HF	7 %	8 %	7 %	6 %
Sørlandet sykehus HF	10 %	9 %	9 %	10 %
Sykehuset Telemark HF	6 %	7 %	7 %	8 %
Sykehuset Østfold HF	8 %	9 %	10 %	11 %
Vestre Viken HF	11 %	12 %	12 %	12 %

Tabell 16. Utvikling i andel ikke-møtt fordelt på tjenesteområde og helseforetak/sykehus med opptaksområde. Kilde: DIPS.

Tabell nedenfor viser utviklingen for første halvår i perioden 2020-2024. Det er liten forskjell mellom 2023 og 2024, men litt reduksjon i TSB.

Utvikling i andel ikke-møtt første halvår 2020-2024 fordelt på tjenesteområde				
År	VOP	BUP	TSB	Samlet
2020	6,3 %	3,6 %	8,3 %	5,8 %
2021	6,8 %	4,3 %	9,3 %	6,4 %
2022	7,0 %	4,8 %	9,6 %	6,7 %
2023	6,8 %	4,7 %	9,7 %	6,5 %
2024	6,6 %	4,6 %	9,1 %	6,4 %

Tabell 17. Utvikling i andel ikke-møtt fordelt på tjenesteområde første halvår. Inkluderer helseforetak/sykehus med opptaksområde. Kilde: DIPS.

Pasienter som ikke møter fører til en ineffektiv drift av poliklinikkene. Det er viktig å arbeide med tiltak for å redusere ikke møtt-andelen da det vil øke antall pasienter som blir behandlet.

### 3.1.5. Polikliniske forløp

Poliklinisk behandling i psykisk helsevern og TSB gis som serier av konsultasjoner fordelt over en tidsperiode. Innholdet i behandlingen vil være kombinasjoner av utredning, psykoterapi/samtalebehandling, medikamentell behandling og monitorering av tilstand. For enkelte utbredte tilstander som depresjon har psykoterapi god effekt, og der er det liten forskjell mellom ulike psykoterapier.<sup>12</sup> Manualer for kognitiv atferdsterapi for psykose anbefaler 16 sesjoner,<sup>13</sup> mens mer generelle anbefalinger anslår 6 til 20 sesjoner med frekvens på en konsultasjon per uke eller hver andre uke.<sup>14</sup> Det er mindre forskjeller i effekt av terapi for depresjon over antall sesjoner (høyest effekt for 12-16 sesjoner), men empiri indikerer at frekvensen av behandlingen som gis i sterkere grad påvirker effekt av behandlingen.<sup>15</sup> Det er en generell anbefaling i manualer for kognitiv terapi om ukentlig frekvens, men samtidig øker effekten dersom frekvensen dobles.<sup>16</sup> Flere behandlingsformer for utbredte og mer sjeldne tilstander (e.g. OCD, dvs. tvangslidelse, obsessiv-kompulsiv lidelse) har funnet gode effekter av mer intensiverte behandlingsopplegg. Dette er særlig illustrert med utviklingen av Bergen «4-day treatment» for OCD.<sup>17</sup> Det finnes ikke nasjonale retningslinjer for depresjon eller angst i Norge. Dette innebærer at fagmiljø, helseforetak og de regionale helseforetak må ta større ansvar for rammene av behandlingen. Det er usikkerhet relatert til å overføre resultater fra psykoterapiforskning til klinisk drift ved DPS i Helse Sør-Øst. Det er flere

<sup>12</sup> Cuipers, P. et al. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. *Can J Psychiatry*, 58(7).

<sup>13</sup> Lincoln, T. M. et al. (2016). What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions. *Eur Psychiatry*, 38 (31-39).

<sup>14</sup> NHS. [Treatment for adult depression](#).

<sup>15</sup> Cuipers, P. et al. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *J Affect Disord.*, 149 (1-3).

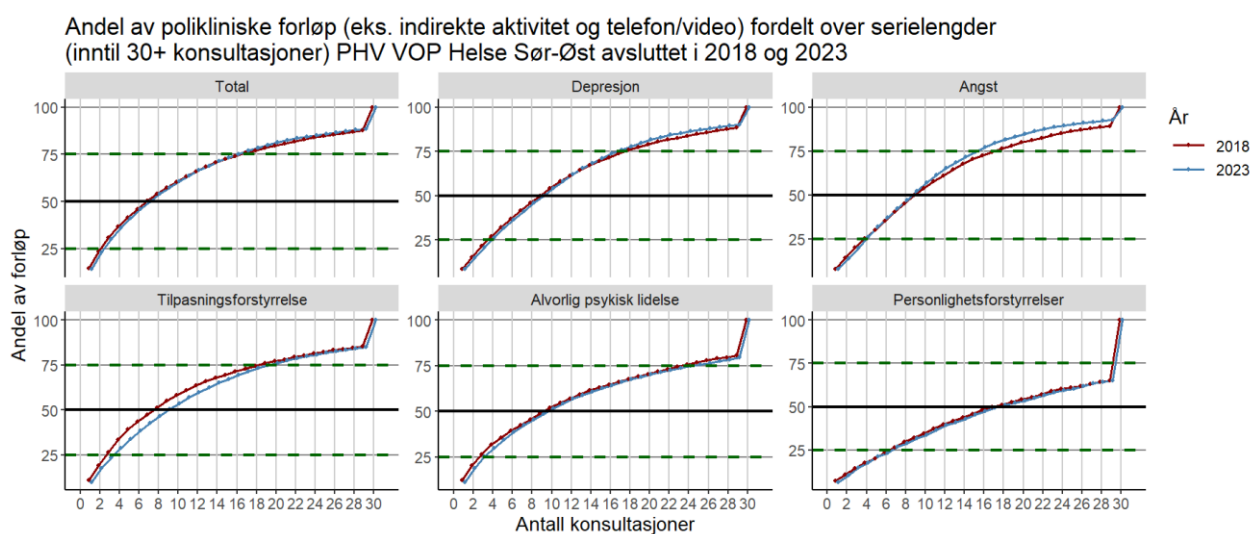
<sup>16</sup> Røssberg, J. I. & Bjåstad, J. F. (2024). Frekvensen av kognitiv atferdsterapi i behandling av depressive lidelser. Er hyppigere bedre? *Tidsskrift for kognitiv atferdsterapi*.

<sup>17</sup> Skjold, H. S. et al. (2024). The effectiveness and acceptability of the Bergen 4-day treatment for adolescents with OCD: a replication and extension. *BMC Psychiatry*, 24(1).

årsaker til dette, men særlig kompleksitet og komorbiditet hos pasientene vil påvirke omfang og valg av behandling. Etablering av «DelMedMeg» (digital PROMS-løsning for psykisk helsevern i Helse Sør-Øst omtalt nærmere i seksjon 6.9.3) og satsing på klinikknær forskning vurderes som sentralt for å bedre kunne vurdere effekt og omfang av faktisk behandling.<sup>18</sup>

For å nærmere undersøke polikliniske forløp i Helse Sør-Øst er det her sett på avsluttede forløp i 2018 og 2023. Diagnose er definert som siste registrerte diagnose i forløpet. Det var 35 468 avsluttede forløp i 2018 og 40 762 i 2023. For pasienter med avslutning i henholdsvis 2018 og 2023, var det 1,16 forløp per pasient i perioden 2017-2018 og 1,15 forløp per pasient i perioden 2022-2023.

Figur 6 nedenfor sammenstiller fordeling av forløp over serielengder (ekskl. indirekte aktivitet og telefon/video). Det er ingen endring i median antall konsultasjoner (median = 6) i 2023 sammenlignet med 2018. I underkant av 1/3 av forløpene er avsluttet etter 3 konsultasjoner, og i overkant av 20% av forløpene har mer enn 22 konsultasjoner. Median antall kontakter for depresjon, angst og alvorlig psykisk lidelse er henholdsvis 8 og 9 konsultasjoner. For personlighetsforstyrrelser er median 17 konsultasjoner. For depresjon er 25- og 75-percentil henholdsvis 3 og 18 konsultasjoner, mens for angst er det 4 og 16 konsultasjoner.

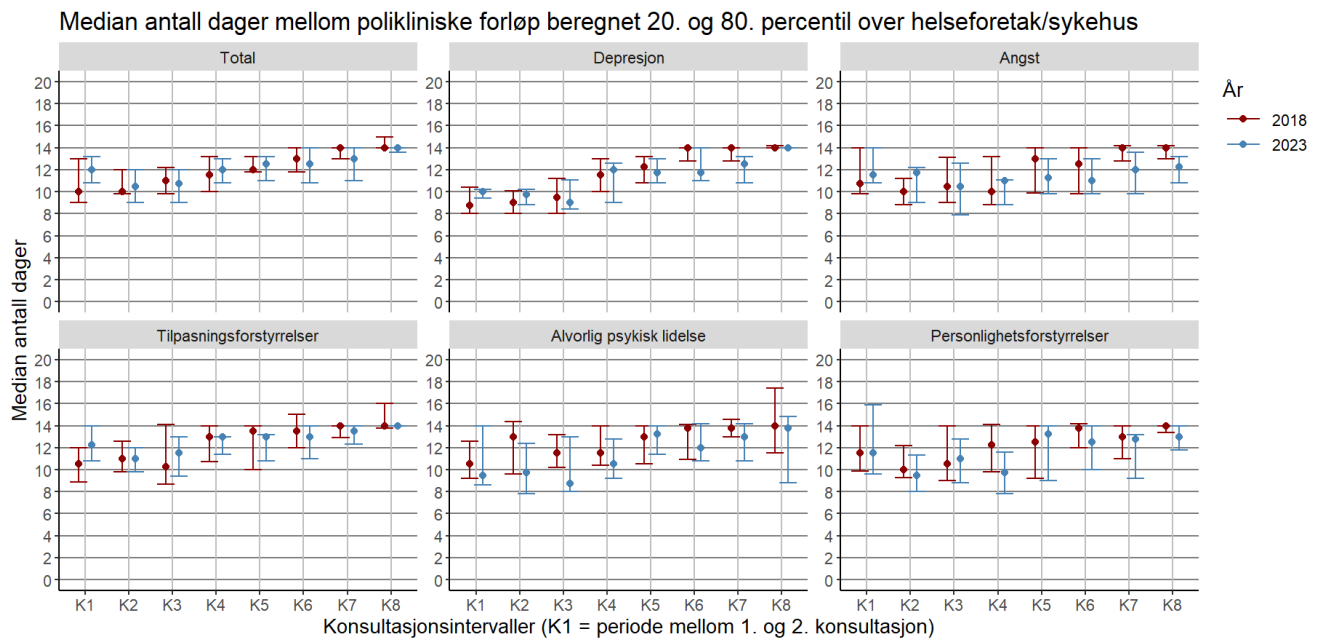


Figur 6. Serielengde for polikliniske forløp samlet, samt for enkelte diagnoser. Helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

Antall median dager mellom de 9 første konsultasjonene i serier med varighet på 8 – 15 konsultasjoner over helseforetak/sykehus med opptaksområder vises i figur 7 nedenfor. Variasjonsbredden er beregnet som 20- til 80-percentil over medianen per

<sup>18</sup> [MOP-studien ved Universitetet i Oslo. Oslo universitetssykehus HF og Diakonhjemmet sykehus er et eksempel på pågående klinikknær forskning. Det forventes at de første effektstudiene fra MOP publiseres snarlig \(J.L.Røssberg, personlig kommunikasjon\).](#)

helseforetak/sykehus. Samlet sett er det en utvikling primært mellom 1. og 2. konsultasjon – hvor det i 2023 går 2 dager lengre sammenlignet med 2018. Gjennomgående er sentraltendensen høyere frekvens i starten av forløpet, med om lag 1 konsultasjon hver 10. dag. Depresjon har svakt høyere frekvens, og en positiv utvikling sammenlignet med 2018 utover i forløpet.



Figur 7. Antall dager mellom polikliniske kontakter totalt, samt for enkelte diagnoser. Helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

Fordelingen av frekvens synes å være i tråd med NHS (National Health Service, England) sine anbefalinger, men det er noe lav frekvens sammenlignet med resultater fra psykoterapiforskning. Det er grunn til å ha oppmerksomhet rettet mot frekvensen. Kvalitetssystemer som «DelMedMeg» vil kunne bidra til å belyse hvorvidt en høyere frekvens av konsultasjonene for pasientpopulasjonen i DPS-ene vil gi høyere effekt. Høyere frekvens på de polikliniske forløpene vil i stor grad kunne være en effekt av bedre organisering.

## 3.2. Døgnbehandling

### 3.2.1. Psykisk helsevern VOP

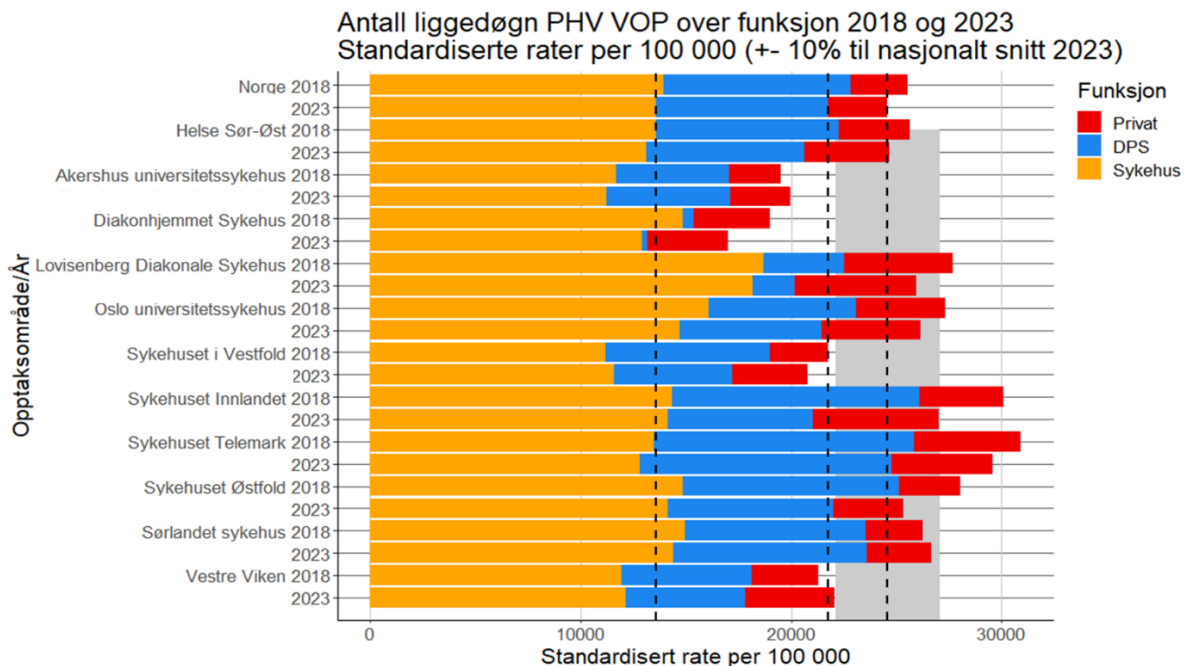
Det samlede volum av liggedøgn ved helseforetakene er redusert i perioden 2016 til 2023, men det er en ulik utvikling for sykehusfunksjoner og DPS. Antall liggedøgn innen DPS er redusert i perioden mens det er liten endring i liggedøgn innen sykehusfunksjoner. Tabell 18 nedenfor viser utviklingen for antall døgnopphold og liggedøgn i sykehusfunksjoner og DPS totalt og for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Andel liggedøgn som er relatert til alvorlig psykisk lidelse ved sykehusfunksjoner har økt fra 47 til 56% på regionalt nivå. Ved DPS er andelen stabil i perioden på rundt 34%. Oppholdstider ved sykehus er totalt sett redusert med 9,5%,

mens oppholdstider for alvorlig psykisk lidelse er stabile. Ved DPS er oppholdstid redusert med 19%.

Utvikling antall døgnopphold og liggedøgn i PHV VOP sykehusfunksjoner og DPS døgntilrettelagt opphold for total og alvorlig psykisk lidelse i helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst												
År	Sykehus						DPS					
	Total		Alvorlig psykisk lidelse				Total		Alvorlig psykisk lidelse			
	Døgnopphold	Liggedøgn	Oppholdstid	Døgnopphold	Liggedøgn	Oppholdstid	Døgnopphold	Liggedøgn	Oppholdstid	Døgnopphold	Liggedøgn	Oppholdstid
2016	16 872	337 505	20,0	5 529	157 965	28,6	11 217	188 642	16,8	3 370	63 182	18,7
2017	16 474	320 610	19,5	5 556	151 027	27,2	11 783	179 745	15,3	3 359	55 910	16,6
2018	17 002	318 611	18,7	5 932	160 011	27,0	12 261	176 620	14,4	3 802	60 219	15,8
2019	16 501	311 886	18,9	5 618	164 505	29,3	12 726	178 770	14,0	3 869	60 614	15,7
2020	17 090	303 561	17,8	6 055	169 570	28,0	10 720	144 572	13,5	3 393	51 445	15,2
2021	16 792	312 091	18,6	5 867	168 322	28,7	10 862	149 290	13,7	3 382	51 355	15,2
2022	17 599	322 630	18,3	6 081	175 195	28,8	11 277	154 761	13,7	3 473	51 919	14,9
2023	18 016	326 170	18,1	6 365	183 564	28,8	11 384	156 034	13,7	3 674	53 766	14,6

Tabell 18. Utvikling i antall døgnopphold, liggedøgn, oppholdstid ved VOP sykehus og VOP DPS, samlet og for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Inkluderer helseforetak/sykehus med opptaksområde. Kilde: NPR.

Fordelingen av liggedøgnsforbruk over funksjoner målt i standardiserte rater per 100 000 vises i figur 8 nedenfor. Det er særlig opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF som har lavere liggedøgnsrater i alle funksjoner, mens Diakonhjemmet sykehus har særlig lavt forbruk av DPS (all kapasitet er registrert som sykehusfunksjon ved dette sykehuset).



Figur 8. Antall liggedøgn VOP i standardisert rate over opptaksområder, og fordelt på private, DPS og sykehusfunksjoner. Kilde: NPR.

### 3.2.2. Psykisk helsevern BUP

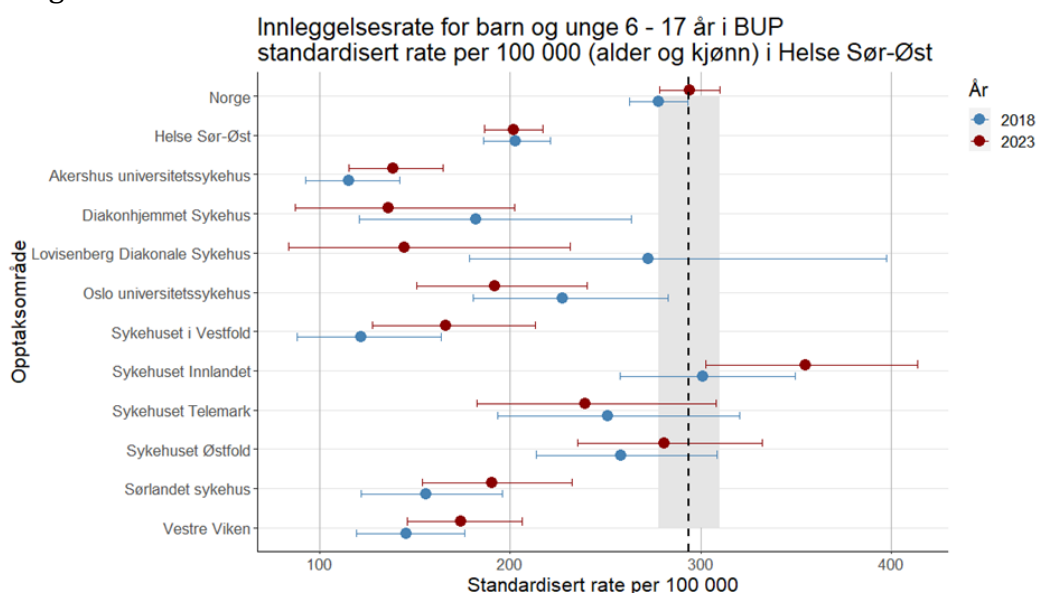
Innleggelser er sjeldent forekommende for barn og unge, og kun 0,2% av befolkningen i aldersgruppen 6 til 17 år blir innlagt i løpet av et år. Antall liggedøgn er stabilt i

perioden 2016 til 2023, men det er en nedgang i oppholdstider på om lag 8,5%, som vist i tabell 19.

Døgnopphold BUP Helse Sør-Øst			
År	Døgnopphold	Liggedøgn	Oppholdstid
2016	1 262	35 354	28,0
2017	1 349	37 693	27,9
2018	1 340	40 557	30,3
2019	1 331	35 715	26,8
2020	1 349	34 913	25,9
2021	1 608	42 006	26,1
2022	1 543	40 237	26,1
2023	1 442	36 988	25,7

Tabell 19. Utvikling i antall døgnopphold, liggedøgn, oppholdstid ved BUP. Inkluderer helseforetak/sykehus med opptaksområde. Kilde: NPR.

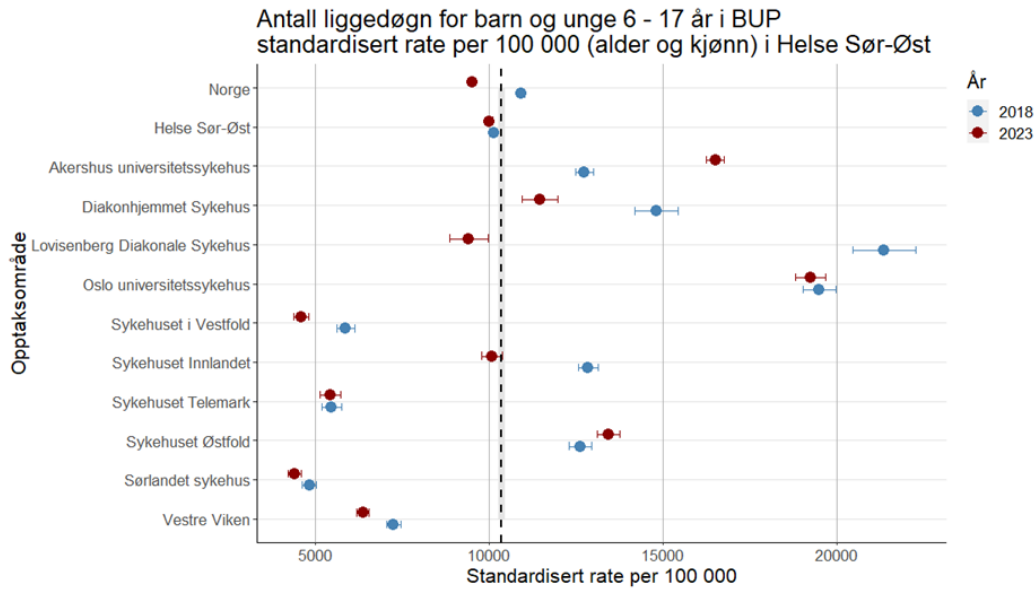
Figur 9 nedenfor viser innleggesrate i BUP Helse Sør-Øst 2018 og 2023, og indikerer liten variasjon over opptaksområder i hvilken grad barn og unge blir innlagt. Pasienter bosatt i området til Sykehuset Innlandet HF blir innlagt i større grad enn gjennomsnittet i regionen.



Figur 9. Innleggesrate BUP i standardisert rate over opptaksområder. Helseforetak og sykehus med opptaksområder. Kilde: NPR.

Forbruket av liggedøgn vises i figur 10 nedenfor, og viser en betydelig større variasjon, hvor differansen mellom opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF er på fire ganger. Lovisenberg diakonale sykehus viser en halvering av forbruksrater i perioden 2018 til 2023.





Figur 10. Antall liggedøgn BUP i standardisert rate over opptaksområder. Helseforetak og sykehus med opptaksområder. Kilde: NPR.

Drift av døgnbehandling for barn og unge representerer en del utfordringer. Siden innleggelser er relativt sjelden, blir enhetene små og med fluktuerende kapasitetsutnyttelse. Flere helseforetak i regionen benytter derfor personale fra døgnenhetene inn mot et ambulant poliklinisk tilbud for pasienter i målgruppen for innleggelser. Særlig Sykehuset i Vestfold HF har utarbeidet et robust tilbud. Videre har det vært en utvikling av reelle hjemmesykehus ved Oslo universitetssykehus HF, og varianter med lavere intensitet som ved Lovisenberg diakonale sykehus som klart bidrar til reduksjon av liggedøgn. En fortsatt videreutvikling av differensiert hjemmebehandling i BUP vil kunne påvirke behovet for helsepersonell i tiden fremover.

### 3.2.3. TSB

TSB har vært under en større omstilling over de siste årene med særlig oppmerksomhet rettet mot oppbygging av basistjenester. Dette innebærer fungerende akuttsløyfer, enten selvstendig eller i samarbeid med PHV og somatikk, kombinert med gode polikliniske og ambulante tilbud. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har nå avrusningsenheter, og alle foruten Sykehuset Telemark HF har behandling/utredningsenhet.

Tabell 20 nedenfor sammenstiller standardisert rate per 100 000 for liggedøgn totalt og ved helseforetak i TSB 2023. Oversikten viser betydelig variasjon i bruk av liggedøgn.

<b>Antall liggedøgn (standardisert rate per 100 000) totalt og ved helseforetak 2023</b>					
	<b>Standardisert rate per 100 000</b>		<b>Avvik til nasjonalt snitt</b>		<b>Andel ved helseforetak</b>
	<b>Totale liggedøgn</b>	<b>Liggedøgn helseforetak</b>	<b>Totale liggedøgn</b>	<b>Liggedøgn helseforetak</b>	
Norge	14 853	5 437	0,0 %	0,0 %	36,6 %
Helse Sør-Øst	16 727	4 500	12,6 %	-17,2 %	26,9 %
Akershus universitetssykehus	14 999	4 188	1,0 %	-23,0 %	27,9 %
Diakonhjemmet Sykehus	16 824	3 758	13,3 %	-30,9 %	22,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	20 937	5 278	41,0 %	-2,9 %	25,2 %
Oslo universitetssykehus	18 052	4 587	21,5 %	-15,6 %	25,4 %
Sykehuset i Vestfold	14 934	6 069	0,5 %	11,6 %	40,6 %
Sykehuset Innlandet	17 524	3 889	18,0 %	-28,5 %	22,2 %
Sykehuset Telemark	26 607	2 386	79,1 %	-56,1 %	9,0 %
Sykehuset Østfold	13 521	3 702	-9,0 %	-31,9 %	27,4 %
Sørlandet Sykehus	15 284	7 307	2,9 %	34,4 %	47,8 %
Vestre Viken	8 585	3 831	-42,2 %	-29,5 %	44,6 %

Tabell 20. Utvikling i antall liggedøgn TSB i standardisert rate over opptaksområder. Kilde: NPR.

Videre viser tabell 21 nedenfor både variasjonen og utviklingen i oppholdstider hos private over helseregioner. Det fremkommer at oppholdstidene er betydelig lengre i Helse Sør-Øst sammenlignet med de andre helseregionene. Videre ser man at oppholdstidene er redusert, med unntak av i Helse Vest.

<b>Utvikling i oppholdstid per individ innen TSB hos private avtaleparter (eks. FBV) over helseregioner</b>				
<b>År</b>	<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>Helse Midt</b>	<b>Helse Nord</b>	<b>Helse Vest</b>
2016	121,2	68,8	111,0	57,4
2017	115,1	69,7	107,7	57,6
2018	119,0	65,9	91,3	54,4
2019	121,2	60,5	96,4	57,9
2020	126,2	63,5	93,6	67,7
2021	118,2	61,3	94,4	62,8
2022	117,8	59,4	96,0	70,6
2023	118,4	56,0	92,3	71,1

Tabell 21. Utvikling i oppholdstid per individ innen TSB hos private over helseregioner. Kilde: NPR.

Den differensierte kapasiteten i helseforetakene og den historiske bruken av private leverandører uten opptaksområde gir en gjennomgående lav andel av det totale liggedøgnforbruket ved helseforetakene.

Tabell 22 nedenfor viser utviklingen over år, og viser at antall liggedøgn i helseforetakene er noe redusert siden 2016 parallelt med en utvikling av basistjenester. Utviklingen i antall liggedøgn hos private med avtale med Helse Sør-Øst har variert noe mellom enkelte år, men har hatt en reduksjon i perioden. Det var en vekst av liggedøgn ved leverandører innen ordningen fritt behandlingsvalg (FBV) spesielt i perioden 2021-2022.<sup>19</sup>

<b>Antall liggedøgn pr år fordelt på om det er ved HF/sykehus med opptaksområde, gjennom avtale med RHF eller FBV. Pasienter tilhørende Helse Sør-Øst</b>				
<b>År</b>	<b>I helseforetak/sykehus med opptaksområde</b>	<b>Private med avtale</b>		<b>Totalsum</b>
		<b>med RHF</b>	<b>FBV</b>	
2016	115 926	262 787	831	379 544
2017	119 453	246 333	4 944	370 730
2018	121 037	235 283	13 052	369 372
2019	118 967	229 748	11 872	360 587
2020	101 429	235 046	22 542	359 017
2021	108 400	231 183	52 833	392 416
2022	110 651	232 529	59 797	402 977
2023	109 352	241 750	17 734	368 836

Tabell 22. Utvikling i antall liggedøgn innen TSB fordelt på om det er ved helseforetak/sykehus med opptaksområde, private med avtale eller gjennom ordningen fritt behandlingsvalg (FBV). Kilde: NPR.

FBV-ordningen ble avviklet i 2022 med virkning ut 2023. Selv om FBV er avviklet, har samlet antall behandlede pasienter, uavhengig av behandlingsnivå, økt, slik som vist i tabell 23.

<sup>19</sup> Når det gjelder antall liggedøgn innen FBV, er det en betydelig underrapportering fra FBV-leverandørene til NPR. Sammenligninger av tall fra Helfo og NPR viser at FBV-leverandørene innen TSB i 2022 rapporterte 23% flere liggedøgn til Helfo, enn hva som er rapportert til NPR. For 2023 var differansen større. I dette grunnlaget er det brukt data fra Norsk pasientregister.

Utvikling i antall individer innen TSB, uavhengig av omsorgsnivå				
År	I HF	Private med avtale med RHF	FBV	Totalsum
2018	18 388	4 362	118	22 868
2019	18 748	4 075	110	22 933
2020	18 423	4 023	181	22 627
2021	18 474	3 748	489	22 711
2022	18 876	3 713	492	23 081
2023	19 483	3 826	128	23 437
Endring 2022-2023	6 %	-12 %		2 %

Tabell 23. Utvikling i antall individer behandlet innen TSB fordelt på om det er ved helseforetak/sykehus med opptaksområde, private med avtale eller gjennom ordningen fritt behandlingsvalg (FBV). Kilde: NPR.

I framskrivningsmodellen ligger en vekst i både poliklinikk og døgntilrettelagt behandling innen TSB i helseforetakene utover det som er betinget i demografisk framskrivning.

### 3.2.4. Pasientsammensetning

Tabell 24 nedenfor viser utviklingen i liggedøgn fordelt på diagnose i VOP. Innen DPS har det i perioden vært en samlet nedgang på 17% i liggedøgn. Innen sykehusfunksjoner er det samlede antall liggedøgn redusert med 3%, og det er en tydelig endring i pasientsammensetningen. I perioden har det vært en økning i antall liggedøgn for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, mens de øvrige diagnosene er betydelig redusert.

Antall liggedøgn innen VOP fordelt på funksjon og diagnose. Ved HF/sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst								
Diagnose	DPS				Sykehus VOP			
	2016	2023	Endring	Andel av liggedøgn 2023	2016	2023	Endring	Andel av liggedøgn 2023
Alkoholrelaterte lidelser	4 842	2 761	-43 %	2 %	4 664	2 236	-52 %	1 %
Alvorlig depresjon	14 665	13 998	-5 %	9 %	20 437	20 335	0 %	6 %
Alvorlig psykisk lidelse	63 182	53 766	-15 %	34 %	157 965	183 564	16 %	56 %
Angst	11 322	6 402	-43 %	4 %	5 582	2 971	-47 %	1 %
Annet	29 010	25 130	-13 %	16 %	100 860	80 029	-21 %	25 %
Mild/Moderat depresjon	21 883	18 403	-16 %	12 %	8 869	8 547	-4 %	3 %
Personlighetsforstyrrelser	12 950	9 730	-25 %	6 %	11 563	8 480	-27 %	3 %
Rusrelaterte lidelser	7 298	3 924	-46 %	3 %	17 855	12 222	-32 %	4 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	23 490	21 920	-7 %	14 %	9 710	7 786	-20 %	2 %
<b>Totalsum</b>	<b>188 642</b>	<b>156 034</b>	<b>-17 %</b>		<b>337 505</b>	<b>326 170</b>	<b>-3 %</b>	

Tabell 24. Utvikling i antall liggedøgn innen VOP fordelt på diagnose og funksjon (DPS eller sykehus). Helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

Tabell 25 nedenfor viser utviklingen i gjennomsnittlig oppholdstid. Ved både DPS og sykehusfunksjoner er det en reduksjon i samlet oppholdstid, som i tillegg er differensiert over diagnosene.

Gjennomsnittlig oppholdstid innen VOP fordelt på funksjon og diagnose. Ved HF/sykehus med opptaksområde.							
Diagnose	DPS			Sykehus VOP			
	2016	2023	Endring	2016	2023	Endring	
Alkoholrelaterte lidelser	12,3	9,3	-24 %	4,8	2,4	-50 %	
Alvorlig depresjon	26,2	20,7	-21 %	30,1	24,6	-18 %	
Alvorlig psykisk lidelse	18,7	14,6	-22 %	28,6	28,8	1 %	
Angst	17,6	12,1	-31 %	14,9	9,3	-38 %	
Annet	20,4	15,8	-23 %	27,0	22,3	-17 %	
Mild/Moderat depresjon	16,5	13,6	-17 %	10,9	9,9	-10 %	
Personlighetsforstyrrelser	11,3	10,3	-9 %	7,5	5,5	-26 %	
Rusrelaterte lidelser	15,0	9,8	-35 %	10,2	6,0	-41 %	
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	12,6	11,4	-10 %	6,6	5,0	-23 %	
<b>Totalsum</b>	<b>16,8</b>	<b>13,7</b>	<b>-18 %</b>	<b>20,0</b>	<b>18,1</b>	<b>-9 %</b>	

Tabell 25. Utvikling i oppholdstid innen VOP fordelt på diagnose og funksjon (DPS eller sykehus). Helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

### 3.2.5. Reinnleggelse

Reinnleggelse er et kvalitetsmål innen psykisk helsevern voksen. Reinnleggelse er definert som en akutt sykehusinnleggelse som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivning fra et sykehus. I denne oversikten er overføringer mellom avdelingsopphold aggregert til sykehusopphold for å korrigere for ulike organisering av helseforetakene.

Tabell 26 nedenfor viser antall individer og opphold med reinnleggelse i VOP. Både antall individer og antall opphold med reinnleggelse er stabilt i perioden.

Antall og andel individer og opphold med reinnleggelse 2017-2023. VOP				
År	Individer		Opphold	
	Antall	Andel	Antall	Andel
2017	2 109	14,2 %	4 020	18,3 %
2018	2 125	14,3 %	4 330	19,4 %
2019	2 153	14,3 %	4 187	18,7 %
2020	2 084	14,3 %	4 134	19,6 %
2021	2 106	14,3 %	3 874	18,4 %
2022	2 202	14,3 %	4 094	18,5 %
2023	2 152	14,0 %	4 196	18,6 %

Tabell 26. Utvikling i antall individer og opphold med reinnleggelse i VOP. Helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

Tabell 27 nedenfor viser utviklingen i andel opphold som er reinnleggelse fordelt på helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. For alle årene er det variasjon mellom sykehusene.

Utvikling i andel opphold med reinnleggelse i VOP 2017-2023 ved helseforetak/sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Akershus universitetssykehus HF	15,6 %	18,9 %	18,1 %	21,2 %	18,3 %	16,4 %	17,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	12,8 %	16,3 %	13,2 %	13,4 %	15,7 %	16,1 %	13,7 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	19,9 %	18,2 %	18,1 %	17,8 %	19,4 %	18,9 %	17,4 %
Oslo universitetssykehus HF	10,8 %	10,1 %	8,7 %	9,8 %	11,2 %	11,7 %	12,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	18,5 %	21,5 %	19,7 %	21,3 %	21,2 %	26,9 %	24,0 %
Sykehuset Innlandet HF	12,6 %	14,2 %	14,4 %	15,1 %	19,3 %	18,6 %	18,1 %
Sykehuset Telemark HF	23,2 %	27,7 %	23,4 %	22,9 %	19,1 %	19,6 %	23,2 %
Sykehuset Østfold HF	18,3 %	19,1 %	20,8 %	20,6 %	17,1 %	16,9 %	17,5 %
Sørlandet sykehus HF	27,2 %	23,2 %	26,4 %	25,1 %	21,5 %	22,8 %	22,7 %
Vestre Viken HF	20,1 %	23,0 %	17,3 %	19,6 %	18,2 %	16,8 %	17,0 %
<b>Totalsum</b>	<b>18,3 %</b>	<b>19,4 %</b>	<b>18,7 %</b>	<b>19,6 %</b>	<b>18,4 %</b>	<b>18,5 %</b>	<b>18,6 %</b>

Tabell 27. Utvikling i andel opphold i VOP med reinnleggelse. Helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

Tabell 28 nedenfor viser utviklingen i andel opphold med reinnleggelse fordelt på diagnose.

Utvikling i andel av opphold med reinnleggelse fordelt på diagnose innen VOP ved helseforetak/sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst								Andel av reinnleggelse i 2023
Diagnose	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Alkoholrelaterte lidelser	16,0 %	16,5 %	15,9 %	18,1 %	17,7 %	17,9 %	15,8 %	4,0 %
Alvorlig depresjon	10,7 %	10,2 %	8,9 %	11,2 %	9,1 %	9,7 %	9,4 %	2,3 %
Alvorlig psykisk lidelse	19,6 %	21,3 %	19,8 %	20,3 %	19,8 %	18,7 %	18,6 %	31,9 %
Angst	9,9 %	10,6 %	10,0 %	11,9 %	11,5 %	14,6 %	12,5 %	2,0 %
Annet	15,5 %	16,8 %	15,2 %	15,7 %	16,6 %	15,3 %	17,1 %	16,0 %
Mild/Moderat depresjon	8,2 %	8,5 %	8,5 %	8,3 %	8,0 %	8,6 %	9,1 %	3,8 %
Personlighetsforstyrrelser	36,2 %	36,9 %	37,8 %	35,5 %	32,6 %	36,7 %	35,3 %	17,4 %
Rusrelaterte lidelser	22,4 %	23,8 %	23,3 %	25,9 %	24,8 %	24,6 %	24,9 %	12,5 %
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	16,0 %	15,9 %	16,9 %	19,6 %	15,4 %	15,1 %	15,2 %	10,2 %
<b>Totalsum</b>	<b>18,3 %</b>	<b>19,4 %</b>	<b>18,7 %</b>	<b>19,6 %</b>	<b>18,4 %</b>	<b>18,5 %</b>	<b>18,6 %</b>	

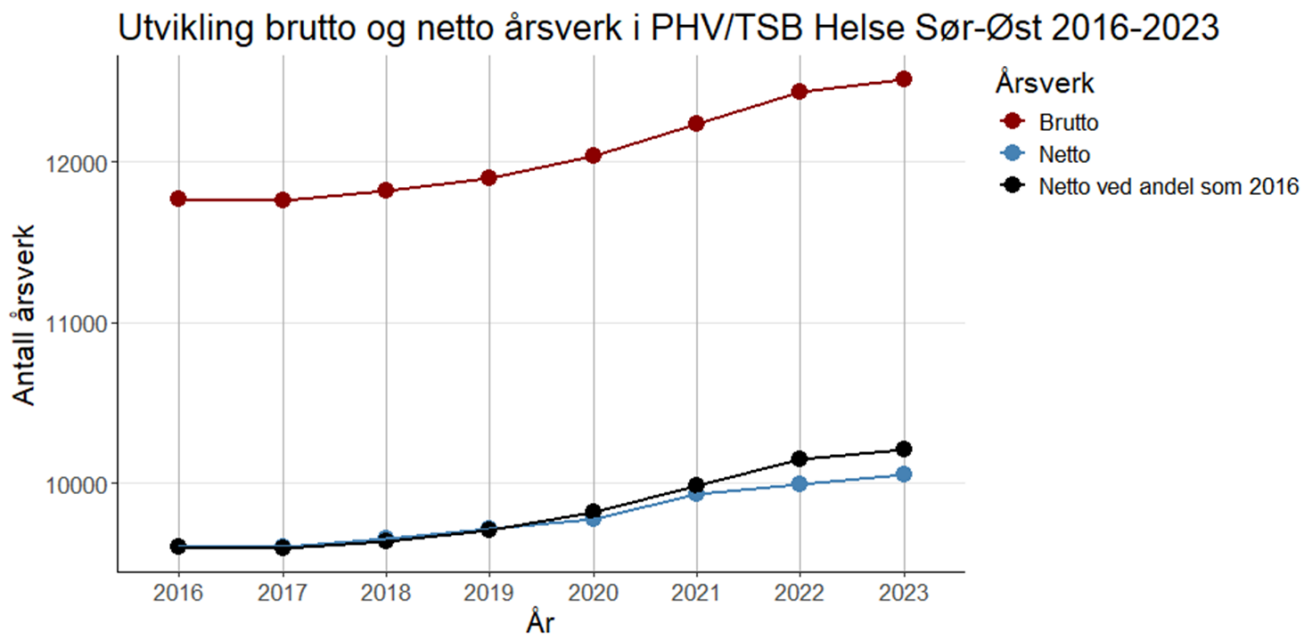
Tabell 28. Utvikling i andel opphold i VOP med reinnleggelse fordelt på diagnose. Helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

Tabellen viser betydelig forskjeller mellom diagnosekategoriene. 35% av oppholdene med personlighetsforstyrrelse er reinnleggelse, mens det ved alvorlig depresjon er 9% i 2023. Seksjon 5.3.1 om oppgavedeling belyser et fagutviklingsprogram ved Oslo universitetssykehus HF som har til hensikt å forbedre forløpene for pasienter med personlighetsforstyrrelse og akuttinnleggelser. Videreutviklingen av forløpene, benevnt «krisepakke», vil kunne bidra til å redusere reinnleggsrate.

## 4. Utvikling i helsepersonell og bemanningssammensetning

### 4.1. Utvikling brutto og netto årsverk

Utvikling i brutto og netto årsverk for PHV og TSB vises i figur 11 nedenfor. Det er en økning i brutto årsverk i perioden 2016 til 2019 og en sterkere økning fra 2020 til 2022. Utviklingen i netto årsverk er svakere, og indikerer større grad av fravær som er særlig tydelig i 2022 og 2023. For 2023 utgjør det reduserte antall netto årsverk, dersom andel netto av brutto var lik som i 2016, 150 netto årsverk.



Figur 11. Utvikling i brutt og netto årsverk PHV/TSB ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Tabell 29 nedenfor viser den regionale utviklingen i brutto og netto årsverk over tjenesteområder og funksjoner. Det er en samlet økning på 6,3% brutto og 4,7% netto årsverk. Den samlede relative andel netto/brutto er redusert fra 81,6 til 80,4%, og utviklingen med lavere andel netto årsverk observeres særlig i poliklinikk ved BUP og DPS. Samlet sett har BUP sterkest vekst i perioden. Dette er relatert til poliklinikk. Det observeres også en betydelig vekst i poliklinikk i DPS og TSB. Årsverk relatert til døgnbehandling for voksne i sykehus og TSB er stabil mens det er nedgang ved DPS og BUP døgn.



Utvikling i brutto og netto årsverk over tjenesteområder og funksjon						
Tjenesteområde og funksjon	Brutto årsverk			Netto årsverk		
	2016	2023	Endring i %	2016	2023	Endring i %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	2 068	2 418	16,9 %	1 656	1 902	14,9 %
BUP døgn	654	611	-6,6 %	525	486	-7,5 %
BUP poliklinikk	1 414	1 807	27,8 %	1 131	1 416	25,2 %
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere	1 697	1 791	5,5 %	1 373	1 427	3,9 %
TSB døgn	1 166	1 182	1,4 %	947	949	0,2 %
TSB poliklinikk	531	609	14,7 %	426	478	12,3 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, DPS og annen behandling	3 318	3 521	6,1 %	2 692	2 795	3,8 %
VOP DPS døgn	1 384	1 282	-7,3 %	1 131	1 035	-8,5 %
VOP DPS poliklinikk	1 934	2 238	15,8 %	1 561	1 760	12,8 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, sykehus	4 688	4 781	2,0 %	3 881	3 930	1,3 %
VOP sykehus	4 688	4 781	2,0 %	3 881	3 930	1,3 %
Total	11 770	12 511	6,3 %	9 602	10 054	4,7 %

Tabell 29. Utvikling i brutto og netto årsverk fordelt på tjenesteområde og funksjon ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Utviklingen over helseforetak vises i tabell 30 nedenfor. Her vises endringen fra 2019, siden det er større endringer i fordeling av opptaksområder med konsekvenser for fordeling av personell tidligere i perioden. Tabellen viser en differensiert utvikling, hvor det er sterkest vekst i antall årsverk ved Akershus universitetssykehus HF (en liten del av effekten vil kunne tilskrives overføring av Kongsvinger lokasjon fra Sykehuset Innlandet HF i begynnelsen av 2019) og Oslo universitetssykehus HF. Tabellen viser videre en ulik utvikling i andel netto av brutto årsverk, hvor særlig Oslo universitetssykehus HF i mindre grad har redusert andel netto årsverk, mens særlig Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF har en lavere grad av netto årsverk relativt til brutto årsverk. Det bemerkes at tabellen nedenfor ikke inkluderer innleie, slik at det vil komme i tillegg (som vist i seksjon om innleie, er det særlig Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF og Sørlandet sykehus HF som har større andel innleie).

Utvikling brutto og netto årsverk over helseforetak i perioden 2019-2023						
	Brutto årsverk			Netto årsverk		
	2019	2023	Endring i %	2019	2023	Endring i %
Akershus universitetssykeh	1 939	2 114	9,0 %	1 568	1 679	7,1 %
Oslo universitetssykehus H	2 321	2 537	9,3 %	1 886	2 038	8,1 %
Sykehuset Innlandet HF	1 684	1 684	0,0 %	1 374	1 366	-0,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	969	1 018	5,1 %	793	818	3,1 %
Sykehuset Østfold HF	1 165	1 205	3,5 %	960	962	0,2 %
Sørlandet sykehus HF	1 430	1 438	0,6 %	1 171	1 162	-0,7 %
Sykehuset Telemark HF	657	674	2,6 %	542	547	0,9 %
Vestre Viken HF	1 737	1 840	5,9 %	1 427	1 482	3,9 %
Total	11 901	12 511	5,1 %	9 719	10 054	3,4 %

Tabell 30. Utvikling i brutto og netto årsverk fordelt på helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

## 4.2. Alder

I overkant av 12% av brutto årsverk er i 2023 utført av ansatte over 60 år, mens 36% er utført av ansatte over 50. Dette innebærer at 4 532 brutto årsverk må forventes å måtte erstattes frem til 2040 som følge av alderspensjon. På årlig basis utgjør dette i gjennomsnitt 286 årsverk frem til 2040. Eventuelle endringer i pensjonsalder vil påvirke antall i forventet avgang. Tabell 31 nedenfor viser fordelingen i alder over tjeneste- og funksjonsområde. Det er noe høyere alder ved DPS enn gjennomsnittet, og noe lavere ved BUP.

	Brutto årsverk 2023 over alderskategorier, tjenesteområde og funksjon						Sum	Antall og andel over 50 år	Antall og andel over 60 år	
	20 år - 29 år	30 år - 39 år	40 år - 49 år	50 år - 59 år	60 år og eldre					
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	320	679	667	563	234	2 463	797	32,4 %	234	9,5 %
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere	254	420	445	439	215	1 774	655	36,9 %	215	12,1 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, DPS og annen behandling	397	838	911	849	517	3 512	1 366	38,9 %	517	14,7 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, sykehus	874	1 099	1 045	1 123	591	4 732	1 714	36,2 %	591	12,5 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 845</b>	<b>3 036</b>	<b>3 068</b>	<b>2 975</b>	<b>1 557</b>	<b>12 481</b>	<b>4 532</b>	<b>36,3 %</b>	<b>1 557</b>	<b>12,5 %</b>

Tabell 31. Utvikling i brutto årsverk over alderskategorier og tjenesteområde ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Fordelingen av alder over stillingskategorier vises i tabell 32 nedenfor. Det er særlig helsefagarbeidere som har en høy alder, men andelen helsefagarbeidere er relativt sett lav innen psykisk helsevern. Spesialsykepleiere er den andre stillingskategorien med særlig høy andel over 50 år.

	Brutto årsverk 2023 over alderskategorier og helseforetak							Sum	Antall og andel over 50 år	Antall og andel over 60 år	
	20 år - 29 år	30 år - 39 år	40 år - 49 år	50 år - 59 år	60 år - 67 år	Eldre enn 67 år					
Administrasjon/Ledelse	48	216	463	604	290	17	1 637	911	55,6 %	307	18,7 %
Helsefagarbeidar/hjelpepleiar	39	104	111	227	158	21	659	405	61,5 %	179	27,1 %
Leger	97	428	460	221	127	17	1 350	366	27,1 %	144	10,7 %
Overteger		158	358	202	122	17	859	341	39,7 %	139	16,2 %
Pasientrettede stillinger	708	740	825	814	359	44	3 490	1 217	34,9 %	403	11,5 %
Miljøterapeut	135	136	165	146	63	13	659	223	33,9 %	77	11,7 %
Pedagog	18	56	59	51	13	0	196	64	32,6 %	13	6,8 %
Sosionom	56	111	135	117	58	6	482	180	37,4 %	64	13,2 %
Vernepleier	172	199	181	178	60	5	795	244	30,7 %	66	8,3 %
Psykolog	428	827	445	260	109	8	2 077	376	18,1 %	116	5,6 %
Psykologspesialist	0	256	351	237	100	7	951	345	36,2 %	108	11,3 %
Sykepleier	528	721	764	849	371	37	3 270	1 257	38,4 %	408	12,5 %
Spesialsykepleier	54	257	468	609	292	29	1 711	930	54,4 %	321	18,8 %
Sykepleier	474	464	295	240	79	8	1 560	327	20,9 %	87	5,6 %

Tabell 32. Antall brutto årsverk i 2023 over alderskategorier og stillingskategori ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Fordeling av alder over helseforetak vises i tabell 33 nedenfor. Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Telemark HF har høyest andel over 50 år, i tillegg er Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF over regionalt gjennomsnitt.

	Brutto årsverk 2023 over alderskategorier og helseforetak						Sum	Antall og andel		Antall og andel	
	20 år - 29 år	30 år - 39 år	40 år - 49 år	50 år - 59 år	60 år - 67 år	Eldre enn 67 år		over 50 år	%	over 60 år	%
Akershus universitetssykehus HF	369	597	464	465	190	23	2 109	678	32,1 %	213	10,1 %
Oslo universitetssykehus HF	431	663	679	515	271	20	2 580	806	31,2 %	291	11,3 %
Sykehuset Innlandet HF	203	377	391	462	230	21	1 686	712	42,2 %	250	14,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	132	266	288	286	146	18	1 136	450	39,6 %	164	14,4 %
Sykehuset Østfold HF	182	268	299	308	132	15	1 205	455	37,8 %	147	12,2 %
Sørlandet sykehus HF	211	321	355	327	136	19	1 368	482	35,2 %	155	11,3 %
Sykehuset Telemark HF	74	148	167	174	89	10	662	272	41,1 %	98	14,8 %
Vestre Viken HF	250	429	465	452	235	19	1 850	705	38,1 %	253	13,7 %
Total	1 852	3 069	3 109	2 989	1 428	144	12 596	4 560	36,2 %	1 572	12,5 %

Tabell 33. Antall brutto årsverk i 2023 over alderskategorier ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

### 4.3. Bemanningssammensetning

Samtidig med en økning i årsverk, viser tabell 34 nedenfor at sammensetningen av personell er endret. Veksten i årsverk er i stor grad drevet av psykologer og leger i perioden. Det er en reduksjon i antall LIS-leger som indikerer utfordringer relatert til rekruttering. Det er en vekst for leger uten turnus. Dette er leger som ikke har gjennomført den obligatoriske LIS1-tjenesten som må være godkjent før en kan tilsettes i en LIS3 stilling (det er ikke LIS2 innen PHV/TSB). Samlet sett, innebærer utviklingen at relativt sett rimeligere årsverk er erstattet og økt med dyrere årsverk. Dette vil igjen gi en høyere kostnadsvekst enn årsverksantallet tilsier. For de spesifikke yrkesgruppene er det en vekst for sykepleiere, men en reduksjon i spesialsykepleiere. Det er usikkerhet relatert til tallene på spesialsykepleiere på grunn av endringer i flere utdanningsløp og hvordan dette registreres helseforetakene. Dette kan imidlertid indikere utfordringer relatert til å beholde spesialsykepleiere. Vernepleiere med og uten spesialutdanning viser en høy vekst i perioden.

	Endring i bemanningssammensetning 2016 og 2023 for PHV/TSB Helse Sør-Øst					
	Brutto årsverk			Netto årsverk		
	2016	2023	Endring %	2016	2023	Endring %
Administrasjon/Ledelse	1 687	1 798	6,6 %	1 394	1 470	5,4 %
Administrasjon/Ledelse	657	710	8,2 %	552	601	8,8 %
Helsesekretær	142	199	40,5 %	114	160	40,0 %
Merkantile stillinger	468	504	7,8 %	384	407	5,9 %
Sekretær	420	384	-8,6 %	344	303	-11,9 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	764	635	-16,9 %	624	520	-16,6 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	764	635	-16,9 %	624	520	-16,6 %
Leger	1 167	1 373	17,6 %	919	1 061	15,4 %
Lege uten turnus	8	79		8	71	
LIS-leger	469	404	-13,8 %	364	302	-17,2 %
Overleger	668	851	27,4 %	530	655	23,6 %
Turnusleger/LIS 1	22	38	76,1 %	17	33	95,5 %
Pasientrettede stillinger	3 270	3 299	0,9 %	2 767	2 756	-0,4 %
Andre pasientrettede stillinger	755	567	-24,8 %	681	509	-25,2 %
Miljøarbeider	213	290	36,4 %	191	256	34,1 %
Miljøterapeut	742	667	-10,1 %	618	564	-8,7 %
Pasientrettede stillinger	118	105	-11,3 %	94	88	-6,2 %
Pedagog	286	323	12,7 %	231	256	10,6 %
Pleiemedhjelper	148	103	-30,4 %	142	92	-35,0 %
Sosionom	462	477	3,3 %	367	381	3,7 %
Vernepleier	327	451	38,0 %	266	361	35,6 %
Vernepleier m/spesial utdannin	219	316	44,0 %	176	248	40,7 %
Psykologer	1 543	2 018	30,8 %	1 206	1 555	28,9 %
Psykolog	786	1 094	39,3 %	616	847	37,6 %
Psykologspesialist	757	924	22,1 %	591	708	19,9 %
Sykepleier	3 154	3 234	2,5 %	2 532	2 562	1,2 %
Spesialsykepleier	1 858	1 705	-8,3 %	1 487	1 352	-9,1 %
Sykepleier	1 296	1 530	18,0 %	1 045	1 210	15,8 %
<b>Totalsum</b>	<b>11 770</b>	<b>12 511</b>	<b>6,3 %</b>	<b>9 602</b>	<b>10 054</b>	<b>4,7 %</b>

Tabell 34. Antall brutto og netto årsverk over stillingskategorier i 2016 og 2023 innen PHV og TSB, ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Liknende tabeller for de ulike tjenesteområdene vises fortløpende nedenfor. I BUP (tabell 35) er det en samlet vekst på om lag 17% i brutto årsverk, med en differensiert utvikling over yrkesgrupper. Det er en uttalt vekst i brutto årsverk for psykologer (70%), overleger (54%), sykepleiere (57%), vernepleiere med spesialutdanning (55%) og pedagoger (33%). Det er parallelt en nedgang i brutto årsverk for miljøterapeuter og andre pasientrettede stillinger.

Endring i bemanningssammensetning 2016 og 2023 for BUP Helse Sør-Øst						
	Brutto årsverk			Netto årsverk		
	2016	2023	Endring %	2016	2023	Endring %
Administrasjon/Ledelse	330	398	20,6 %	277	323	16,6 %
Administrasjon/Ledelse	111	146	30,7 %	96	123	27,5 %
Helsesekretær	24	51	114,1 %	20	42	111,5 %
Merkantile stillinger	91	88	-2,7 %	74	70	-5,5 %
Sekretær	103	112	8,4 %	87	89	2,0 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	5	5	-8,2 %	5	*	*
Helsefagarbeider/hjelpepleier	5	5	-8,2 %	5	*	*
Leger	206	288	40,0 %	160	217	36,1 %
Lege uten turnus	0	10			8	
LIS-leger	93	101	9,1 %	72	72	0,8 %
Overleger	113	174	53,9 %	88	134	52,4 %
Turnusleger/LIS 1	*	*	*		3	*
Pasientrettede stillinger	774	742	-4,2 %	633	599	-5,5 %
Andre pasientrettede stillinger	55	41	-25,0 %	47	35	-25,4 %
Miljøarbeider	16	16	-1,0 %	14	14	0,2 %
Miljøterapeut	259	186	-28,3 %	214	152	-28,9 %
Pasientrettede stillinger	*	*	*	*	*	*
Pedagog	247	285	15,5 %	199	226	14,1 %
Pleiemedhjelper	9	*	*	9	*	*
Sosionom	116	115	-0,7 %	94	91	-2,7 %
Vernepleier	38	46	20,3 %	30	37	21,4 %
Vernepleier m/spesial utdanning	30	46	55,2 %	24	37	58,4 %
Psykologer	527	717	36,0 %	405	551	36,0 %
Psykolog	224	382	70,8 %	172	297	72,4 %
Psykologspesialist	304	335	10,3 %	233	254	9,2 %
Sykepleier	196	245	24,7 %	152	187	23,2 %
Spesialsykepleier	123	129	5,2 %	95	101	6,9 %
Sykepleier	74	116	57,4 %	57	85	50,3 %
<b>Totalsum</b>	<b>2 068</b>	<b>2 418</b>	<b>16,9 %</b>	<b>1 656</b>	<b>1 902</b>	<b>4,7 %</b>

\*Anonymisert

Tabell 35. Antall brutto og netto årsverk over stillingskategorier i 2016 og 2023 innen BUP, ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP. Anonymisert betyr at det er <5 personer innen kategorien.

I TSB (tabell 36) er veksten i brutto årsverk svakere, og er på om lag 6%. Det er særlig en vekst av sykepleiere (32%), psykologspesialister (24%), overleger (32%) og vernepleiere med spesialutdanning (42%). Sosionomer, som er en ren sosialfaglig utdanning, viser en vekst i TSB på 9%. Det er en reduksjon i LIS-leger, psykologer, helsefagarbeidere og miljøterapeuter.

Endring i bemanningssammensetning 2016 og 2023 for TSB Helse Sør-Øst						
	Brutto årsverk			Netto årsverk		
	2016	2023	Endring %	2016	2023	Endring %
Administrasjon/Ledelse	253	270	6,7 %	206	222	7,9 %
Administrasjon/Ledelse	98	106	8,9 %	79	91	15,1 %
Helsesekretær	8	15	82,0 %	6	12	99,1 %
Merkantile stillinger	93	103	10,6 %	77	81	5,3 %
Sekretær	54	46	-15,2 %	44	38	-12,9 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	47	38	-19,7 %	39	32	-19,0 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	47	38	-19,7 %	39	32	-19,0 %
Leger	120	148	23,0 %	95	112	17,8 %
Lege uten turnus	*	20	*	*	18	800,1 %
LIS-leger	54	45	-17,0 %	41	32	-20,1 %
Overleger	63	83	31,7 %	52	62	20,0 %
Turnusleger/LIS 1	*	*	*	*	*	*
Pasientrettede stillinger	578	533	-7,8 %	476	430	-9,5 %
Andre pasientrettede stillinger	94	54	-42,8 %	80	48	-40,3 %
Miljøarbeider	57	42	-25,6 %	51	37	-27,5 %
Miljøterapeut	123	95	-22,8 %	101	77	-23,6 %
Pasientrettede stillinger	5	*	*	*	*	*
Pedagog	28	24	-12,5 %	23	19	-17,7 %
Pleiemedhjelper	5	*	-84,8 %	5	*	-84,4 %
Sosionom	166	181	8,9 %	133	145	9,7 %
Vernepleier	66	85	28,3 %	53	66	25,9 %
Vernepleier m/spesial utdanning	35	49	42,4 %	28	35	25,3 %
Psykologer	211	212	0,6 %	164	162	-1,3 %
Psykolog	131	113	-13,6 %	101	89	-12,2 %
Psykologspesialist	79	99	24,0 %	63	73	16,1 %
Sykepleier	465	561	20,6 %	374	445	18,9 %
Spesialsykepleier	227	246	8,7 %	182	196	7,8 %
Sykepleier	238	314	31,9 %	193	249	29,4 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 697</b>	<b>1 791</b>	<b>5,5 %</b>	<b>1 373</b>	<b>1 427</b>	<b>3,9 %</b>

Tabell 36. Antall brutto og netto årsverk over stillingskategorier i 2016 og 2023 innen TSB, ved helseforetak i Helse Sør-Øst. \* = Anonymisert betyr at det er <5 personer innen kategorien. Kilde: RDAP.

For DPS (tabell 37) er det samlet vekst i brutto årsverk på 6%, og veksten er særlig relatert til psykologer (38%) og leger (24%). Det er en høy prosentuell vekst for vernepleiere med spesialutdanning, men disse utgjør en relativt sett mindre del av bemanningen. Det er en nedgang i sykepleiere på -6%, og dette gjelder særlig spesialsykepleiere.

Endring i bemannings sammensetning 2016 og 2023 for DPS Helse Sør-Øst						
	Brutto årsverk			Netto årsverk		
	2016	2023	Endring %	2016	2023	Endring %
Administrasjon/Ledelse	522	555	6,4 %	430	447	3,8 %
Administrasjon/Ledelse	199	216	8,9 %	169	181	7,0 %
Helsesekretær	79	106	33,9 %	64	85	32,9 %
Merkantile stillinger	93	102	9,7 %	75	82	8,9 %
Sekretær	150	130	-13,5 %	122	99	-18,8 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	230	131	-43,0 %	188	108	-42,4 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	230	131	-43,0 %	188	108	-42,4 %
Leger	354	440	24,3 %	282	341	20,7 %
Lege uten turnus	*	16	*	*	14	*
LIS-leger	95	102	7,6 %	76	78	3,4 %
Overleger	257	322	25,4 %	204	248	21,5 %
Turnusleger/LIS 1	*	*	*	*	*	*
Pasientrettede stillinger	536	537	0,2 %	446	444	-0,4 %
Andre pasientrettede stillinger	86	72	-17,1 %	79	62	-20,8 %
Miljøarbeider	17	19	8,4 %	16	17	8,2 %
Miljøterapeut	115	116	1,0 %	97	102	5,2 %
Pasientrettede stillinger	47	40	-14,0 %	38	35	-10,3 %
Pedagog	8	8	-2,8 %	7	6	-10,1 %
Pleiemedhjelper	4	*	*	*	*	*
Sosionom	111	103	-6,7 %	87	79	-8,8 %
Vernepleier	76	73	-4,3 %	62	60	-3,5 %
Vernepleier m/spesial utdannin	71	104	47,0 %	56	81	45,6 %
Psykologer	634	877	38,4 %	500	676	35,2 %
Psykolog	365	530	45,4 %	289	406	40,5 %
Psykologspesialist	269	347	29,0 %	211	270	28,0 %
Sykepleier	1 012	957	-5,5 %	819	759	-7,3 %
Spesialsykepleier	718	666	-7,2 %	580	525	-9,4 %
Sykepleier	295	291	-1,3 %	239	234	-2,2 %
<b>Totalsum</b>	<b>3 318</b>	<b>3 521</b>	<b>6,1 %</b>	<b>2 692</b>	<b>2 795</b>	<b>3,8 %</b>

Tabell 37. Antall brutto og netto årsverk over stillingskategorier i 2016 og 2023 ved DPS i Helse Sør-Øst. \*= Anonymisert betyr at det er <5 personer innen kategorien. Kilde: RDAP.

For PHV VOP sykehusfunksjoner (tabell 38) er det en svak vekst på 2% i brutto årsverk i perioden. Det er en stabilitet i sykepleiere, men en større utskiftning av spesialsykepleiere mot sykepleiere. Det er en særlig økning i vernepleiere (69%), vernepleiere med spesialutdanning (38%) og psykologer (24%). LIS-leger er redusert (-30%) og overleger viser en vekst på 15%.

Endring i bemanningssammensetning 2016 og 2023 for VOP sykehus Helse Sør-Øst	Brutto årsverk			Netto årsverk		
	2016	2023	Endring %	2016	2023	Endring %
	Administrasjon/Ledelse	582	576	-1,1 %	481	478
Administrasjon/Ledelse	249	242	-2,7 %	207	206	-0,7 %
Helsesekretær	30	27	-11,3 %	25	21	-13,5 %
Merkantile stillinger	191	211	10,5 %	158	174	10,0 %
Sekretær	112	96	-14,6 %	90	76	-15,5 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	480	460	-4,2 %	393	377	-4,2 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	480	460	-4,2 %	393	377	-4,2 %
Leger	486	496	2,1 %	382	391	2,2 %
Lege uten turnus	5	33	546,4 %	5	30	514,6 %
LIS-leger	227	156	-31,2 %	176	118	-32,7 %
Overleger	235	272	15,7 %	186	211	13,4 %
Turnusleger/LIS 1	19	35	84,0 %	15	30	105,4 %
Pasientrettede stillinger	1 381	1 487	7,7 %	1 212	1 283	5,8 %
Andre pasientrettede stillinger	519	401	-22,8 %	475	364	-23,4 %
Miljøarbeider	123	214	73,8 %	111	189	70,1 %
Miljøterapeut	245	271	10,4 %	206	233	12,8 %
Pasientrettede stillinger	62	59	-5,1 %	50	49	-0,8 %
Pedagog	*	5	*	*	*	*
Pleiemedhjelper	129	97	-24,7 %	124	87	-29,7 %
Sosionom	70	78	12,3 %	54	64	20,3 %
Vernepleier	146	247	69,1 %	121	198	63,4 %
Vernepleier m/spesial utdannin	85	117	38,4 %	69	94	37,1 %
Psykologer	171	213	24,4 %	137	166	21,2 %
Psykolog	66	69	4,3 %	53	56	4,1 %
Psykologspesialist	105	144	36,9 %	83	110	32,2 %
Sykepleier	1 481	1 472	-0,6 %	1 187	1 171	-1,4 %
Spesialsykepleier	791	663	-16,2 %	631	529	-16,1 %
Sykepleier	689	809	17,3 %	557	642	15,3 %
Totalsum	4 688	4 781	2,0 %	3 881	3 930	1,3 %

\*Anonymisert

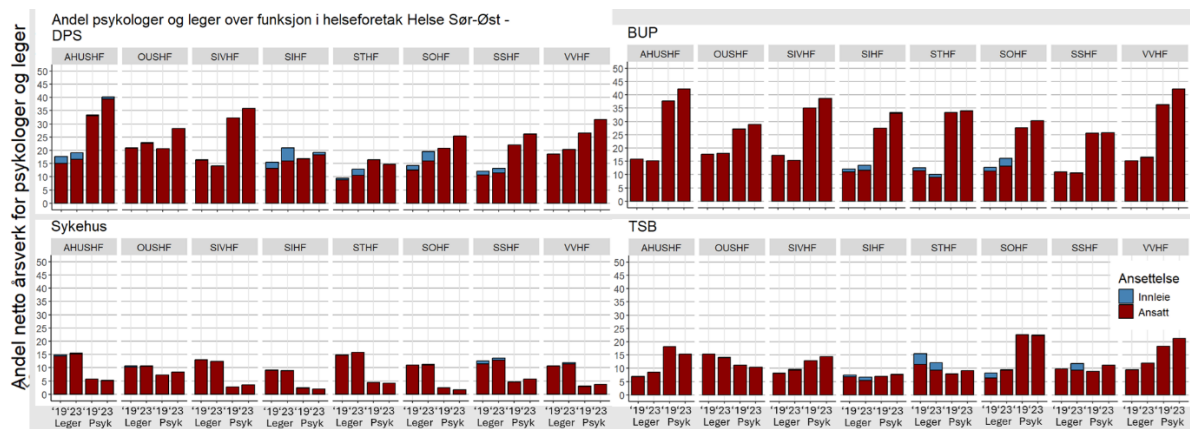
Tabell 38. Antall brutto og netto årsverk over stillingskategorier i 2016 og 2023 ved VOP-sykehusfunksjoner i Helse Sør-Øst. Anonymisert betyr at det er <5 personer innen kategorien. Kilde: RDAP.

Endringen i bemanningssammensetning består i hovedsak av flere fagutdannede på bekostning av ikke-fagutdannede. For alle tjenesteområdene er det en gjennomgående utvikling med økning i psykologer og vernepleiere, mens utviklingen for sykepleiere og leger er bekymringsfull. Det er en vekst for sykepleiere (18%), men ikke spesialsykepleiere (-8%). Dette kan indikere at man fremdeles evner å rekruttere sykepleiere, men at det er utfordringer med å beholde. For leger er utviklingen motsatt, hvor veksten i LIS-leger ikke er tilstrekkelig mens det er en positiv økning i antall overleger. Denne ønskede vridningen i sammensetning av bemanning har bidratt til økt kvalitet i tjenestene.

Økningen i leger og psykologer i DPS og BUP påvirker bemanningssammensetningen og innholdet i tjenesten. Figur 12 nedenfor viser andel av netto årsverk for leger og psykologer over helseforetak i Helse Sør-Øst. Tallene inkluderer innleie (årsverk innleie



er basert på gjennomsnittspris 2023 per stillingsgruppe korrigert tilbake til 2019 for konsumprisindeks og timeantall tilsvarende 1950 timer).



Figur 12. Andel leger og psykologer over funksjon ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Tabell 39 nedenfor viser en mer detaljert oversikt eks. innleie og sammenstillter andel brutto årsverk for leger og psykologer av totale kliniske årsverk ved helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2019 og 2023.

Andel brutto årsverk for leger og psykologer over funksjoner, tjenesteområder og helseforetak i Helse Sør-Øst 2019 og 2023																
	Akershus universitets-sykehus HF		Oslo universitets-sykehus HF		Sykehuset Innlandet HF		Sykehuset i Vestfold HF		Sykehuset Østfold HF		Sørlandet sykehus HF		Sykehuset Telemark HF		Vestre Viken HF	
	2019	2023	2019	2023	2019	2023	2019	2023	2019	2023	2019	2023	2019	2023	2019	2023
<b>BUP</b>																
Overleger	6,7%	7,3%	10,0%	10,2%	6,5%	6,1%	11,0%	10,2%	7,9%	8,6%	6,7%	6,9%	5,6%	6,0%	9,6%	11,8%
LIS-leger	9,6%	5,1%	7,6%	8,0%	5,5%	4,1%	5,8%	5,4%	4,3%	3,2%	5,8%	3,0%	5,8%	3,4%	5,6%	5,1%
Sum leger	16,3%	12,4%	17,6%	18,2%	12,0%	10,3%	16,8%	15,6%	12,2%	11,9%	12,5%	9,9%	11,4%	9,4%	15,3%	16,9%
Psykologer	19,3%	25,1%	11,6%	12,8%	13,0%	17,8%	14,8%	15,4%	10,2%	14,0%	15,8%	15,9%	21,8%	25,4%	13,4%	24,1%
Psykologspesialist	19,7%	18,0%	16,0%	16,6%	14,4%	16,5%	21,5%	24,4%	18,2%	15,9%	11,3%	10,7%	12,1%	11,7%	23,3%	17,5%
Sum psykologer	39,0%	43,1%	27,5%	29,4%	27,4%	34,3%	36,3%	39,8%	28,5%	29,9%	27,1%	26,6%	33,9%	37,1%	36,8%	41,6%
Sum leger og psykologer	55,3%	55,5%	45,2%	47,7%	39,4%	44,5%	53,1%	55,4%	40,7%	41,8%	39,6%	36,5%	45,3%	46,5%	52,0%	58,5%
Brutto årsverk	336	388	289	357	212	235	147	172	178	190	172	191	100	116	296	349
<b>TSB</b>																
Overleger	3,2%	4,1%	7,2%	8,2%	3,8%	2,6%	5,1%	6,4%	2,9%	4,4%	3,8%	3,8%	6,6%	7,4%	5,7%	7,1%
LIS-leger	2,5%	3,6%	8,2%	3,9%	3,0%	0,8%	2,9%	2,1%	3,9%	3,6%	6,0%	3,0%	2,0%	0,7%	2,9%	3,8%
Sum leger	5,7%	7,7%	15,4%	12,1%	6,8%	3,4%	8,0%	8,5%	6,9%	8,0%	9,8%	6,9%	8,6%	8,1%	8,6%	10,9%
Psykologer	14,5%	7,7%	5,6%	6,3%	4,9%	3,5%	7,8%	7,6%	15,1%	12,7%	6,1%	5,9%	5,8%	9,2%	9,9%	11,7%
Psykologspesialist	3,9%	7,7%	6,0%	5,5%	2,4%	4,8%	5,7%	7,1%	9,6%	8,7%	2,9%	6,1%	4,0%	0,0%	7,4%	9,7%
Sum psykologer	18,3%	15,4%	11,6%	11,8%	7,3%	8,3%	13,5%	14,7%	24,7%	21,4%	9,0%	12,1%	9,7%	9,2%	17,3%	21,5%
Sum leger og psykologer	24,1%	23,1%	26,9%	23,9%	14,0%	11,6%	21,6%	23,3%	31,6%	29,4%	18,8%	18,9%	18,3%	17,2%	25,9%	32,3%
Brutto årsverk	212	224	323	352	183	186	157	162	134	143	209	202	51	50	181	173
<b>VOP DPS</b>																
Overleger	9,6%	10,0%	14,8%	15,9%	8,9%	9,6%	10,6%	10,7%	7,1%	9,9%	7,3%	8,8%	8,2%	8,2%	11,7%	13,9%
LIS-leger	5,6%	4,5%	6,9%	7,5%	5,0%	1,2%	5,6%	3,2%	5,6%	2,5%	3,5%	1,0%	0,5%	0,0%	6,4%	5,7%
Sum leger	15,2%	14,4%	21,7%	23,3%	13,8%	10,8%	16,2%	13,9%	12,7%	12,4%	10,8%	9,8%	8,7%	8,2%	18,1%	19,6%
Psykologer	19,0%	24,8%	12,1%	19,0%	10,7%	13,3%	18,2%	23,7%	12,3%	16,7%	15,9%	16,0%	10,6%	6,0%	11,6%	17,7%
Psykologspesialist	16,4%	15,3%	9,6%	9,7%	6,6%	6,3%	13,6%	13,8%	8,5%	10,8%	9,6%	11,5%	6,4%	8,6%	16,0%	14,7%
Sum psykologer	35,5%	40,1%	21,6%	28,6%	17,2%	19,6%	31,8%	37,5%	20,8%	27,5%	25,4%	27,5%	17,0%	14,6%	27,7%	32,4%
Sum leger og psykologer	50,7%	54,5%	43,3%	52,0%	31,0%	30,4%	48,0%	51,3%	33,5%	39,9%	36,2%	37,2%	25,7%	22,9%	45,7%	52,0%
Brutto årsverk	534	591	278	314	442	392	228	238	329	328	398	402	207	201	474	477
<b>VOP sykehus</b>																
Overleger	7,5%	8,0%	6,8%	7,5%	5,6%	5,6%	6,4%	6,0%	6,4%	6,6%	5,0%	5,0%	5,2%	6,3%	6,2%	5,9%
LIS-leger	5,3%	3,0%	3,8%	3,1%	3,6%	2,6%	6,6%	5,1%	4,7%	2,4%	6,1%	5,8%	8,4%	7,1%	5,0%	4,8%
Sum leger	12,8%	10,9%	10,6%	10,6%	9,2%	8,2%	13,0%	11,1%	11,1%	9,0%	11,1%	10,8%	13,6%	13,4%	11,2%	10,7%
Psykologer	3,1%	3,1%	2,4%	2,9%	0,7%	0,1%	0,0%	0,8%	0,4%	0,3%	1,2%	1,5%	1,3%	1,2%	1,2%	1,0%
Psykologspesialist	3,0%	2,5%	5,3%	5,9%	1,5%	1,9%	2,8%	2,9%	1,9%	1,8%	3,9%	4,2%	3,4%	2,8%	1,9%	2,7%
Sum psykologer	6,0%	5,6%	7,8%	8,9%	2,2%	2,0%	2,8%	3,7%	2,3%	2,0%	5,1%	5,7%	4,7%	4,0%	3,0%	3,7%
Sum leger og psykologer	18,8%	16,5%	18,4%	19,4%	11,3%	10,2%	15,8%	14,8%	13,5%	11,0%	16,2%	16,5%	18,3%	17,5%	14,2%	14,4%
Brutto årsverk	558	582	1001	1081	566	573	275	282	385	398	429	437	197	212	547	564

Tabell 39. Andel brutto årsverk for leger og psykologer over funksjoner, tjenesteområde og helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Andel leger og psykologer i DPS ved Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF har økt fra 47 til 53% i perioden 2019 til 2023, mens i de resterende helseforetak er veksten fra 37 til 40%. For BUP er samme utvikling henholdsvis 51 til 54% og 43 til 45%. For helseforetakene med tydeligst vekst, er denne utviklingen drevet av faglige prioriteringer. For de helseforetakene som ligger lavt, illustrerer det rekrutteringsproblemer. De har også ønsket økning i leger og psykologer, men mangel på disse faggruppene kompenseres dels ved innleie og dels ved bruk av andre personellgrupper. Dette utfordrer også spørsmålet om likeverdige tjenester. De foretakene som ligger lavt, ønsker en økning i leger og psykologer utover det som de har i dag. Det vurderes at andelen spesialister bør være noe høyere enn disse foretakene har i dag. Det har konsekvenser for utdanningsbehovet fremover.

#### 4.4. Innleie

En observert endring over de siste år har vært en stadig økende bruk av innleie. Tabell 40 nedenfor viser utviklingen av kostnader til innleie og andel innleie av totale lønnskostnader for helseforetakene over tjenesteområder og funksjon. En foreløpig omregning til årsverk indikerer et innleievolum på om lag 100 årsverk. Tabellen viser at det er forskjeller mellom helseforetakene.

Helseforetak	2019	2020	2021	2022	2023
Ahus	43 175 831	38 430 299	39 792 175	62 117 233	56 345 063
OUS	13 170 898	9 389 180	12 279 915	5 810 170	7 730 737
SI	35 231 079	33 882 804	63 721 777	75 355 857	83 539 153
SIV	1 148 841	1 208 657	4 604 074	3 752 970	1 848 801
SS	23 480 887	38 292 665	32 253 599	36 768 133	45 130 219
ST	11 128 514	13 162 207	11 413 325	24 601 257	20 543 371
SØ	24 344 907	34 714 628	47 050 742	56 064 248	64 422 403
VV	950 733	4 547 185	20 183 206	18 825 576	7 519 334
<b>Totalsum</b>	<b>152 631 690</b>	<b>173 627 626</b>	<b>231 298 813</b>	<b>283 295 443</b>	<b>287 079 080</b>

Innleie som andel av lønnskostnader	2019	2020	2021	2022	2023
Ahus	3,5 %	3,0 %	3,0 %	4,4 %	3,7 %
OUS	0,9 %	0,6 %	0,7 %	0,3 %	0,4 %
SI	3,3 %	3,1 %	5,7 %	6,6 %	7,1 %
SIV	0,2 %	0,2 %	0,7 %	0,6 %	0,3 %
SS	2,8 %	4,5 %	3,6 %	3,9 %	4,7 %
ST	2,8 %	3,2 %	2,6 %	5,4 %	4,3 %
SØ	3,4 %	4,7 %	6,1 %	7,0 %	7,7 %
VV	0,1 %	0,4 %	1,7 %	1,5 %	0,6 %
<b>Totalsum</b>	<b>2,0 %</b>	<b>2,2 %</b>	<b>2,8 %</b>	<b>3,3 %</b>	<b>3,1 %</b>

Tabell 40 Utvikling i kostnader til innleie og andel innleie av lønnskostnader ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: Rapportering til HSØ.

Innleie innen disse tjenesteområdene er primært leger og i hovedsak til drift av DPS poliklinikk. Tabell 41 nedenfor viser en grovfordeling av funksjoner, hvor innleie utgjør 7% av den samlede regionale lønnskostnaden ved DPS (tabellen inkluderer lønnskostnader til DPS døgn). Endringen over tid er betydelig, og kostnaden har doblet seg siden 2019.

Helseforetak	2019	2020	2021	2022	2023
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	13 477 731	14 975 921	31 920 067	37 449 563	34 181 871
RUS - Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere	13 158 488	13 112 345	22 365 093	24 191 190	27 839 000
VOP - Psykisk helsevern for voksne, Distriktpsikiatriske sentra	92 183 556	108 909 453	136 448 972	172 566 214	178 586 920
VOP - Psykisk helsevern for voksne, sykehus og annen behandling	33 811 915	36 629 907	40 564 681	49 088 476	46 471 288
<b>Totalsum</b>	<b>152 631 690</b>	<b>173 627 626</b>	<b>231 298 813</b>	<b>283 295 443</b>	<b>287 079 080</b>
Innleie som andel av lønnskostnader	2019	2020	2021	2022	2023
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	1,0 %	1,0 %	2,0 %	2,2 %	1,9 %
RUS - Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere	1,3 %	1,2 %	2,0 %	2,1 %	2,3 %
VOP - Psykisk helsevern for voksne, Distriktpsikiatriske sentra	4,2 %	4,9 %	5,9 %	7,1 %	7,0 %
VOP - Psykisk helsevern for voksne, sykehus og annen behandling	1,1 %	1,2 %	1,3 %	1,5 %	1,3 %
<b>Totalt</b>	<b>2,0 %</b>	<b>2,2 %</b>	<b>2,8 %</b>	<b>3,3 %</b>	<b>3,1 %</b>
Beløp - kontogruppe/helseforetak	2019	2020	2021	2022	2023
<b>4681 - Innleide leger fra vikarbyrå</b>	<b>141 717 799</b>	<b>159 904 708</b>	<b>182 657 340</b>	<b>230 777 978</b>	<b>245 646 565</b>
Ahus	38 498 574	35 553 218	31 729 109	42 376 461	44 320 090
OUS	9 957 540	6 429 609	5 383 065	2 395 085	6 617 914
SI	33 393 557	31 289 886	46 391 708	65 647 216	72 197 200
SIV	1 356 460	96 084	2 968 385	1 542 231	1 421 340
SS	23 018 445	38 063 900	32 138 086	36 751 283	43 971 876
ST	11 104 744	12 162 751	9 753 091	23 487 563	19 758 819
SØ	24 331 873	34 451 180	43 179 605	43 598 475	50 039 247
VV	56 606	1 858 079	11 114 291	14 979 664	7 320 081
<b>4680 - Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)</b>	<b>3 032 889</b>	<b>6 056 956</b>	<b>21 711 611</b>	<b>30 009 135</b>	<b>16 216 987</b>
Ahus	129 834	415 872	3 209 108	7 594 854	394 231
OUS	2 412 203	2 368 001	5 723 609	2 747 234	358 183
SI	-	125 600	190 231	94 707	8 623
SIV	207 619	1 112 573	1 635 689	2 210 739	427 461
SS	7 000	-	-	13 840	-
ST	23 770	999 456	1 660 233	1 113 694	784 553
SØ	-	263 447	3 761 643	12 427 361	14 044 684
VV	667 701	772 007	5 531 098	3 806 706	199 253
<b>4682 - Innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå</b>	<b>7 881 001</b>	<b>7 665 962</b>	<b>26 929 861</b>	<b>22 508 330</b>	<b>25 215 528</b>
Ahus	4 547 423	2 461 210	4 853 958	12 145 918	11 630 742
OUS	801 156	591 570	1 173 241	667 850	754 640
SI	1 837 522	2 467 319	17 139 839	9 613 934	11 333 331
SS	455 441	228 765	115 513	3 010	1 158 344
SØ	13 034	-	109 494	38 412	338 472
VV	226 426	1 917 099	3 537 817	39 206	-
<b>Totalsum</b>	<b>152 631 690</b>	<b>173 627 626</b>	<b>231 298 813</b>	<b>283 295 443</b>	<b>287 079 080</b>

Tabell 41 Utvikling i kostnader til innleie og andel innleie av lønnskostnader over tjenesteområder, samt innleiekostnader for leger ved helseforetak i Helse Sør-Øst 2019-2023. Kilde: Rapportering til HSØ.

Omregning til årsverk er vist i tabell 42 nedenfor. Netto årsverk er beregnet basert på snitt timepris per stillingsgruppe i 2023 og 1950 timer. Brutto årsverk er beregnet basert på netto/0,8. Årsaken til at vi gjør denne transformasjonen er at det vil kreve et høyere årsverksantall å omgjøre innleie til ordinære stillinger (e.g. ferie, sykefravær etc.)

Omregning av kostnader til innleie til netto og brutto årsverk for helseforetak i Helse Sør-Øst						
Helseforetak	Netto årsverk			Brutto årsverk		
	Leger	Pleiepersonell	Psykologer	Leger	Pleiepersonell	Psykologer
Akershus universitetssykehus HF	13,6	0,2	4,3	17,0	0,2	5,3
Oslo universitetssykehus HF	2,0	0,2	0,3	2,5	0,2	0,3
Sykehuset Innlandet HF	22,2	0,0	4,2	27,7	0,0	5,2
Sykehuset i Vestfold HF	0,4	0,2		0,5	0,3	0,0
Sørlandet sykehus HF	13,5	0,0	0,4	16,9	0,0	0,5
Sykehuset Telemark HF	6,1	0,4		7,6	0,5	0,0
Sykehuset Østfold HF	15,4	7,1	0,1	19,2	8,9	0,2
Vestre Viken HF	2,3	0,1	0,0	2,8	0,1	0,0
Helse Sør-Øst	75,5	8,2	9,3	94,4	10,2	11,6

Tabell 42 Omregning av kostnader til innleie til netto og brutto årsverk ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: Egen beregning basert på rapportering til HSØ.

## 4.5. Sykefravær

Som vist tidligere, er det en svakere vekst i netto årsverk sammenlignet med brutto årsverk. Dette indikerer at fraværet har økt. Tabell 43 nedenfor viser sykefravær i %. Det er en samlet økning fra 8,3% i 2016 til 9,9% i 2023. Økningen er kommet fra 2019. Det er her ikke korrigert for endringer i alders- og kjønnsammensetning. Sykefraværet i PHV/TSB er i 2023 høyere enn det samlede fraværet i helseforetakene i Helse Sør-Øst (8,6%).

Utvikling sykefravær for helseforetak i Helse Sør-Øst 2016 til 2023								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Korttidsfravær (0-16 dager)</b>								
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	2,6 %	2,7 %	2,7 %	2,7 %	2,9 %	2,8 %	3,9 %	3,2 %
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere	2,9 %	3,0 %	2,9 %	2,9 %	3,3 %	3,1 %	4,0 %	3,4 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, DPS og annen behandling	2,8 %	2,7 %	2,7 %	2,6 %	3,1 %	2,9 %	3,7 %	3,2 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, sykehus	2,8 %	2,7 %	2,8 %	2,7 %	3,1 %	3,1 %	3,9 %	3,3 %
Total	2,8 %	2,7 %	2,8 %	2,7 %	3,1 %	3,0 %	3,9 %	3,3 %
<b>Langtidsfravær (mer enn 16 dager)</b>								
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	5,7 %	5,6 %	5,9 %	5,2 %	5,4 %	6,1 %	5,7 %	6,7 %
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere	6,2 %	5,8 %	5,6 %	6,3 %	6,7 %	6,4 %	6,5 %	7,5 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, DPS og annen behandling	5,8 %	6,0 %	5,8 %	5,8 %	6,5 %	6,3 %	6,6 %	7,1 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, sykehus	5,0 %	5,4 %	5,7 %	5,2 %	5,6 %	5,6 %	5,6 %	5,9 %
Total	5,5 %	5,6 %	5,7 %	5,6 %	6,0 %	6,0 %	6,0 %	6,6 %
<b>Totalt sykefravær</b>								
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	8,3 %	8,3 %	8,5 %	7,9 %	8,4 %	8,9 %	9,5 %	9,9 %
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere	9,1 %	8,7 %	8,6 %	9,2 %	10,0 %	9,5 %	10,6 %	10,9 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, DPS og annen behandling	8,6 %	8,7 %	8,5 %	8,4 %	9,6 %	9,2 %	10,3 %	10,3 %
VoP - Psykisk helsevern for voksne, sykehus	7,8 %	8,1 %	8,5 %	7,9 %	8,7 %	8,7 %	9,5 %	9,2 %
Total	8,3 %	8,4 %	8,5 %	8,3 %	9,1 %	9,0 %	9,9 %	9,9 %

Tabell 43. Utvikling i sykefravær over funksjoner og tjenesteområder ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Det er en økning i sykefravær for både menn og kvinner, over alle aldersgrupper – foruten menn over 67 år. Det er en endring i kjønn og alderssammensetning innen tjenesteområdene i regionen, hvor dette observeres tydeligst med en vekst i avtalte dagsverk for kvinner mellom 20 og 40 år. Sykefraværet i denne gruppen har også økt fra henholdsvis 5,7 til 8,1% (kvinner 20-29 år) og fra 9,4 til 12,6% (kvinner 30-39 år). Samlet innebærer dette at det standardiserte sykefraværet er marginalt høyere (10,0%)

enn det observerte i 2023 (9,9%) gitt at dagsverkene fordelte seg likt over alder og kjønn som i 2016. Dette gir da en vekst i fravær på 20,1% i perioden 2016 til 2023, mot den observerte veksten på 18,8%.

Tabell 44 nedenfor viser sykefravær over stillingsgrupper. Den viktigste utviklingen i korttidsfraværet er en større grad av utjevning over yrkesgrupper. Dette observeres tydeligst for leger. For langtidsfravær er det helsefagarbeidere og sykepleiere som har høyest fravær, og som da også bidrar mest til det totale bildet.

	Utvikling sykefravær over stillingsgrupper								
	Korttid			Langtid			Total		
	2016	2023	Endring	2016	2023	Endring	2016	2023	Endring
Administrasjon/Ledelse	2,3 %	2,4 %	3,9 %	5,3 %	6,0 %	12,5 %	7,6 %	8,4 %	9,9 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	3,3 %	3,5 %	5,9 %	7,2 %	7,8 %	9,1 %	10,5 %	11,3 %	8,1 %
Leger	2,3 %	3,1 %	32,5 %	4,6 %	6,6 %	43,1 %	7,0 %	9,7 %	39,5 %
Pasientrettede stillinger	2,7 %	3,3 %	21,6 %	4,8 %	6,0 %	25,3 %	7,5 %	9,3 %	23,9 %
Psykologer	2,7 %	3,3 %	23,3 %	4,9 %	6,1 %	24,8 %	7,6 %	9,4 %	24,3 %
Sykepleier	3,2 %	3,8 %	15,5 %	6,8 %	7,7 %	13,2 %	10,1 %	11,5 %	13,9 %
Totalsum	2,8 %	3,3 %	17,4 %	5,6 %	6,6 %	18,8 %	8,4 %	9,9 %	18,3 %

Tabell 44. Utvikling i sykefravær over stillingskategorier ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Tabell 45 nedenfor sammenstiller sykefravær over helseforetak. Akershus universitetssykehus HF (9% over regionalt snitt) og Sykehuset Østfold HF (4% over snittet) har høyere sykefravær enn gjennomsnittet i regionen.

	Utvikling sykefravær over helseforetak								
	Korttid			Langtid			Total		
	2016	2023	Endring	2016	2023	Endring	2016	2023	Endring
Akershus universitetssykehus HF	3,1 %	3,6 %	16,7 %	6,0 %	7,2 %	18,7 %	9,1 %	10,8 %	18,0 %
Oslo universitetssykehus HF	3,1 %	3,7 %	17,8 %	4,9 %	6,1 %	25,4 %	8,0 %	9,8 %	22,4 %
Sykehuset Innlandet HF	2,8 %	3,2 %	13,9 %	6,2 %	6,4 %	2,6 %	9,1 %	9,6 %	6,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	2,8 %	3,1 %	9,6 %	5,8 %	6,7 %	16,3 %	8,6 %	9,8 %	14,1 %
Sykehuset Østfold HF	2,6 %	3,5 %	35,8 %	6,7 %	6,8 %	2,3 %	9,3 %	10,3 %	11,6 %
Sørlandet sykehus HF	2,1 %	2,6 %	22,9 %	4,3 %	7,0 %	61,0 %	6,4 %	9,6 %	48,4 %
Sykehuset Telemark HF	2,6 %	2,9 %	13,3 %	4,4 %	7,1 %	59,1 %	7,0 %	10,0 %	42,2 %
Vestre Viken HF	2,8 %	3,1 %	10,1 %	5,8 %	6,2 %	7,6 %	8,6 %	9,4 %	8,4 %
Total	2,8 %	3,3 %	17,4 %	5,6 %	6,6 %	18,8 %	8,4 %	9,9 %	18,3 %

Tabell 45. Utvikling i sykefravær over helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Utvikling i annet fravær er relativt stabilt og vises overordnet i tabell 46 nedenfor. Størst relativ endring observeres i annet fravær, og er i stor grad drevet av økning i arbeidsavklaringspenger (AAP) og sykt barn/barnepasser. Veksten i AAP i perioden 2019 til 2023 er på 22,6%, mens den for sykt barn/barnepasser er på 9% i samme periode.

	Utvikling annet fravær en sykdom i PHV/TSB							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Annen permisjon	1,5 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,3 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %
Annet fravær	0,8 %	1,0 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,2 %	1,2 %	1,0 %
Avtalefestet permisjon	0,7 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %
Ferie	9,6 %	9,6 %	9,5 %	9,6 %	9,4 %	9,5 %	9,6 %	9,5 %
Foreldrepermisjon/adopsjon	2,6 %	2,6 %	2,4 %	2,5 %	2,4 %	2,5 %	2,4 %	2,6 %
Totalsum	15,2 %	15,2 %	15,0 %	15,3 %	14,9 %	15,4 %	15,5 %	15,3 %

Tabell 46. Utvikling i ulike typer sykefravær ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

#### 4.6. Andel som slutter

Tabell 47 nedenfor viser utviklingen i antall og andel fast ansatte med sluttdato, totalt og fordelt etter hvorvidt de har byttet helseforetak, har sluttet i helseforetaksstrukturen i Helse Sør-Øst eller har sluttet og er over 64 år (antatt at de som slutter over denne alder går av med pensjon). Andelen som slutter totalt har økt fra 6,6% til 8,9%, mens andelen som slutter i helseforetakene inklusive de som går av med pensjon har økt fra 5,3 til 7,4%. Det er en jevn økning frem til 2022 mens 2023 er på nivå med 2022.

Andel som slutter i PHV og TSB helseforetak i Helse Sør-Øst 2016 til 2023							
År	Fast ansatte	Total antall faste som slutter	Antall faste som slutter i Helse Sør-Øst	Antall faste som bytter HF	Antall med pensjon*	Totalt andel faste som slutter (inkl. bytte HF)	Andel faste som slutter
2016	11 571	759	487	150	122	6,6 %	5,3 %
2017	11 623	788	492	141	155	6,8 %	5,6 %
2018	11 723	947	526	254	167	8,1 %	5,9 %
2019	11 720	919	574	144	201	7,8 %	6,6 %
2020	11 817	991	584	183	224	8,4 %	6,8 %
2021	11 940	1 004	643	169	192	8,4 %	7,0 %
2022	12 107	1 079	721	176	182	8,9 %	7,5 %
2023	12 319	1 099	712	194	193	8,9 %	7,3 %

\*Pensjon er her definert som de som slutter etter 64 år.

Tabell 47. Utvikling i antall som slutter fordelt på ulike sluttårsaker ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

I seksjon 5.5 gjennomgås sluttundersøkelsen per august for 2024. Denne indikerer at av de som har svart (41%), har over halvparten av de som slutter ved et helseforetak gått videre til et annet helseforetak/sykehus, mens 30% går til kommunal helsetjeneste og 20% sluttet i helse.

Tabell 48 nedenfor sammenstiller utviklingen separat for de ulike tjenesteområdene.

År	Andel som slutter av fast ansatte, herav bytter helseforetak (eks. de som bytter til private sykehus) og herav som går av med pensjon (alder > 64 år)											
	BUP			TSB			VOP DPS			VOP sykehus		
	Totalt faste ansatte som slutter	Herav andel som bytter HF	Herav andel med pensjon	Totalt faste ansatte som slutter	Herav andel som bytter HF	Herav andel med pensjon	Totalt faste ansatte som slutter	Herav andel som bytter HF	Herav andel med pensjon	Totalt faste ansatte som slutter	Herav andel som bytter HF	Herav andel med pensjon
	slutter	HF	pensjon	slutter	HF	pensjon	slutter	HF	pensjon	slutter	HF	pensjon
2016	6,7 %	1,1 %	1,0 %	8,0 %	2,1 %	1,0 %	6,2 %	1,2 %	1,1 %	5,9 %	1,1 %	1,0 %
2017	7,5 %	1,3 %	1,7 %	6,8 %	1,1 %	1,0 %	6,8 %	1,2 %	1,5 %	6,3 %	1,1 %	1,1 %
2018	8,2 %	2,7 %	1,4 %	8,6 %	2,3 %	1,2 %	9,3 %	3,0 %	2,0 %	6,4 %	1,1 %	1,0 %
2019	8,0 %	1,3 %	1,5 %	7,4 %	1,2 %	1,9 %	8,6 %	1,5 %	2,0 %	6,9 %	1,0 %	1,5 %
2020	6,8 %	1,4 %	1,8 %	10,0 %	1,4 %	1,7 %	9,1 %	1,6 %	2,2 %	7,5 %	1,5 %	1,7 %
2021	7,6 %	1,7 %	1,4 %	9,2 %	1,7 %	1,7 %	9,7 %	1,5 %	2,1 %	7,2 %	1,0 %	1,2 %
2022	9,3 %	1,4 %	1,3 %	7,5 %	0,9 %	1,3 %	10,1 %	2,1 %	1,9 %	8,0 %	1,2 %	1,4 %
2023	8,8 %	1,9 %	1,7 %	9,7 %	1,5 %	1,4 %	9,0 %	2,0 %	1,5 %	8,2 %	1,2 %	1,5 %

Tabell 48. Utvikling i andel som slutter av fast ansatte per tjenesteområde og fordelt på ulike sluttårsaker ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Det er en forskjell mellom funksjonsområdene. Andel som går ut av helseforetakene er høyest i TSB.

Fordelt over stillingsgrupper (tabell 49) er det psykologer, sosionomer og helsefagarbeidere som har høyest andel som slutter. Sykepleiere, leger og vernepleiere slutter i mindre grad enn gjennomsnittet uavhengig av tjenesteområde. Den største relative veksten i andel som slutter i 2023 sammenlignet med 2016 er leger, psykologer, sykepleiere og sosionomer. Dette betyr at selv om leger og sykepleiere har lavere andel som slutter sammenlignet med gjennomsnittet, har de klar utvikling i form av at flere slutter. Særlig leger og psykologer har en høyere andel som slutter og bytter helseforetak.

Stilling	Andel som slutter i PHV og TSB over stillingsgrupper i Helse Sør-Øst 2023						
	Fast ansatte	Total antall faste som slutter	Antall faste som slutter i Helse Sør-Øst	Antall faste som bytter HF	Antall med pensjon	Totalt andel faste som slutter (inkl. bytte HF)	Andel faste som slutter
Administrasjon/Ledelse	1 673	132	64	19	49	7,9 %	6,8 %
Helsefagarbeider/hjelpetleier	667	64	38	3	23	9,6 %	9,1 %
Leger	1 161	120	63	40	17	10,3 %	6,9 %
Overleger	850	77	38	22	17	9,1 %	6,5 %
Pasientrettede stillinger	3 376	300	215	31	54	8,9 %	8,0 %
Miljøterapeut	699	61	47	5	9	8,7 %	8,0 %
Pedagog	198	18	13	3	2	9,1 %	7,6 %
Vernepleier	783	61	44	10	7	7,8 %	6,5 %
Sosionom	503	45	32	2	11	9,0 %	8,6 %
Psykologer	1 907	220	144	67	9	11,5 %	8,0 %
Psykolog	909	123	77	45	1	13,5 %	8,6 %
Psykologspesialist	1 023	99	68	23	8	9,7 %	7,4 %
Sykepleier	3 442	262	188	34	40	7,6 %	6,6 %
Spesialsykepleier	1 833	132	89	11	32	7,2 %	6,6 %
Sykepleier	1 611	129	98	23	8	8,0 %	6,6 %

Tabell 49. Andel som slutter fordelt på ulike sluttårsaker og stillingskategori ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Fordelingen over helseforetak vises i tabell 50 nedenfor. Særlig Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF har en høyere

andel som skifter arbeidsgiver internt i regionen. Forskjellen er mindre for de som slutter helt, men særlig Sykehuset i Vestfold HF skiller seg positivt ut med lavere andel som slutter.

Andel som slutter i PHV og TSB over helseforetak i Helse Sør-Øst 2023							
Helseforetak	Fast ansatte	Total antall faste som slutter	Antall faste som slutter i Helse Sør-Øst	Antall faste som bytter HF	Antall med pensjon	Totalt andel faste som slutter (inkl. bytte HF)	Andel faste som slutter
Akershus universitetssykehus	2 010	205	131	50	24	10,2 %	7,7 %
Oslo universitetssykehus HF	2 360	226	142	45	39	9,6 %	7,7 %
Sykehuset Innlandet HF	1 770	147	99	16	32	8,3 %	7,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	1 142	81	49	13	19	7,1 %	6,0 %
Sykehuset Østfold HF	1 267	103	71	15	17	8,1 %	6,9 %
Sørlandet sykehus HF	1 298	95	67	4	24	7,3 %	7,0 %
Sykehuset Telemark HF	668	60	39	9	12	9,0 %	7,6 %
Vestre Viken HF	1 804	182	114	42	26	10,1 %	7,8 %
Total	12 319	1 099	712	194	193	8,9 %	7,3 %

Tabell 50. Utvikling i antall som slutter fordelt på helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

#### 4.7. Lederspenn

Lederspenn defineres av hvor mange ansatte som er organisert under en leder. Et stort lederspenn kan gi utfordringer med å følge opp arbeidstagere på en tilfredsstillende måte. I et forsøk på å belyse dette er det her sett på døgnposter i VOP sykehusfunksjoner og antall ansatte som er registrert ved kostnadsstedet. Gjennomsnittlig lederspenn for ansatte som jobber mer enn 20% er på over 40 i akuttmottak og på akuttpsykiatriske sengeposter. Psykoseenhetene (inkl. lokal sikkerhet) og alderspsykiatriske enheter har lavere antall ansatte per post. Tabell 52 nedenfor differensierer over antall ansatte etter stillingsandel. For en rekke av enhetene er det et relativt stort volum med ansatte som arbeider på timer, og har således en lav andel. Kolonnen ansatte > 0% viser alle ansatte med en viss stillingsbrøk, mens kolonnen ansatt > 20% viser antall ansatte med høyere stillingsandel enn 20%. De resterende arbeider timelønnet.

Antall ansatte ved VOP sykehusfunksjoner døgnposter			
VOP sykehus	Registrerte ansatte	Ansatte > 0%	Ansatt > 20%
Akuttmottak	80,3	52,0	46,0
Akuttpsykiatri	80,2	47,4	41,9
Psykosebehandling	62,5	39,1	34,8
Alder	56,2	36,3	34,0

Tabell 51. Antall ansatte ved VOP-sykehusfunksjoner, helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Tabell 52 nedenfor sammenstiller fordelingen av enhetsstørrelser for alle enheter i PHV og TSB i Helse Sør-Øst, og viser at 49% av de ansatte arbeider ved enheter med mer enn



30 årsverk. Dette er å forstå som en krevende lederoppgave og understreker viktigheten av god støtte rundt ledelse for å kunne ivareta alle de oppgaver som er tillagt en slik rolle. Samtidig er det hensiktsmessig at ansatte som arbeider med samme oppgaver, har felles leder.

<b>Antall ansatte som jobber mer enn 20% fordelt over enhetsstørrelse PHV/TSB Helse Sør-Øst</b>				
<b>Ansatte &gt; 20 %</b>	<b>Enheter</b>	<b>Ansatte</b>	<b>Andel av enheter</b>	<b>Andel av ansatt</b>
1-4	126	303	17,1 %	2,3 %
5-9	148	997	20,1 %	7,7 %
10-15	127	1 556	17,3 %	12,0 %
16-19	71	1 245	9,7 %	9,6 %
20-29	102	2 493	13,9 %	19,2 %
30-39	98	3 339	13,3 %	25,8 %
40+	63	3 023	8,6 %	23,3 %
Total	735	12 956		

Tabell 52. Antall ansatte som jobber mer enn 20%, fordelt på enhetsstørrelse ved PHV/TSB, helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

#### **4.8. Ansiennitet**

Hvor lenge en ansatt har jobbet er viktig av flere årsaker. En høy andel nyutdannede stiller andre krav til arbeidsgiver enn dem med lengre erfaring. Mer tid vil måtte brukes til opplæring og veiledning, samt at det ikke vil være alle arbeidsoppgavene som vedkommende vil være kvalifisert til å utøve selvstendig. De med lengre ansiennitet, spesielt leger og psykologer, er gjerne i et langvarig utdanningsløp for å oppnå spesialistkompetanse og dermed fravær i forbindelse med utdanning. Som vist tidligere under seksjon om bemanningssammensetning, observeres en positiv utvikling i årsverk for vernepleiere med spesialutdanning, noe som indikerer høyere grad av erfaring. Utviklingen for sykepleiere med spesialutdanning synes å være mer bekymringsfull, hvor det er færre spesialsykepleiere og dermed kortere erfaring.

Tabell 53 nedenfor sammenstiller gjennomsnitt av brutto årsverk for alle psykologer over helseforetak i Helse Sør-Øst i perioden 2021 til 2023 samt antall og andel nyutdannede i samme periode. Nyutdannede innebærer her psykolog med autorisasjon ved utdanning i Norge og med lisens med utdanning fra et annet land (disse må ha to års tjeneste i Norge før de får autorisasjon). Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF har særlig lav andel med nyutdannede, mens Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Telemark HF har en særlig høy andel.

<b>Brutto årsverk psykologer (psykologer og psykologspesialister) gjennomsnitt av 2021 - 2023 og andel nyutdannede i samme periode</b>			
	<b>Brutto årsverk</b>	<b>Nyutdannede</b>	<b>Andel nyutdannede</b>
Akershus universitetssykehus HF	448	84	18,8 %
Oslo universitetssykehus HF	309	33	10,7 %
Sykehuset Innlandet HF	179	39	21,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	191	35	18,3 %
Sykehuset Østfold HF	194	35	18,1 %
Sørlandet sykehus HF	214	37	17,3 %
Sykehuset Telemark HF	86	22	25,6 %
Vestre Viken HF	338	49	14,5 %
Total	1 958	334	17,1 %

Tabell 53. Brutto årsverk psykologer (psykologer og psykologspesialister) i gjennomsnitt av perioden 2021-2023, og andel nyutdannede i samme perioden, helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

For overleger (tabell 54), vil det motsatte bildet være å foretrekke. Dette fordi ferdig utdanning i dette tilfellet, innebærer ferdigstilling som spesialist. En høy andel vil således kunne indikere en høyere grad av nyutdannede spesialister og bedre rekruttering.

<b>Brutto årsverk overleger gjennomsnitt av 2021 - 2023 og andel nyutdannede psykiatere i samme periode</b>			
	<b>Brutto årsverk</b>	<b>Nyutdannede</b>	<b>Andel nyutdannede</b>
Akershus universitetssykehus HF	140	33	23,6 %
Oslo universitetssykehus HF	192	60	31,3 %
Sykehuset Innlandet HF	90	21	23,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	68	23	33,8 %
Sykehuset Østfold HF	81	23	28,5 %
Sørlandet sykehus HF	84	19	22,6 %
Sykehuset Telemark HF	40	12	29,9 %
Vestre Viken HF	141	23	16,4 %
Total	835	214	25,6 %

Tabell 54. Brutto årsverk overleger i gjennomsnitt av perioden 2021-2023, og andel nyutdannede i samme perioden, helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

#### 4.9. Kombinerte stillinger

Helsepersonellkommissjonen, Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033) samt Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 viser til mulighetsrommet som ligger i bruk av kombinerte stillinger. I samarbeid med SSB er det fremskaffet data på i hvilken grad årsverk per individ fordeles over flere ulike næringer og arbeidsgivere.

Tabell 55 nedenfor sammenstiller årsverk med hovedarbeidsforhold i Helse Sør-Øst innen PHV/TSB 2023. Tabellen indikerer en allerede eksisterende bruk av kombinerte

stillinger, og for enkelte utgjør det en betydelig andel av årsverket. Det synes som at det ikke er særlig restkapasitet å hente ved å se på kombinerte stillinger. Dette er sammenfallende med tidligere nasjonal publisasjon.<sup>20</sup>

Kombinerte stillinger i Helse Sør-Øst for årsverk hovedarbeidsforhold i PHV og TSB 2023						
	Lege med spesialitet	Lege uten spesialitet	Psykolog	Sykepleier	Vernepleier	Helse-fagarbeider mv.
Antall individer (med støy*)	834	696	2 448	4 218	1 074	930
Årsverk hovedarbeidsforhold	799	664	2 398	3 364	857	615
Hoved andel	95,8 %	95,4 %	98,0 %	79,8 %	79,8 %	66,1 %
Samlet spesialisthelsetjeneste	96,6 %	96,0 %	98,1 %	80,6 %	80,4 %	66,3 %
Kommunal helsetjeneste	0,5 %	2,6 %	0,1 %	1,6 %	1,1 %	0,9 %
Kommunal omsorgstjeneste	0,1 %	0,3 %	0,1 %	5,4 %	8,6 %	17,1 %
Annen helse	2,3 %	0,3 %	0,9 %	1,0 %	1,6 %	0,8 %
Ikke i helse	2,2 %	1,3 %	1,6 %	3,6 %	5,5 %	4,4 %
Sum årsverk	101,9 %	100,3 %	100,8 %	92,2 %	97,3 %	89,7 %

\*Støy er en metode for anonymisering som medfører at tall på cellenivå ikke kan identifisere. Tallene blir således ikke direkte sammenlignbare med faktiske tall, men angir størrelse og andeler blir korrekt.

Tabell 55. Kombinerte stillinger i Helse Sør-Øst for årsverk med hovedarbeidsforhold i PHV og TSB i 2023. Kilde: SSB.

For å illustrere deler av utviklingen over tid, sammenstilles her resultater for leger i tabell 56 nedenfor. Den viser at det har vært en økning i årsverk for leger, men at den relative andelen av årsverk som avvikes i hovedarbeidsforholdet er noe redusert. Økningen sees særlig innen kategorien annen helse og ikke i helse. Dette er da tjenester utenfor helseforetaksorganiseringen. Endringene er ikke store, men indikerer en utvikling, hvor flere arbeider andre steder enn i spesialisthelsetjenesten.

Årsverk hovedarbeidsforhold for leger i PHV/TSB Helse Sør-Øst 2016 og 2023				
	2016		2023	
	Lege med spesialitet	Lege uten spesialitet	Lege med spesialitet	Lege uten spesialitet
Antall individer (med støy*)	636	621	834	696
Årsverk hovedarbeidsforhold	611	601	799	664
Hoved andel	96,1 %	96,8 %	95,8 %	95,4 %
Samlet spesialisthelsetjeneste	96,4 %	96,8 %	96,6 %	96,0 %
Kommunal helsetjeneste	0,3 %	2,1 %	0,5 %	2,6 %
Kommunal omsorgstjeneste	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %
Annen helse	1,6 %	0,3 %	2,3 %	0,3 %
Ikke i helse	1,7 %	0,8 %	2,2 %	1,3 %
Sum årsverk	99,8 %	100,2 %	101,9 %	100,3 %

\*Støy er en metode for anonymisering som medfører at tall på cellenivå ikke kan identifisere. Tallene blir således ikke direkte sammenlignbare med faktiske tall, men angir størrelse og andeler blir korrekt.

Tabell 56. Antall årsverk hovedarbeidsforhold for leger i PHV/TSB i Helse Sør-Øst i 2016 og 2023. Kilde: SSB.

<sup>20</sup> Hjemås, G. & Syse, A. (2023). Hvor blir det av sykepleierne? En registerbasert analyse. Sykepleien, 18, e-93304.

#### 4.10. Andel som jobber privat

Tabell 57 nedenfor sammenstiller utviklingen av årsverk som er klassifisert som privat. I dette volumet inngår avtalespesialister. Det er en utvikling for både psykiatere og psykologer med økende andel private årsverk i samme tid hvor antall årsverk for avtalespesialister er relativt stabilt. Dersom avtalespesialistene holdes utenfor, er veksten for psykologer på 76%. Dette innebærer økende andel og antall årsverk som arbeider innen privat helse.

Utvikling private helsetjenester årsverk i Helse Sør-Øst og avtalespesialister									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Endring 2016-2023
Psykiatere	219	215	233	231	232	239	262	259	18,3 %
Psykologer	698	732	725	772	812	885	970	1 026	47,0 %
<i>Avtalespesialister</i>									
Psykiater	143			144			144		
Psykolog	281			291			291		
<i>Andel avtalespesialister</i>									
Psykiater	65,3 %			62,3 %			55,0 %		
Psykolog	40,3 %			37,7 %			30,0 %		

Tabell 57. Utvikling i private helsetjenesteårsverk i Helse Sør-Øst og i avtalepraksis. Kilde: SSB og oversikt over avtalespesialister fra Helse Sør-Øst RHF.

Det er i samme periode en økning i antall private årsverk utenfor helse- og omsorgstjeneste fra 53 til 83 årsverk for psykiatere, og fra 443 til 603 årsverk for psykologer.

## 5. Rekruttere, utvikle og beholde personell

Utfordringer relatert til det å rekruttere, utvikle og beholde personell er omfattende temaer, med multifaktorielle mekanismer på generelt og lokalt nivå. Etter oppdrag i oppdragsdokumentet for 2024 har alle virksomhetene i regionen (medio 2024) utarbeidet skriftlig handlingsplaner, med konkrete tiltak knyttet til det å rekruttere, utvikle og beholde personell. Virksomhetene kjennetegnes ved at de er ulike i størrelse, organisering og lokalisasjon, og dermed hvilke områder som beskrives som mest utfordrende. Handlingsplanene har derfor ulik utforming, og mange ulike tiltak beskrives. Et tiltak som kan fungere ved en lokalisasjon vil ikke nødvendigvis ha samme effekt ved en annen. Det kan ligge et potensial i økt erfaringsutveksling mellom virksomhetene om hvilke tiltak som er prøvd ut, hvilke erfaringer en gjorde seg, og hva som er implementert. Framstillingen her bygger på handlingsplanene og diskusjoner i prosjektet.

Helse Vest har gjennomført en undersøkelse hvor de har intervjuet 137 medarbeidere som hadde sluttet. De intervjuede var fra alle fagområder og ikke spesifikt fra psykisk helsevern/TSB. Førtifire prosent av de intervjuede oppga at det var en kombinasjon av forhold ved jobben og forhold utenfor jobben som gjorde at de valgte å slutte. Blant disse var den 22% som oppga forhold ved jobben som hovedårsak, mens 34% sa at det skyldtes forhold utenfor jobben. Utover flytting, som var årsak nevnt av de fleste, var årsakene deretter arbeidsmengde, ledelse, arbeidstider, turnus, lav bemanning, andre karrieremuligheter og lønn og betingelser. Sykepleierne nevnte ofte arbeidstider, turnusarbeid og arbeidsmengde i tillegg til flytting som de viktigste årsakene til at de sluttet.<sup>21</sup>

Det er videre gjort medlemsundersøkelser blant medlemmer som arbeider innen psykisk helsevern/TSB både hos Norsk Psykologforening og Den norske legeforening. Psykologforeningen spurte medlemmene i 2021 om hvordan de opplevde muligheten for å hjelpe pasienter.<sup>22</sup> Om lag ¼ av psykologene svarte at de ofte (definert som nærmere halvparten av pasientene) eller svært ofte (definert som mer enn halvparten av pasientene) måtte avslutte pasientene for tidlig.<sup>23</sup> Resultatene var marginalt bedre enn i en tilsvarende undersøkelse i 2019. Det gjaldt særlig innen TSB.

Legeforeningen har fått utført en spørreundersøkelse til ledere innen psykisk helsevern<sup>24</sup> og intervjuer med 10 ledere samt 4 tillitsvalgte psykiatere i 2021. Rekruttering og mangel på psykiatere ble anført som den største utfordringen i 2021. Geografisk beliggenhet, små fagmiljøer, høyt arbeidspress og mindre tid til pasientbehandling på grunn av mer administrativt arbeid ble trukket frem som viktige

---

<sup>21</sup> Ekstern turnover. Rapport Helse Vest 2022

<sup>22</sup> Undersøkelsen hadde en svarprosent på 33%, som tilsvarte 1633 svar.

<sup>23</sup> Kvittingen I, Sømhovd MJ. Slik opplever psykologer mulighetene for å hjelpe pasienter. Norsk Psykologforening, lest 18.6.2021.

<sup>24</sup> 83 av 178 ledere svarte, svarprosent 47.

årsaker til rekrutteringsutfordringene. Større fagmiljøer, mer tid til pasientbehandling, mer tid til etterutdanning og faglig fordypning samt tydelig ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vurderes som tiltak som kan bedre rekrutteringssituasjonen.<sup>25</sup>

Norsk Psykiatrisk forening gjennomførte medlemsundersøkelser om jobbtilfredshet i 2020 og 2021. I 2020 var det 670 og i 2021 903 respondenter (svarprosent henholdsvis 37 og 43%).<sup>26</sup> Tid brukt til pasientkontakt var positivt korrelert med jobbtilfredshet. Det samme gjaldt mulighet for å diskutere med erfaren kollega. Hvor mange egne pasienter man hadde ansvar for, hadde ikke betydning for jobbtilfredsheten. Derimot var det å ha «medansvar» for et stort antall pasienter, dvs. pasienter der andre yrkesgrupper var hovedbehandlere, knyttet til dårligere trivsel. Årsaken kan være at det er vanskelig å beholde oversikten og følge godt nok opp et større antall pasienter, som man kanskje ser én eller noen få ganger i løpet av et behandlingsløp.

Blant tiltak som Legeforeningen og Norsk psykiatrisk forening har pekt på for å rekruttere og beholde personell er vektlegging av faglig kvalitet og derigjennom bygge gode og attraktive fagmiljøer, økt satsning på forskning, konkretisering og tydeliggjøring av legerollen, god veiledning og oppfølging, større fagmiljøer hvor også digitale verktøy kan bidra til å samle spredte fagmiljøer innad i helseforetakene og mellom foretak, fleksibilitet i hverdagen, forbedring av digitale verktøy og tilgang til administrativt støttepersonell. Dette samsvarer godt med de innspill som er kommet i handlingsplaner og som fremkommer i rapporten.

## 5.1. Utdanning

Tilstrekkelig utdanningskapasitet er en forutsetning for å kunne rekruttere personell. Utdanning av helsepersonell er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver og må prioriteres på lik linje med pasientbehandling, pasient- og pårørendeopplæring, og forskning. I regionen samarbeider virksomhetene med ulike fagskoler, høyskoler og universiteter, og det er etablert lokale og et regionalt samarbeidsorgan med utdanningsinstitusjonene. Spesialisthelsetjenesten har en viktig rolle overfor utdanningsinstitusjonene i å synliggjøre behovet for personell og om innholdet i utdanningene imøtekommer tjenestens behov for kompetanse. Helse Sør-Øst RHF har utviklet en modell for framskrivning av behov for ulike helse- og sosialfaglig utdannet helsepersonell. Modellen tar utgangspunkt i framskrivning av aktivitet og behov for helsepersonell, og integrerer forventet årlig avgang til pensjon og turnover. Dette danner således grunnlaget for estimert årlig rekrutteringsbehov som vurderes opp mot utdanningskapasitet. Arbeidet i herværende prosjekt danner derfor grunnlaget for å estimere behovet for helsepersonell.

---

<sup>25</sup> Legebarometeret. Samfunnsøkonomisk analyse AS, Rapport 10-2021

<sup>26</sup> Sandvik, Miriam K. et al: Which factors affect job satisfaction of doctors in psychiatry. *Nordic J Psychiatry*, 2024, 78, 198-204.

Tilgangen på nyutdannede helsepersonell med bachelorutdanning innen helse- og sosialfagene i regionen vurderes som god. Av regionens 4 universiteter og 4 høyskoler er det flere som utdanner både sykepleiere, vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger. En omtaler ikke grunnutdanningene på fagskole og bachelornivå nærmere i rapporten, men dette er viktig personell med tanke på fremtidig organisering av tjenestene.

Å tilby alle studenter og lærlinger praksisplasser av høy faglig kvalitet er muligens et av de viktigste rekrutteringstiltakene fremover. Gode praksisstudier virker rekrutterende ved at studentene opplever helseforetaket som en attraktiv arbeidsplass. Det lønner seg derfor å satse på utdanning. Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i 2022-2023 «Praksisprosjektet». Prosjektet hadde som mål at helseforetakene i regionen organiserer praksisstudiene på en slik måte at de har høy faglig kvalitet, er kunnskapsbaserte, robuste og strukturerte, og understøtter studentenes mulighet til å oppnå læringsutbytter og forventet sluttkompetanse. Prosjektet utarbeidet en regional anbefaling om hvordan praksisstudiene burde organiseres som er gjennomført i flere av helseforetakene.

Tiltak for å øke veilederkompetansen blant eget personell er vurdert som sentralt for å heve kvaliteten. Det er utarbeidet en regional kompetanseplan for veiledning av studenter med tilhørende e-læringskurs.

Det er etablert ulike etter- og videreutdanninger for helsepersonell som arbeider innen psykisk helsevern. Utdanningene tilbys som heltid, deltid og en kombinasjon av fysiske samlinger og nettstudier. Mest kjent er den tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid på 60 studiepoeng som ble inkludert i RETHOS (retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene) i 2022.<sup>27</sup> Utdanningen skal kvalifisere helse- og sosialarbeidere til forebyggende, behandlende og rehabiliterende arbeid innenfor kommunale helse-, sosial- og velferdstjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Kandidaten skal ha kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse innenfor fagområdet psykisk helse og fagområdet rus og avhengighet både hver for seg og i sammenheng. Opptakskrav for utdanning er fullført 3-årig bachelorutdanning eller tilsvarende som gir yrkestittel sosionom, vernepleier, barnevernspedagog, sykepleier, fysioterapeut eller ergoterapeut.

I 2022 ble også en ny masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet godkjent av Kunnskapsdepartementet.<sup>28</sup> Enkelte av utdanningsinstitusjonene i regionen tilbyr utdanningen, enten som en selvstendig utdanning på 120 studiepoeng, eller som en del av andre mastergradsprogrammer. Utdanningen vil på sikt kunne bidra til mer fleksibel fordeling av arbeidsoppgaver og

---

<sup>27</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-03-14-387>

<sup>28</sup> <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2022-03-14-386>

heve kvaliteten på tjenestene som tilbys pasienter med flere og sammensatte lidelser (e.g. komorbide somatiske problemstillinger).

Det er også mastergradsprogrammer innen psykisk helse for øvrige personellgrupper med bachelor innen helse- og sosialfag som sosionomer, vernepleiere, barnevernspedagoger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Fagforeningene har etablert kompetanseutviklingsløp som gir godkjenning som klinisk sosionom, klinisk vernepleier, klinisk barnevernspedagog og som kliniske spesialister. Den kliniske godkjenningen krever en 60 studiepoengs klinisk videreutdanning, utover bachelorgrad. Kliniske spesialister skal ha en videreutdanning på masternivå.

Det er variasjon mellom virksomhetene i regionen med hensyn til hvordan formell utdanning (studiepoenggivende) registreres og avlønnes. Ved enkelte foretak gir den tverrfaglige utdanningen tittel som spesialutdannet, mens ved andre helseforetak er det først 120 studiepoeng som gir dette. Det har også fremkommet indikasjoner på at noen helseforetak registrerer videreutdanning bare hvis det er krav til det i stillingen, mens igjen andre registrerer all videreutdanning. Det har således vært utfordrende å vurdere virksomhetens totale kompetansebeholdning på et regionalt nivå. Det observeres en regional nedgang i antall spesialsykepleiere, og det er sannsynlig at dette representerer en reell nedgang. Det er imidlertid heftet usikkerhet ved observasjonen grunnet noe ulik registreringspraksis. Kompetanseportalen gir muligheten til å registrere ansattes kompetanse, men dette forutsetter at leder tilrettelegger for dette.

Fra høsten 2022 opprettet Universitetet i Oslo en desentralisert utdanning av leger ved Sørlandet sykehus. NTNU har oppstart av sitt første kull med desentral medisinerutdanning ved Gjøvik høsten 2024 i samarbeid med Sykehuset Innlandet. Universitetet i Oslo har også planer om en desentral utdanning på Innlandet. Det vil kunne bedre rekrutteringen i disse områdene. Det arbeides også med en desentralisert profesjonsutdanning i psykologi på Innlandet, som kan få samme effekt dersom det blir en realitet.

Følgende tiltak anbefales:

Regionale tiltak:

- Vedlikeholde regional framskrivningsmodell for behov for helse- og sosialfaglig personell
- Vurdere tilskudd til utdanningsstillinger innen PHV/TSB

Lokale tiltak:

- Regelmessig vurdere fremtidig behov for ulike helsepersonellgrupper
- Prioritere ansatte til etter- og videreutdanninger i tråd med enhetens behov
- Ha lokal retningslinje for gjennomføringen av praksisstudiene
- Benytte kompetansportalens muligheter for registrering av kompetanse



### 5.1.1. Spesielt i forhold til rekruttering til spesialisering av leger

Spesialiseringsløpet for leger starter med LIS1-tjeneste. Fra 2021 har Helse Sør-Øst RHF stilt som krav at nye LIS1-stillinger skal tilbys som tredelt tjeneste. I løpet av perioden i spesialisthelsetjenesten på 12 måneder skal legene innom medisin, kirurgi og psykisk helsevern. Det kan øke rekrutteringen til senere spesialisering innen psykisk helsevern, i tillegg til at det kan være nyttig for en rekke spesialiteter. Om lag 30% av alle LIS1-stillingene i regionen tilbys nå som tredelt med psykisk helsevern. Det er noe variasjon mellom helseforetakene. Antall LIS1-stillinger fastsettes nasjonalt. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring et forslag om at kommuner og helseforetak/sykehus skal kunne inngå avtale om opprettelse av egenfinansierte LIS1-stillinger utover det som er fastsatt nasjonalt. Det vil kunne øke kapasiteten i spesialistutdanningen.

Flere foretak melder om økende rekrutteringsutfordringer for enkelte spesialiteter, men særskilt knyttet til LIS3 innen psykisk helsevern/TSB. Både i 2022 og 2023 har Helse Sør-Øst RHF fått i oppdrag fra HOD å øke antall LIS3 innenfor psykisk helsevern. Dette oppdraget er videreført til aktuelle helseforetak og de to private ideelle sykehusene med egne opptaksområder. Foretakene har imidlertid ikke lyktes med dette, og i Oppdrag og bestilling for 2024 ble virksomhetene bedt om å utarbeide skriftlig handlingsplan for hvordan en skal arbeide for å rekruttere og beholde personell. Planen skal særskilt omtale hvordan en skal øke og understøtte tilstrekkelig utdanningskapasitet (LIS3 stillinger) av spesialister innen VOP/BUP basert på framtidig framskrivninger.

Det er ønskelig med flere LIS3-stillinger. Samtidig er utfordringen på kort sikt ved en rekke foretak manglende søkere til de stillingene man allerede har. Tabell 58 nedenfor viser utviklingen i brutto månedsverk for LIS3 (med registrert spesialitet i legestillingsregisteret) i perioden 2019-2023 samt for 1. kvartal 2024. Det har vært en betydelig reduksjon, særlig fra 2021. I perioden 2019 til og med mars 2024 har det vært en reduksjon i antallet utdanningsstillinger på hele 25,3 %.

Gj.snitt brutto månedsverk LIS3 i psykisk helsevern (BUP og VOP) 2019-2024							Endring
	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2021-2024
Akershus universitetssykehus HF	84	76	76	65	55	60	-21,1 %
Oslo universitetssykehus HF	77	83	91	81	76	79	-13,2 %
Sykehuset Innlandet HF	48	40	40	30	28	23	-42,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	37	34	36	34	29	29	-19,4 %
Sykehuset Østfold HF	43	36	28	22	24	20	-28,6 %
Sørlandet sykehus HF	33	37	35	31	30	30	-14,3 %
Sykehuset Telemark HF	23	28	24	24	16	14	-41,7 %
Vestre Viken HF	70	69	60	60	60	55	-8,3 %
Total	415	403	390	347	318	310	-20,5 %

\*Januar-mars 2024

Tabell 58. Gjennomsnittlig brutt månedsverk LIS3 i BUP og VOP i perioden 2019-2024, ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

For å sikre tilstrekkelig legebemanning benyttes konstituering i overlegestillinger av leger i LIS3-stilling som har gjennomført en vesentlig del av utdanningen. Det kan være for kortere eller lengre perioder. En enkel kartlegging fra foretakene viser at det i 2023 var mer enn 60 LIS3 som var konstituert i overlegestilling. Tabell 59 nedenfor viser en punktprevalensmåling per april hvert år for andel av overleger som er konstituerte LIS.

<b>Andel overleger som er LIS - konstituering punktprevalens april hvert år</b>				
	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Akershus universitetssykehus HF	15 %	17 %	17 %	14 %
Oslo universitetssykehus HF	8 %	8 %	8 %	7 %
Sykehuset Innlandet HF	8 %	11 %	15 %	13 %
Sykehuset i Vestfold HF	5 %	8 %	8 %	9 %
Sykehuset Østfold HF	21 %	17 %	16 %	17 %
Sørlandet sykehus HF	9 %	9 %	7 %	5 %
Sykehuset Telemark HF	7 %	7 %	12 %	7 %
Vestre Viken HF	13 %	15 %	19 %	12 %
Total	11 %	12 %	13 %	10 %

Tabell 59. Andel LIS som er konstituert som overleger, punktprevalens april per år, ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: RDAP.

Et annet tiltak som benyttes for å sikre nødvendig bemanning, er leger uten turnus. Dette er leger som ikke har gjennomført den obligatoriske LIS1-tjenesten som må være godkjent før en kan tilsettes i en LIS3 stilling. Antall brutto månedsværk utført av leger uten turnus er økende. I 2013 ble 3 brutto månedsværk utført av leger uten turnus. Det var en økning i 2020 til 21 brutto månedsværk og videre opp til 59 brutto månedsværk i 2023. For disse vil ikke noe av tiden være tellende i utdanningen og således forsinke tiden til ferdig spesialist.

For å bedre rekrutteringen til LIS3-stillinger og beholde utdanningskandidatene anbefales følgende tiltak:

- Flere LIS1 med tredelt tjeneste med tjeneste innen psykisk helsevern/TSB.
- Gode prosesser for mottak og oppfølging av nyansatte, jfr. seksjon 5.5
- Gode planer for spesialiseringsforløpet slik at det blir forutsigbart og kan gjennomføres innen planlagt tid.
- God undervisning med tilstrekkelig tid avsatt til dette og fordypning. Digitale løsninger kan benyttes i deler av undervisningen der avstander gjør det enklere å delta på denne måten.
- Mulighet for deltakelse i forskning og forbedringsarbeid
- Tydelighet og konkretisering av legerollen og hvilke arenaer og hvilke oppgaver som tilligger hver enkelt funksjon og yrkesgruppe, jfr. seksjon 5.3
- Legge til rette for kollegialt fellesskap. Mange miljøer er små mens tilbakemeldinger er ønske om større miljøer for å ha noen å diskutere med, både formelt og uformelt. Fagforeningene har spilt inn ønskeligheten av å ha flere leger per enhet, helst to spesialisert og to LIS per enhet. Vurdere eventuelt digitale løsninger som gjør dette mulig også der miljøene er små.
- God oppfølging av lokale ledere. Lederne må ha god kunnskap om LIS-utdanningen

- Legge til rette for gode overganger ved rotasjoner mellom avdelinger i spesialiseringssløpet
- Tilstrebe fleksible arbeidstidsordninger ved ønske om det, og hvor mulig ut fra driften, jfr. seksjon 5.5
- Mer tid til pasientbehandling ved redusert rapportering, dokumentasjon og andre administrative oppgaver samt bedre digitale verktøy.
- God opplæring i bruk av IKT-systemer.
- Gi LIS3 oversikt over karrieremuligheter i foretaket. Samtale for å beholde i foretaket når spesialiseringen nærmer seg fullføring.

Det vil være helt avgjørende for tilgangen på spesialister i årene fremover at rekruttering til LIS3 blir bedre. Tiltak på dette området må derfor ha høy prioritet.

## 5.2. Kompetanseutvikling

I Helse Sør-Øst er «Kompetanseportalen» gjort tilgjengelig for alle ledere og medarbeidere fra 2022. Kompetanseportalen er et verktøy som samler all dokumentasjon om medarbeidernes kompetanse på ett sted, med mål om å gi både ledere og medarbeidere oversikt over planlagte, pågående og fullførte opplærings- og kompetansehevende tiltak. Det er i herværende prosjekt ikke vært mulig å uttrykke antall ansatte med relevante videreutdanninger (e.g. kognitiv terapi, dialektisk atferdsterapi, volds- og risikohåndtering), og tilbakemeldingen fra flere i prosjektgruppen er at denne type systematiske oversikter er lite tilgjengelig ved helseforetakene.

Kompetanseportalen er et godt verktøy som kan støtte opp under et strukturert og målrettet arbeid med læring og kompetanseutvikling i egen enhet, men det forutsetter et bevisst forhold til hvordan en bygger opp kompetanseplaner og tar dem i bruk i egen enhet. De fleste enhetene innenfor psykisk helsevern i regionen har tatt i bruk Kompetanseportalen og benytter den aktivt til opplæring av nye medarbeidere. En kartlegging viser at det er utarbeidet og publisert omtrent 400 ulike fagspesifikke kompetanseplaner for ca. 19 000 medarbeidere i PHV/TSB. Gjennomsnittlig antall planer per medarbeider er 3,8 og gjennomføringsgraden av disse er 44,5 %. Størst gjennomføringsgrad av tildelte planer ses ved Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Innlandet HF. Det store antallet utviklet kompetanseplaner kan være et signal om at det er lite samarbeid mellom enheter i eget helseforetak om utvikling av kompetanseplaner. Det er nok også lite samhandling på tvers av foretakene i regionen. Det ligger således et uforløst potensial i å samle fagmiljøene for å se på mulighetene for i større grad å samordne og harmonisere kravet til kompetanse på tvers av enheter i regionen. Dette vil kunne redusere ulike krav til kompetanse, pasientene erfarer et likere tilbud, og ansatte vil i større grad kunne ta med seg kompetanse mellom enheter/virksomheter i regionen.

Erfaringer viser at kompetanseplanene bidrar til en god og strukturert opplæring, spesielt for nye medarbeidere. Samtidig er det fortsatt et stort potensial for å utnytte Kompetanseportalen bedre som et planleggings- og styringsverktøy for å fremme strukturert og målrettet kompetanseutvikling i egen enhet.

Følgende tiltak anbefales:

Regionale tiltak:

- Vurdere å igangsette et regionalt arbeid for å samordne og harmonisere kompetanseplaner på tvers av virksomhetene i regionen

Lokale tiltak:

- Benytte kompetanseportalen slik at kompetanse regelmessig vurderes, og at det legges gode planer for kompetanseutvikling i samarbeid med den ansatte

### **5.3. Sammensetning og bruk av medarbeideres kompetanse**

Ansatte med lang utdanning benytter stadig mindre av sin arbeidstid i direkte pasientrettet arbeid, og flere yrkesgrupper fremhever at de utfører arbeidsoppgaver som andre kunne ha ivaretatt. Norge ligger ifølge OECD på annenplass i verden i antall sykepleiere fordelt på innbyggere, bare slått av Sveits, og på fjerdeplass i verden i antall leger fordelt på innbyggere. Tilgangen på høyt utdannede og godt kvalifiserte medarbeidere burde således ikke være hovedutfordringen, men heller hvordan ansattes kompetanse benyttes i pasientbehandlingen, og hvordan ulike helsepersonellgrupper i fellesskap bidrar i denne. Forbedringsundersøkelsen i regionen viser at mange ansatte opplever et høyt arbeidspress. Ved at flere ulike yrkesgrupper bidrar inn med sin kompetanse i team rundt pasientene, kan både opplevd arbeidspress reduseres, en benytter i større grad tilegnet kompetanse, og mer av arbeidsdagen kan gå til direkte pasientrettet arbeid. Summen av dette vil kunne bidra til både økt rekruttering og til at flere ansatte ikke vurderer å slutte.

De siste årene har det blitt rettet økende oppmerksomhet mot hensiktsmessig oppgavedeling og at kompetanse og bruk av personell skal bygges nedenfra og oppgavene løses på hensiktsmessig kompetansenivå. Det er viktig at ledere i helseforetakene vurderer nye muligheter og andre måter å sette sammen kompetanse på. I en del tilfeller kan de arbeidsoppgavene som skal løses, fordeles og organiseres på en annen måte. Som leder kan det være krevende å finne muligheter og riktig inngang til endringsprosesser. Før man skal i gang med oppgavedeling, må man identifisere mulighetsrommene for oppgavedeling og finne ut hvor det er endringsbehov. Kontinuerlig forbedringsarbeid er brukt i flere vellykkede oppgavedelingsprosjekter i Norge og i Skandinavia og er en anbefalt metode for oppgavedeling. Forbedringsarbeid og verktøy for forbedring er tilgjengelig i alle virksomhetene, men benyttes i varierende grad. Det anbefales å ta tak i og å synliggjøre disse ressursene, slik at lederne kan få hjelp til å strukturere og gjennomføre prosesser med oppgavedeling.

Det er viktig å være klar over at oppgavedeling ikke bare dreier seg om en omfordeling av arbeidsoppgaver. Oppgavedeling innebærer enten at en yrkesgruppe overtar oppgaver fra en annen yrkesgruppe, en utvider rollen eller ferdigheten til en yrkesgruppe eller individ (kompetanseheving) slik at flere kan utføre en oppgave, og/eller en etablerer nye funksjoner eller arbeidsoppgaver ved å introdusere en ny profesjon eller teknologi.

### **5.3.1. Oppgavedeling**

Psykisk helsevern og TSB er fagområder med stor grad av tverrfaglighet. Dette er særlig fordi den grunnleggende forklaring- og behandlingsmodellen involverer et bredt sett av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. For TSB er tverrfaglighet en særlig forutsetning, og det må være spesialisert personell i faglige nøkkelposisjoner (i.e. medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse).<sup>29</sup> Et annet eksempel er i BUP, hvor det benyttes et multiaksialt diagnostisk system. Her innebærer deler av klassifikasjonen spesifisering av somatiske tilstander og psykososiale forhold i barnets omgivelser. Videre er tiltakene ofte spredt utover flere arenaer (e.g. familie, skole, psykisk helse), som fordrer en differensiert bemanningssammensetning. Et tredje eksempel vil være videreutvikling av behandlingsinnhold, så som individuelt tilpasset jobbstøtte (IPS) – som bygger på et forpliktet samarbeid mellom helsetjenesten og NAV. Dette vil kunne stille andre krav til kompetanse, enn tradisjonell behandlerkompetanse.

Døgnbehandling i PHV og TSB har flere likhetstrekk, men vekten av de ulike yrkesgruppene vil være forskjellig. I mange tilfeller er hovedmålet med døgnbehandlingen å redusere symptombelastning og å gjenopprette tidligere ervervet funksjonsnivå, der dette ikke vil la seg gjøre poliklinisk. Døgnheten er bygget opp med en tverrfaglig bemanning bestående av leger, psykologer, sykepleiere, vernepleiere, miljøterapeuter, sosionomer, pedagoger, helsefagarbeidere og enkelte andre yrkesgrupper. På døgnheter utgjør leger og psykologer en relativt liten andel av de ansatte, og de har det overordnede faglige behandlingsansvaret. Mange aspekter ved livet kan bli påvirket ved alvorlig forverring av psykiske lidelser. Miljøterapien er derfor en sentral del av behandlingen og skal legge til rette for å styrke pasientenes daglige funksjon når det gjelder f.eks. søvn, hygiene og ernæring, men også det sosiale samspillet med andre mennesker, gjenopprette opplevelse av egenmestring og pasientens videre vilkår for god fungering utenfor sykehus, inkludert økonomi, bolig, studier/arbeid osv. Enheten må også kunne arbeide med agitasjon, uro, trusler og voldelig atferd – på kort og lang sikt. Den brede forståelsen av døgnbehandling innen PHV/TSB understreker viktigheten av å forbli tverrfaglig orientert.

Noen oppgaver har en tydeligere profesjonsprofil. Dette er f.eks. forvaltning av tvungent psykisk helsevern, vurdering av medikamentell behandling, oppfølging av somatiske problemstillinger og en del utredninger og behandlinger. Samtidig vil mange enheter

---

<sup>29</sup> Helsedirektoratet, Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.

finne gode løsninger på oppgavedeling. Et godt eksempel på dette er «krisepakke» ved Oslo universitetssykehus HF. Sentralt i behandlingsopplegget er tidlig oppstart av krisesamtaler. Tradisjonelt ville disse samtalene utføres av lege eller psykolog påfølgende virkedag, men i denne modellen er ansvaret overført til sykepleiere. Dette innebærer ingen forsinkelser, god oppgavedeling og bruk av kompetanse. Et annet eksempel er hvordan enkelte helseforetak har tatt i bruk psykologer i vaktordninger i f.eks. akutt-team ved DPS og vaktlinjen til BUP. Et tredje eksempel på endret oppgavedeling er bruk av sykepleiere i poliklinisk oppfølging av medikamentell behandling av pasienter med ADHD ved BUP, Sykehuset Telemark HF. Sykepleiere følger her opp pasienter for utprøving og optimalisering av medikamentell behandling på delegasjon fra lege. Prosjektet ved Sykehuset Telemark HF er en del av TØRN-programmet i Helse Sør-Øst, hvor man systematisk arbeider for å fremme effektiv bruk av personellressurser.

Den polikliniske behandlingen er primært organisert rundt mer avgrenset utredning og behandling i form av serier med psykoterapi over tid, men med variasjoner over tjenesteområder (e.g. BUP og interaksjon med skole/familie; jobbmestring). For en del av forløpene, som både krever tettere oppfølging i pasientens eget miljø og samhandling over forvaltningsnivå, vil en økt bruk av bachelor/masterutdannede yrkesgrupper være hensiktsmessig, men også som terapeuter med videreutdanning i spesifikke forløp i allmennpoliklinikken. Leger i spesialisering, psykiatere, psykologer under videreutdanning og psykologspesialister har både gjennom sin utdanning, lov om spesialisthelsetjenester og psykisk helsevernloven, samt nasjonale veiledere, en særskilt rolle i forvaltningen av pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten. Kravene som stilles i forbindelse med utredning, diagnostikk og en del av behandlingene vil måtte innebære en prioritering av tilstrekkelig bemanning av disse yrkesgruppene i spesialisthelsetjenesten. Samtidig med dette er det svært viktig å arbeide videre med gode løsninger for å få best utbytte av den enkelte yrkesgruppes særskilte kompetanse, både gjennom vante roller og oppgaver og ved å se på muligheter for å overta nye oppgaver. Slik kan man adressere eksisterende og eventuelt fremtidige rekrutteringsutfordringer for samtlige yrkesgrupper.

Ettersom utredningen og behandlingen i PHV/TSB er tverrfaglig, skjer mye av arbeidet i team. Dette krever klare rolle- og ansvarsfordelinger. Over de siste årene har det vært rettet mye oppmerksomhet mot mulige endringer i oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, herunder også PHV/TSB, fordi det har vært spesiell mangel på psykiatere og psykologspesialister.

Lege- og psykologspesialistenes rolle i PHV og TSB er omfattende. I dette inngår også «medansvaret» for andres behandleres pasienter. For både overleger og psykologspesialister vil dette kunne innebære at de har medansvar for andre behandleres sine pasienter ved diagnostisering, kvalitetssikring av forløp, forvaltning av tvungent psykisk helsevern og risikovurderinger gjennom forløpet. For leger vil det i

tillegg tilkomme ansvar for somatisk utredning og vurdering, samt vurdering av indikasjon for medikamentell behandling og oppfølging av denne.

Som omtalt i begynnelsen av seksjon 5, oppfattes «medansvaret» som belastende av psykiatere. Det oppleves ikke tilfredsstillende å være faglige garantister i en klinisk hverdag for pasientbehandling der de selv er lite involvert i mange behandlingsbeslutninger. Samtidig har retningslinjer og spesielt oppfatningen av disse de siste ti årene, medført en sentralisering av spesialistens rolle PHV og TSB med ytterligere forsterkning av «medansvars-oppgaver». Det har medført at deler av «medansvaret» oppleves som for omfangsrikt. Statens helsetilsyn har i forbindelse med herværende prosjekt uttrykt at personellressurser benyttes på beste måte gjennom hensiktsmessig arbeidsdeling, og at det er opp til den enkelte spesialistinstusjon å sikre en forsvarlig behandling hvor personell har den kompetansen som er nødvendig for å utføre de oppgaver som de er satt til å gjennomføre. I forslag til oppdatering av Nasjonale pasientforløp i psykisk helse og rus forslår Helsedirektoratet mer fleksibilitet med hensyn til spesialistinvolvering, hvor helseforetakene i større grad organiserer dette selv med plikt til at behandlingen er forsvarlig og at arbeidet er organisert slik at helsepersonellet kan utøve sine plikter på en forsvarlig måte. Dette fremkommer også av de nye nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern.<sup>20</sup>

Det er derfor behov for at fagmiljøene utarbeider klare retningslinjer for roller og ansvar, herunder hva som ligger i «medansvaret». Samtidig må spesialistene være involvert i behandlingsforløpene i slik grad at man opplever at man har grunnlag for et reelt «medansvar». Andre behandlere må ha nødvendig kompetanse til å være trygge på de deler av behandlingsforløpet som de er ansvarlige for. Det har i denne sammenheng vært særlig pekt på behov for tydeliggjøring av legerollen.

Det observeres en styrkning av andel leger og psykologer ved flere helseforetak særlig i Oslo og omegn, ledsaget av en vurdering om at dette er faglig ønskelig.<sup>30</sup> Det er tidligere påpekt at dette også er et uttrykt ønske fra flere helseforetak, hvor det har vært vanskeligere å rekruttere. Som følge av dette ser vi en økende forskjell i andel leger og psykologer mellom helseforetak i Helse Sør-Øst. Denne forskjellen gjenspeiler seg også i antallet LIS 3 i spesialisering. En sentral rekrutteringskilde til overleger er lokalt utdannede spesialister, slik at dette gir grunn til bekymring. Samtidig med oppmerksomhet rettet mot å beholde og rekruttere flere leger til å ønske spesialisering innen fagområdene, må tjenestene arbeide videre med modifierende faktorer som oppgavedeling og digitalisering. I dette arbeidet bør også nysgjerrighet på hvordan en kan dele kompetanse på tvers av foretak i regionen inngå. Et eksempel på dette vil være om det er mulig å rekruttere overleger som har delt arbeid mellom et Oslo-sykehus og et sykehus utenfor Oslo. Her kan man se for seg kombinasjon av ordninger for oppmøte og

---

<sup>30</sup> Det vises også til vedlegg 8.3 i rapport om tematisk organisering: Forenkle og forbedre, hvor de ulike organisasjonene har gitt uttrykk deres syn på ivaretagelse av egen kompetanse inn i forløp i psykisk helsevern.

arbeid på video. Kapasitet relatert til eBehandling kan også være et egnet område hvor deling av spesialistkompetanse mellom helseforetakene i regionen kan ses nærmere på.

I videre arbeid med oppgavedeling må det også vurderes om oppgaver som ikke er direkte behandleroppgaver kan overtas av annet personell, slik at behandlere får frigjort tid til pasientbehandling. Det gjelder både ved poliklinikker og døgnavdelinger.

For bedre bruk av medarbeideres kompetanse og oppgavedeling anbefales følgende tiltak:

Regionale tiltak:

- Tilrettelegge for økt kompetanse innen forbedringsmetodikk
- Gjennomføre læringsnettverk med fokus på oppgavedeling for læring og erfaringsutveksling
- Dele vellykkede eksempler på gjennomførte oppgavedelingsprosjekter
- Legge til rette for flere søknader fra PHV/TSB på regionale TØRN-midler

Lokale tiltak:

- Systematisk forbedringsarbeid med oppgavedeling

#### **5.4. Ledelse og arbeidsmiljø**

Det foregår systematisk lederopplæring og lederutvikling ved alle virksomhetene i regionen. Nyansatte ledere har tilbud om lokalt utviklet opplæringsprogram som gir en god innføring i mange av de administrative lederoppgavene (arbeidstidsplanlegging, rekruttering, oppfølging av sykmeldte, HMS-arbeid, etc.). I tillegg tilbys, i varierende grad, ulike lederutviklingstiltak (ledersamlinger, mentorordninger, motivasjonskurs, lederutviklingsprogram (egenutviklet eller ved eksterne tilbydere).

Lederne stilles ovenfor ulike og komplekse utfordringer som krever balanse mellom administrasjon, faglig ledelse og omsorg for ansatte. De har mange administrative oppgaver som kan gå på bekostning av mer langsiktig prosesser som strategiutvikling, fagledelse og egenutvikling. Økonomien oppleves som stram og økt turnover/rekrutteringsutfordringer bidrar til at mye tid går med til rekrutteringsprosesser. Som synliggjort i seksjon 4.7 «Lederspenn», har mange ledere ansvar for mange ansatte. Et stort lederspenn utfordrer handlingsrommet til lederne, og det er fare for at relasjons- og endringsorienterte lederoppgaver blir nedprioritert eller delegert til andre. Dette medfører kanskje spesielt at førstelinjelederne i større grad blir en administrator og oppgaveorientert leder. Det kan derfor være gode grunner til å se nærmere på handlingsrommet for førstelinjelederne, og om det bør gjøres noe strukturelt for å bedre ledervilkårene for dette nivået.

Arbeidsmiljøet spiller en viktig rolle i arbeidet med å beholde og rekruttere kompetanse. Et godt arbeidsmiljø bidrar til å fremme trivsel, engasjement, innsatsvilje og kreativitet



som er nødvendig for å finne frem til nye og bedre måter å levere tjenesten på. Faktorer i arbeidsmiljøet kan påvirke fravær og frafall.<sup>31,32</sup>

ForBedring-undersøkelsen gir ledere verdifull innsikt i medarbeidernes opplevelse av arbeidsmiljøet. En god etterfølgende dialog med basis i kartleggingen kan hjelpe til med å identifisere styrker som kan brukes i rekrutteringen, og områder som krever forbedring for å beholde ansatte.

Det stilles store krav til lederne. Det er viktig å beholde og videreutvikle gode ledere for å sikre stabile og effektive lederteam. Ikke minst er det viktig med utvikling og støtte til førstelinjeledere som ledere for enhetene hvor den daglige pasientbehandlingen skjer.

Følgende tiltak anbefales:

Regionale tiltak:

- Kartlegge behovet for et regionalt lederutviklingsprogram i samarbeid med og for førstelinjelederne

Lokale tiltak:

- Legge til rette for at ledere gjennomfører nødvendig lederopplæring
- Legge til rette for erfaringsutveksling mellom ledere gjennom lederutviklingsprogrammer, regelmessige ledersamlinger og ledernetverk
- Legge til rette for nødvendig administrativ støtte (HR og økonomi)
- Vurdere lederspenn og organisering ved større enheter
- Legge til rette for regelmessig dialog og involvering av ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten

## **5.5. Lokale tiltak for å rekruttere og beholde personell**

Flere fag- og forskningsartikler har sett nærmere på ulike tiltak som vil kunne påvirke virksomhetenes muligheter for å rekruttere og beholde personell.<sup>33</sup> De tiltakene som beskrives i litteraturen fremkommer også i handlingsplanene som virksomhetene har utarbeidet, spesielt i forhold til arbeidet med å rekruttere og beholde personell innen psykisk helsevern. Under følger en oppsummering av de ulike tiltakene som virksomhetene til sammen har rapportert at de arbeider med. En slik sammenfatning er ment som inspirasjon eller en «verktøykasse», for å teste ut tiltak som den enkelte leder ikke har tenkt på eller forsøkt.

---

<sup>31</sup> Knardahl, S. et al. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær - Arbeidsforhold av betydning for sykefravær, Tidsskrift for velferdsforskning, 19, 2.

<sup>32</sup> Hem, K. G. et al. (2016). Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader, SINTEF A-27430.

<sup>33</sup> De Vries, N. et al. (2023). Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace, Healthcare, 11.

### *Rekrutteringsprosessen*

Virksomhetene opererer i det samme rekrutteringsmarkedet og i dagens arbeidsmarked er det dem som bruker tid og ressurser på markedsføring som fremstår som attraktive arbeidsgivere. Dette dreier seg om evnen til å profilere fagmiljøet, mulighetene for fagutvikling og forskning, og tydelighet om hva slags kompetanse det søkes etter. Hver gang en ansatt slutter er en god mulighet for å vurdere; har vi den rette kompetansen i vår enhet eller er det behov for å rekruttere inn andre for å komplementere teamet?

Selve rekrutteringsprosessen må for søkere erfares som profesjonelt gjennomført. Annonsen er det første møte med potensielle søkere og inngangsporten til en mulig ansettelse. Straks etter søknadsfristen har utløpt bør alle søkere kontaktes og aktuelle innkalles til intervju - søkere er ferskvare. HR-avdelinger/enheter har mye erfaring og kunnskap som enhetene bør benytte.

Et godt omdømme skapes ikke av seg selv, men påvirkes av ulike faktorer. Hver enkelt enhet har områder en er stolt av og lykkes godt med. Dette bør fremheves på alle egnede arenaer, om det er saker i media og/eller sosiale medier, konferanser, o.l. Å legge til rette for at andre kan bli kjent med enheten er et annet tiltak. Deltakelse på utdanningskonferanser, innlegg eller stands på utdanningsinstitusjoner eller tilbud om hospiterings- eller praksisplasser kan virke positivt.

### *Mottak og oppfølging av nyansatte*

Det er selvsagt viktig at nyansatte møtes på en god måte. De enkelte enheter/avdelinger bør ha et strukturert program for mottak og opplæring av nyansatte, i tillegg til det som er felles for hele foretaket. Det kan gi nyansatte raskere tilhørighet til avdelingen, bidra til at ansatte kan oppleve at de gjør en god jobb, og at de opplever at enheten er opptatt av kompetanse, utvikling og læring. Det vil være med på å avklare forventninger, både hos den ansatte og hos leder.

BUPA i Vestre Viken har revidert sitt program for nyansatte, og det kan være et fint utgangspunkt for andre enheter som ikke har utarbeidet dette så strukturert.<sup>34</sup> Programmet er revidert på bakgrunn av tilbakemeldinger som ledere har fått ved sluttsamtaler. Det er samme opplæringsplan for fast ansatte, ansatte i engasjementer/vikariater og psykologer i hovedpraksis. Hovedelementer i programmet er følgende:

#### Før oppstart

- Informasjon om opplæring og plan for første uke når oppstartsdato er klar
- Booke tider for opplæring mv – «forløpstenkning»

#### Første uke

- Brukes hovedsakelig til opplæring og til å følge erfarne kolleger
- Fastsatt opplæringsprogram som kan tilpasses erfaringsprogram

---

<sup>34</sup> Innlegg ved avd. psykolog Jørgen Blom, Vestre Viken HF, prosjektgruppemøte 14.03.24

### Første halvår

- Faste oppfølgingssamtaler
- Medarbeidersamtaler
- Utdanningsplaner for å sørge for spesialistutdanningen av leger og psykologer
- Felles nyansattdag – samling for nyansatte
- Spesifikke kurs – trening

Et strukturert program reduserer tilfeldigheter og uønsket variasjon i hvordan nyansatte tas imot. Det krever avsatt tid, noe som er krevende i en travel hverdag. Men det vurderes som vel anvendt tid med hensyn til å beholde ansatte.

Det har vært et særskilt fokus på arbeidsforhold og arbeidsbelastning for leger i spesialisering det siste året. I etterkant har flere av foretakene i regionen etablert fadderordning for LIS-leger.<sup>35,36</sup> Dette er et nettverk av, for og med LIS-leger som legger til rette for at arbeidsforholdene for nye LIS-leger blir enklere. Andre har etablert strukturert og regelmessig veiledning hvor målet er at de nyutdannede legene skal bli bedre rustet til å ta vare på seg selv og sin egen helse. Dette er tiltak som alle enheter burde kunne gjennomføre i egen virksomhet, og som er like aktuelle for alle yrkesgrupper, ikke bare leger.

### *Fagutvikling og karrieremuligheter*

Gode fagmiljøer og mulighet for faglig utvikling er avgjørende både for rekruttering og for at ansatte skal bli værende. Arbeidet skjer i stor grad i team, og det er viktig å bygge gode team hvor deltakerne er trygge, og det er klar oppgave- og ansvarsfordeling. Det er viktig å skape fellesskapsfølelse med gode kollegafellesskap. Satsing på faglig kvalitet er sentralt, felles fagdager, etablering av faglige nettverk, systematisk forbedringsarbeid, faglig utvikling og fordypning, vurdere mulighetene for delte stillinger mellom forskning og drift eller generelt legge til rette for samt mulighet for deltakelse eller ledelse av ulike forskningsprosjekter.

### *Organisering*

Hvordan virksomheten og arbeidet for den enkelte ansatte organiseres, er viktig. Flere ansatte etterspør fleksibilitet i arbeidstidsordninger. Det kan blant annet ha sammenheng med hvilken livsfase man er i, f.eks. i fasen med små barn. For enkelte ansatte kan muligheten for hjemmekontor enkelte dager i uken være både tidsbesparende og oppleves som et gode. For turnusstillinger har det vært gjort forsøk med lengre vakter som har vist seg nyttig i flere sammenhenger. Vaktordningene bør regelmessig evalueres og om nødvendig justeres. I andre situasjoner kan det være redusert arbeidstid eller mer spesielt tilpasset tid etter ønske. Slike ønsker bør vurderes dersom det kan la seg gjøre. Videre har sannsynligvis kravene til effektivitet over år resultert i at tilbud som tidligere ble oppfattet som et gode, blitt redusert. Uten å ta stilling til spesifikke goder, kan det være viktig å vurdere hva tilgang på barnehager med

---

<sup>35</sup> [Se for eksempel denne artikkelen fra Sykehuset Østfold HF](#)

<sup>36</sup> [Se for eksempel denne artikkelen fra Vestre Viken HF](#)

åpningstider som reflekterer arbeidstid, parkering og kontorplasser representerer for ansattes opplevelse av arbeidsmiljø.

Ulike sluttundersøkelser peker på at det ikke nødvendigvis er lønn som er avgjørende for at personell velger å slutte. Dog er det viktig å vurdere ulike tiltak av økonomisk art dersom en enhet erfarer rekrutteringsutfordringer. Dette kan gis som differensiert personlig tillegg, kompensasjon for ugunstig arbeidstid, særlig utfordrende arbeidssituasjon, etc. Ulike kompensatoriske tiltak bør regelmessig vurderes opp mot aktuelle utfordringer.

### *Sluttundersøkelse*

Fra 2024 har alle helseforetakene i regionen en felles sluttundersøkelse som sendes ut til de som slutter helt i foretaket. I perioden 1.1.24-13.8.24 ble det sendt ut 2239 spørreskjemaer, og 958 har svart (41 %). Med sluttundersøkelsen får ledere systematisert kunnskap om mobilitet mellom HF-ene og regionene. Foreløpige analyser viser at kompetansen blir i sykehus ved at 4 av 10 går videre til et annet sykehus, og 2 av 10 går til private/ideelle sykehus. Kommunen rekrutterer også fra sykehusene, hvor 3 av 10 svarer at de skal til en kommunal helsetjeneste. Hvor mange som rekrutteres tilbake fra kommunene er foreløpig ikke kjent. Av svarene som har kommet inn etter et halvt års drift, oppgir 21 % av de som har svart, at de slutter som helsepersonell.

Sluttundersøkelsen viser også at det er en glidning fra kliniske til administrative stillinger. Selv om dette er stillinger som handler om forskning, utviklingsarbeid, ledelse eller administrative støttefunksjoner til den kliniske driften, taper dette tjenesten for helsepersonell i kliniske funksjoner. Sluttundersøkelsen vil på sikt kunne bidra med innsikt som kan benyttes i det strategiske planleggingsarbeidet av utdanning og kompetanse, og bidra til å vise hva behovet er for utdanning og nyrekruttering av helsepersonell i forhold til evnen til å tilbake-rekruttere fagressurser.

Sluttundersøkelsen har et åpent spørsmål med mulighet for å skrive inn tekstsvaer. På spørsmålene «Kan du helt til slutt si litt om som hva har vært positivt med å jobbe hos oss?» og «Har du andre kommentarer til ditt valg om å slutte hos oss?». Svarene så langt indikerer at det handler om ledelse, arbeidsmiljø og organisering, lønn og arbeidsvilkår.

## **5.6. Tiltak nærmere omtalt i seksjon 6 – Modifiserende faktorer**

Flere av tiltakene som er beskrevet nedenfor som modifiserende faktorer for bemanningsbehov, vil kunne bedre rekruttering og bidra til å beholde medarbeidere. Det gjelder

- Mindre tid medgått til dokumentasjon og rapportering. Det vil øke tiden som kan brukes til direkte pasientbehandling, noe behandlere etterlyser.
- Styrket kapasitet i poliklinikkene
- Bedre IKT-verktøy som understøtter arbeidsprosessene

- Faglig utvikling med bedrede pasientforløp, herunder tematisk organisering, videreutvikling av eBehandling og kvalitetsarbeid f.eks. knyttet til DelMedMeg
- Bedret samhandling

Det henvises til nærmere diskusjon om disse punktene nedenfor.

## 6. Modifiserende faktorer for behov for helsepersonell

I det følgende omtales faktorer som kan modifisere behovet for helsepersonell i årene framover. Oppsummering og estimering av beregnede effekter av disse modifiserende faktorer gjøres i seksjon 7.

### 6.1. Utvikling i antall ventende og ventetider

Det er en økning i polikliniske årsverk i alle de tre tjenesteområdene i perioden 2016-2023. Til tross for dette observeres det en utvikling med flere ventende og økende ventetider. På regionalt nivå er det flere pasienter som blir avviklet fra ventelisten (dvs. startet utredning/behandling), enn hva veksten i årsverk skulle tilsa. Flere pasienter blir således behandlet per netto årsverk. Tabell 60 nedenfor sammenstiller denne utviklingen.

År	VOP			BUP			TSB		
	Nyhenviste	Avviklede	Ventende per desember	Nyhenviste	Avviklede	Ventende per desember	Nyhenviste	Avviklede	Ventende per desember
2016	24,1	17,8	3,2	13,5	10,2	2,1	19,1	12,1	1,5
2017	24,6	18,3	3,3	14,1	11,1	2,1	18,1	11,2	1,6
2018	26,3	19,1	3,1	14,2	11,2	1,8	18,4	11,8	1,4
2019	27,8	19,8	3,2	13,8	10,2	1,9	18,4	11,8	1,3
2020	27,3	19,6	3,3	13,7	10,4	2,2	18,2	11,4	1,3
2021	29,3	21,1	3,6	16,1	12,4	2,3	18,4	11,4	1,3
2022	30,1	21,8	4,0	15,8	12,2	2,4	19,2	12,3	1,2
2023	31,4	21,7	4,4	16,1	12,8	2,1	18,7	11,5	1,2
Endring									
2019-2023	12,9 %	9,7 %	36,2 %	16,1 %	24,8 %	10,0 %	2,0 %	-2,2 %	-8,0 %

Tabell 60. Utvikling i antall nyhenviste, avviklede og ventende pr netto årsverk pr tjenesteområde, ved helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR og RDAP.

Som gjennomgått i seksjon om poliklinisk aktivitet over (seksjon 3.1.4), vil økningen i antall ventende, særlig i VOP, kunne være et uttrykk for en kapasitetsutfordring. Samtidig vil organisering av eksisterende kapasitet, terskel for inntak og forvaltning av forløp spille en viktig rolle. Tabell 61 nedenfor sammenstiller den standardiserte raten per 100 000 for polikliniske konsultasjoner (ekskludert indirekte aktivitet og telefon/video samt aktivitet relatert til LAR-behandling i TSB) og antall nyhenviste, samt ventetid i dager for avviklede pasienter over opptaksområder i Helse Sør-Øst.

Standardisert rate for polikliniske konsultasjoner og nyhenviste; ventetid i dager 2023 over opptaksområder i Helse Sør-Øst						
Opptaksområde	Standardiserte rater per 100 000		Ventetid i dager	Ratio		
	Polikliniske konsultasjoner	Nyhenviste		Polikliniske konsultasjoner	Nyhenviste	Ventetid i dager
<b>VOP</b>						
Helse Sør-Øst	31 039	1 974	51,9	1,00	1,00	1,00
Akershus universitetssykehus	30 138	1 805	59,5	0,97	0,91	1,15
Diakonhjemmet Sykehus	29 593	1 856	45,0	0,95	0,94	0,87
Lovisenberg Diakonale Sykehus	40 694	2 430	57,4	1,31	1,23	1,11
Oslo universitetssykehus	31 735	1 859	44,7	1,02	0,94	0,86
Sykehuset i Vestfold	29 621	2 368	42,8	0,95	1,20	0,83
Sykehuset Innlandet	31 884	1 653	48,2	1,03	0,84	0,93
Sykehuset Telemark	25 679	1 885	60,2	0,83	0,95	1,16
Sykehuset Østfold	25 356	2 164	55,7	0,82	1,10	1,07
Sørlandet sykehus	34 468	1 645	51,2	1,11	0,83	0,99
Vestre Viken	31 225	2 077	48,8	1,01	1,05	0,94
<b>BUP</b>						
Helse Sør-Øst	71 328	2 958	49,5	1,00	1,00	1,00
Akershus universitetssykehus	66 420	3 317	47,1	0,93	1,12	0,95
Diakonhjemmet Sykehus	78 139	2 906	37,8	1,10	0,98	0,76
Lovisenberg Diakonale Sykehus	85 796	2 791	45,0	1,20	0,94	0,91
Oslo universitetssykehus	80 355	2 565	51,5	1,13	0,87	1,04
Sykehuset i Vestfold	80 251	3 297	39,1	1,13	1,11	0,79
Sykehuset Innlandet	62 459	2 748	59,4	0,88	0,93	1,20
Sykehuset Telemark	68 165	3 037	42,7	0,96	1,03	0,86
Sykehuset Østfold	65 175	3 724	55,0	0,91	1,26	1,11
Sørlandet sykehus	47 864	2 771	57,6	0,67	0,94	1,16
Vestre Viken	78 658	2 423	46,7	1,10	0,82	0,94
<b>TSB</b>						
Helse Sør-Øst	8 230	382	32,1	1,00	1,00	1,00
Akershus universitetssykehus	5 414	361	27,5	0,66	0,94	0,86
Diakonhjemmet Sykehus	7 900	430	33,3	0,96	1,12	1,04
Lovisenberg Diakonale Sykehus	10 939	536	43,3	1,33	1,40	1,35
Oslo universitetssykehus	8 177	384	34,0	0,99	1,00	1,06
Sykehuset i Vestfold	17 258	327	37,0	2,10	0,85	1,15
Sykehuset Innlandet	3 288	198	37,2	0,40	0,52	1,16
Sykehuset Telemark	7 296	422	29,0	0,89	1,10	0,90
Sykehuset Østfold	8 668	473	25,2	1,05	1,24	0,78
Sørlandet sykehus	7 158	437	29,6	0,87	1,14	0,92
Vestre Viken	6 200	257	34,1	0,75	0,67	1,06

Tabell 61. Standardisert rate for antall polikliniske konsultasjoner og nyhenviste over tjenesteområde og opptaksområde, samt gjennomsnittlig ventetid. Helseforetak/sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

Resultatene illustrerer differensierte utfordringer, hvor for eksempel områdene til Sykehuset Telemark og Sykehuset Østfold har relativt sett færre polikliniske konsultasjoner sett mot nyhenviste og lengre ventetider enn regionalt gjennomsnitt.

Helseforetakene fordeler den samlede kapasiteten innad og mellom tjenesteområdene slik de vurderer det som rimelig og hensiktsmessig, men med den observerte utviklingen i ventende på behandling og tilbakemeldinger om presset kapasitet, foreslås det at veksten i antall ventende per desember fra 2019 til 2023 relativt til antall polikliniske pasienter i 2023 operasjonaliseres som et uttrykk for en underkapasitet. Effekten vil da variere over helseforetak og tjenesteområder. Tabell 62 nedenfor

sammenstiller resultater av en slik justering. Det foreslås ingen endring ved helseforetak som har hatt en reduksjon i antall ventende. Samlet regionalt utgjør effekten en økning på 1,8%.

Effekt av å korrigere for endring i antall ventende per desember 2019 og 2023 for poliklinikk i Helse Sør-Øst								
Antall ventende per desember								
	2019	2023	Endring	Antall polikliniske pasienter	Andel endring ventende av pasientpopulasjon	Netto årsverk	Netto årsverk korrigert	Endring
<b>TSB</b>	<b>505</b>	<b>489</b>	<b>-16</b>	<b>18 441</b>	<b>-0,1 %</b>	<b>400</b>	<b>400</b>	<b>0,1 %</b>
Akershus universitetssykehus HF	93	91	-2	3 196	-0,1 %	51	51	0,0 %
Oslo universitetssykehus HF	79	81	2	2 961	0,1 %	96	96	0,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	57	50	-7	1 782	-0,4 %	50	50	0,0 %
Sykehuset Innlandet HF	49	32	-17	1 607	-1,1 %	34	34	0,0 %
Sykehuset Telemark HF	18	17	-1	823	-0,1 %	18	18	0,0 %
Sykehuset Østfold HF	65	77	12	2 421	0,5 %	57	57	0,5 %
Sørlandet sykehus HF	67	74	7	2 153	0,3 %	50	50	0,3 %
Vestre Viken HF	77	67	-10	3 498	-0,3 %	45	45	0,0 %
<b>VOP</b>	<b>4 103</b>	<b>5 959</b>	<b>1 856</b>	<b>79 384</b>	<b>2,3 %</b>	<b>1 366</b>	<b>1 398</b>	<b>2,3 %</b>
Akershus universitetssykehus HF	757	1 509	752	15 729	4,8 %	297	311	4,8 %
Oslo universitetssykehus HF	479	598	119	10 875	1,1 %	133	135	1,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	343	522	179	8 100	2,2 %	119	121	2,2 %
Sykehuset Innlandet HF	538	479	-59	9 331	-0,6 %	159	159	0,0 %
Sykehuset Telemark HF	170	572	402	4 622	8,7 %	66	72	8,7 %
Sykehuset Østfold HF	602	815	213	8 738	2,4 %	156	160	2,4 %
Sørlandet sykehus HF	445	458	13	8 538	0,2 %	212	212	0,2 %
Vestre Viken HF	769	1 006	237	13 451	1,8 %	224	228	1,8 %
<b>BUP</b>	<b>1 868</b>	<b>2 406</b>	<b>538</b>	<b>36 386</b>	<b>1,5 %</b>	<b>1 124</b>	<b>1 143</b>	<b>1,6 %</b>
Akershus universitetssykehus HF	433	598	165	8 040	2,1 %	236	241	2,1 %
Oslo universitetssykehus HF	173	243	70	4 928	1,4 %	172	174	1,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	207	133	-74	3 106	-2,4 %	105	105	0,0 %
Sykehuset Innlandet HF	227	249	22	4 230	0,5 %	159	160	0,5 %
Sykehuset Telemark HF	88	154	66	2 232	3,0 %	70	72	3,0 %
Sykehuset Østfold HF	297	393	96	4 200	2,3 %	86	88	2,3 %
Sørlandet sykehus HF	163	322	159	3 562	4,5 %	114	119	4,5 %
Vestre Viken HF	280	314	34	6 088	0,6 %	184	185	0,6 %
<b>Total</b>	<b>6 476</b>	<b>8 854</b>	<b>2 378</b>	<b>134 211</b>	<b>1,8 %</b>	<b>2 890</b>	<b>2 941</b>	<b>1,8 %</b>

Tabell 62 Effekt i netto årsverk av å korrigere endring i antall ventende. Fordelt på tjenestoområde og helseforetak i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR og RDAP.

## 6.2. Indikasjon for behandling og samhandling

Overordnede helsepolitiske føringer over de siste årene har vært tydelige på at bedre samhandling er en forutsetning for å adressere utfordringer relatert til tilgang til helsepersonell. Det påpekes også av lederne innen psykisk helsevern i Legeforeningens undersøkelse.<sup>37</sup> En høy andel av pasientene i spesialisthelsetjenesten (avhengig av diagnose og funksjon) mottar behandling i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Særlig for pasientgrupper med overlappende behandlingstilbud i både spesialist- og primærhelsetjenesten (e.g. polikliniske forløp for milde og moderate tilstander), vil tydeligere oppgavedeling påvirke behov for helsepersonell. I seneste opptrappingsplan til psykisk helsevern skriver Helse- og omsorgsdepartementet at veiledere må utarbeides for de vanligste tilstandene, med tydelig ansvar- og oppgavedeling.<sup>38</sup>

<sup>37</sup> Legebarometeret. Rapport 10-2021, Samfunnsøkonomisk analyse AS.

<sup>38</sup> Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)



Det har over tid vært arbeidet målrettet med å styrke det kommunale tilbudet innen psykisk helsevern. Det har særlig vært rettet oppmerksomhet mot å styrke lavterskeltilbud som kan innebære både forebygging og tidlig intervensjon og behandling ved lette til moderate psykiske lidelser. Fastleger, kommunepsykolog og helsestasjons- og skolehelsetjeneste er sentrale i tilbudet. I tillegg har mange kommuner opprettet andre lavterskeltilbud som f.eks. «Rask psykisk helsehjelp». Tilbudet og varierer imidlertid betydelig mellom kommunene. Riksrevisjonen har i sin gjennomgang av psykisk helsefeltet påvist stor variasjon i både tilbud og organisering av kommunale psykiske helsetilbud.<sup>39</sup> I opptrappingsplanen for psykisk helse (2023-2033) er et viktig tiltak å styrke det kommunale lavterskeltilbudet.

Antall kommunale årsverk innen psykisk helsearbeid har økt nasjonalt med 25% fra 13 936 i 2016 til 17 436 i 2023.<sup>40</sup> I 2021 utgjorde årsverk i kommuner i Helse Sør-Øst 53% av totale årsverk i kommunene. Det var i 2023 12 510 brutto årsverk i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst, noe som gir et samlet volum (primær- og spesialisthelsetjeneste) på om lag 21 751 årsverk til psykisk helse og rus i Helse Sør-Øst. Det var 3 120 058 innbyggere i Helse Sør-Øst i 2023, noe som innebærer at det var 143 innbyggere per årsverk innen psykisk helse og rus. For barn og unge er det samme uttrykket 134 innbyggere i alderen 0-17 år per årsverk. Den samlede estimerte årsprevalensen av psykiske lidelser i Norge er på 16-22%.<sup>41</sup> Dette gir 23-32 innbyggere med psykiske lidelser per årsverk. Det indikerer en høy årsverksinnsats, hvor det særlig er viktig med avklart ansvar- og oppgavedeling, for å redusere risiko for overlappende helsetjenester samtidig som tilbudet til pasientene blir best mulig. Helsefelleskapene vil her være en sentral arena for samarbeid om best mulig samlet ressursstyring.

Ung arena + i Tønsberg, som er et samarbeidsprosjekt mellom kommunal helsetjeneste og Sykehuset i Vestfold HF, har etablert en felles tjeneste med tilgang til både lavterskeltilbud og spesialisthelsetjeneste i samme lokale. Dette kan være et godt eksempel hvor helsetjenestene samarbeider aktivt, og hvor en således i større grad identifiserer behovet for helsepersonell. Akershus universitetssykehus HF har i 2024 også fått i oppdrag å legge til rette for utprøving av samarbeid med kommuner, og det vises til Helsedirektoratets oppdrag om å utrede hvordan integrert ungdomstjeneste kan innrettes, piloteres og evalueres.

Utdanning av helsepersonell til kommunene er også en del av spesialisthelsetjenestens ansvar. Sluttundersøkelsen fra Helse Sør-Øst RHF i 2024 indikerer at en større andel av de som slutter går til kommunehelsetjenesten (jfr. seksjon 5.5). Det er således viktig å få bedre forståelse for behovet i primærhelsetjenesten. Dette gjelder blant annet utdanningskapasitet, men også hvilket volum som må forventes vil bevege seg mellom

---

<sup>39</sup> Riksrevisjonen: Undersøkelse av psykiske helsetjenester, Dokument 3:13 (2020-2021)

<sup>40</sup> Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2023). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten. SINTEF, id 2023-01333.

<sup>41</sup>FHI. (2018). Psykisk helse i Norge [rapport]. Folkehelseinstituttet.

forvaltningsnivåene. For enkelte yrkesgrupper (e.g. helsefagarbeidere og vernepleiere, og i en viss grad sykepleiere) er det også et visst nivå av årsverk som arbeider i begge nivåer (jfr. seksjon 4.9).

Samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innebærer også en betydelig innsats overfor pasienter med behov for komplementære helsetjenester. Dette vil være pasienter med behov for hjemmetjenester, praktisk bistand og boligtilbud i kommune – parallelt med oppfølging i spesialisthelsetjeneste. FACT er et eksempel på behandlingstiltak som involverer både spesialist- og primærhelsetjenesten samtidig. En forventet økning i antall pasienter som mottar tjenesten, vil ha konsekvenser for begge forvaltningsnivåer. For alle helseforetak i regionen er det registrert 2 386 pasienter med FACT i 2023. I henhold til tidligere nasjonalt estimat vil en forvente en tre-dobling av antall pasienter med behov for tjenester fra FACT, men i Vestre Viken HF sin gjennomgang er vurderingen at behovet er lavere enn dette.<sup>42</sup> Det er sannsynlig at det nasjonale estimatet er for høyt (600 per 100 000), og at prevalensen ikke skal tredobles fra dagens nivå. Framskrivningsmodellen for aktivitet inkluderer en effekt tilsvarende målsetning ved Vestre Viken HF. Det bemerkes samtidig en vurdering ved Oslo universitetssykehus HF, Søndre Oslo DPS, at dagens tilbud ble ansett å være dekkende.<sup>43</sup>

### **6.3. Tematisk organisering**

Flere forløp er i dag allerede tematisk organisert i en rekke helseforetak (e.g. alvorlig psykisk lidelse og psykoepoliklinikker; alderspsykiatri; OCD-behandling). Større grad av tematisk organisering særlig for inntak og utredning, samt noe mer standardisering for enkelte tilstandsgrupper, vil sannsynligvis gi mer behandlingseffektive forløp, understøtte oppgavedeling, selvstendig behandlingsansvar for flere, større muligheter for fagutvikling og læring i nettverk.<sup>44</sup>

Ekspertutvalget som leverte sin rapport høsten 2023 om å forenkle og forbedre, vurderer at dagens praksis rundt henvisninger, inntak og utredning er unødvendig komplekst og medfører overlappende vurderingsledd, noe som forsinker oppstart av effektiv behandling. En bedre organisering av inntak vil sannsynligvis gi mer tid til pasientbehandling. Utvalget anfører at antall vurderingsledd bør reduseres. Pasienter som kunne vært avklart langt enklere, møtes i dag med full basisutredning, noe som kan bidra til overforbruk av utredningsressurser og unødig forsinkelse av oppstart av effektive behandlingsforløp for pasienter med avklarte eller mer avgrensede behov. Utredningskrav og forløpstid for utredning i nasjonale pasientforløp bør gjøres mer fleksibelt. Inntaksarbeidet bør i større grad vektlegge pasientens behov og avklaring av behandlingsmål. Omfattende og presis diagnostikk er ikke avgjørende for fordeling til

---

<sup>42</sup> [Evaluering av FACT Vestre Viken HF](#)

<sup>43</sup> Presentasjon ved enhetsleder Ingunn Moss Hildrum, Oslo universitetssykehus HF, Søndre Oslo DPS.

<sup>44</sup> Forenkle og forbedre, Op.Cit.

riktig fagteam og oppstart av behandling.

Flere foretak har gode erfaringer med å komprimere utredningsforløpet for de pasientene som trenger full basisutredning, f.eks. til en halvdagsutredning. Innhenting av pasientrapporterte opplysninger digitalt kan bidra til å effektivisere henvisningsvurderinger og oppstart av helsehjelp, jfr. seksjon 6.9.3 om «DelMedMeg».

Ekspertgruppen vurderer også at det sannsynligvis vil være hensiktsmessig å tematisk organisere deler av behandlingstilbudet. De fleste har dedikerte enheter til psykose og spiseforstyrrelser mens gruppen også foreslår tematisk organisering av affektive lidelser og ADHD. Affektive lidelser utgjør den største enkeltgruppen i poliklinisk behandling, og en større grad av standardisering vil sannsynligvis ha flere effekter som at man i større grad kan legge til rette for mer frekvent behandling samt differensiere tilbudet til pasientgruppen bedre. ADHD er en tilstandsgruppe som har økt betydelig i DPS-ene i Helse Sør-Øst, og nærmere 8% av behandlingstid brukes i 2023 på denne diagnosegruppen. Utredning og behandling bør i større grad kunne standardiseres, og tiltak i grupper kan være gode løsninger.

### Gruppebehandling

Gruppebehandling tilbys til flere pasientgrupper ved helseforetakene og sykehusene i Helse Sør-Øst. Andelen er høyest for pasienter med personlighetsforstyrrelse, men her vil det også være stor grad av parallell individualbehandling. Gruppebehandling er også høyt forekommende ved ADHD. Tabell 63 nedenfor sammenstiller antall polikliniske pasienter over helseforetak/sykehus med opptaksområder og andel med registrert gruppebehandling. Gruppebehandling vil for enkelte diagnosegrupper være mer personellbesparende, ettersom en behandler vil forholde seg til flere pasienter på samme tid. Tabellen viser variasjon i bruk av gruppebehandling mellom helseforetakene, og illustrerer et differensiert potensial i bruk av gruppebehandling.

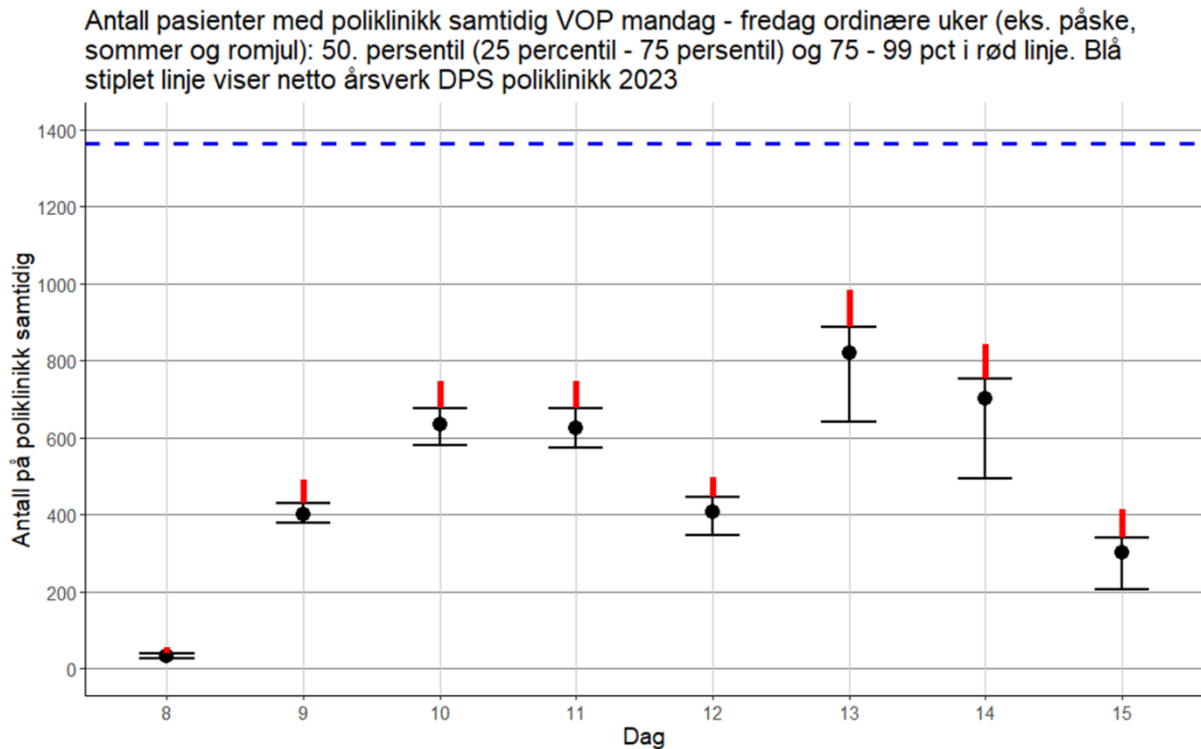
Andel pasienter med gruppebehandling i poliklinikk VOP 2023								
Helseforetak	Totalt		ADHD		Personlighetsforstyrrelse		Depresjon	
	Individer	Gruppe	Individer	Gruppe	Individer	Gruppe	Individer	Gruppe
Akershus universitetssykehus HF	15 786	8,5 %	1 391	12,1 %	961	40,3 %	3 780	6,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	4 522	12,7 %	248	6,9 %	213	29,1 %	1 393	11,3 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	7 160	11,2 %	726	19,0 %	527	30,0 %	2 231	9,3 %
Oslo universitetssykehus HF	10 875	8,7 %	567	4,9 %	692	27,2 %	2 334	6,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	8 100	12,1 %	1 225	27,0 %	240	38,3 %	1 180	10,3 %
Sykehuset Innlandet HF	9 331	6,9 %	1 272	15,6 %	542	16,2 %	2 095	5,4 %
Sykehuset Telemark HF	4 622	5,2 %	335	5,4 %	229	20,1 %	809	4,7 %
Sykehuset Østfold HF	8 739	11,1 %	1 037	21,7 %	446	33,0 %	1 605	11,7 %
Sørlandet sykehus HF	8 542	12,4 %	994	17,4 %	493	40,8 %	1 195	15,2 %
Vestre Viken HF	13 471	6,8 %	1 930	12,4 %	567	15,2 %	3 087	6,1 %

Tabell 63. Andel pasienter med gruppebehandling i poliklinikk VOP ved helseforetak og sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

## 6.4. «Ta tiden tilbake»

«Ta tiden tilbake» er et av seks satsningsområder i regional utviklingsplan.<sup>45</sup> Dette er en erkjennelse om at for mye av klinikerens tid brukes på andre forhold enn pasientbehandling.

Poliklinisk behandling foregår i hovedsak på hverdager innenfor normal arbeidstid. Fordelingen gjennom dagen vises i figur 13 nedenfor, med angitt behandlerkapasitet målt som antall netto årsverk i DPS poliklinikk (eks. administrasjon og ledelse).



Figur 13. Antall pasienter med poliklinikk samtidig, mandag til fredag i ordinære uker (ekskudert påske, sommer og jul). Stripet linje viser netto årsverk DPS poliklinikk 2023. Kilde: NPR og RDAP.

Det er flest pasienter i behandling kl. 13. Det er 22% lavere aktivitet kl. 10 og 11, mens aktiviteten kl. 09 og 15 er 50 – 65% lavere enn kl. 13. Fordelingen i rød linje (75-99-percentil) viser maksimum kapasitetsutøvelse på pasientbehandling. Figuren illustrerer variasjonen i kapasitetsutnyttelse gjennom dagen i poliklinikkene ved DPS i Helse Sør-Øst 2023, og kl. 13 er median kapasitetsutnyttelse 60%, mens 99-percentil viser kapasitetsutnyttelse på 72%. Den samlede effekten innebærer at om lag 38% av netto arbeidskapasitet benyttes til målbar pasientbehandling gjennom Norsk pasientregister.

Sammenligning av aktivitet målt i kontakter over år er krevende, ettersom det både er endringer i registreringer, praksis og organisering av behandling (jfr. drøfting av det i seksjon 3.1.1 over). Tid korrigerer til dels for enkelte av målefeilene, og det var 616 000

<sup>45</sup> Regional utviklingsplan 2040, Helse Sør-Øst

registrerte timer poliklinisk behandling ved DPS i 2016 fordelt på 1 184 netto årsverk. I 2023 var det 789 575 timer fordelt på 1 366 netto årsverk (en økning i antall timer på 28%). Dette innebærer en vekst i registrerte timer per netto årsverk fra 520 i 2016 til 578 i 2023. Dette utgjør en prosentvis vekst på 11%. Vi får mer poliklinisk behandling målt i timer per netto årsverk i 2023, sammenlignet med 2016. Samtidig viser figur 13 ovenfor en variasjon i kapasitetsutnyttelse, og gjennom store deler av dagen ser utnyttelsen ut til å være lav. Den målbare aktiviteten gjennom NPR viser at 38% av netto arbeidstid for klinikere i regionen som helhet går til pasientrettet behandling. Dette tar ikke hensyn til at klinikere har en rekke oppgaver og forpliktelser, som ikke framgår av aktivitetsregistreringen. Dette er blant annet kurs og annen kompetanseutvikling, veiledning, arbeid med henvisninger, dokumentasjon og obligatorisk møtevirksomhet.

I en undersøkelse gjennomført av Legeforeningen, rapporterte 70% av legene at de brukte 50% eller mindre av sin arbeidstid til direkte pasientbehandling (37% av legene brukte mindre enn 30% av arbeidstid på direkte pasientbehandling). Femti prosent av legene rapporterte at de brukte mer en 30% av tiden på dokumentasjon og administrativt arbeid (inkl. forvaltning av tvungent psykisk helsevern). Videre var en betydelig andel av tid brukt til pasient- og administrative møter (en av fire leger brukte 30% eller mer av tiden sin på møter). Videre viste data fra undersøkelsen en negativ utvikling fra 2020 til 2021.<sup>46</sup> I et arbeid ved Helse Vest ble det gjort en tilsvarende tidsundersøkelse for leger og psykologer, og resultatene er sammenstilt i tabell 64 nedenfor.<sup>47</sup> Resultatene er sammenfallende med legeundersøkelsen, men viser en noe mer differensiert fordeling hvor tid til direkte pasientarbeid er rapportert å utgjøre 31%. Dette arbeidet tar ikke hensyn til fravær og lignende, slik at resultatene er direkte sammenliknbare med hva man klarer å måle av registrerbar aktivitet opp mot netto polikliniske kliniske årsverk i Helse Sør-Øst (38% av netto årsverk).

---

<sup>46</sup> Sandvik, M. K. et al. (2024). Which factors affect job satisfaction of doctors in psychiatry? *Nordic journal of Psychiatry*, 78. Arbeidsgruppen har fått tilgjengeliggjort enkelte aggregerte sammenstillinger av data fra undersøkelsen som ikke var med i publisert materiale.

<sup>47</sup> Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB, vedlegg 5: Analysenotat. Helse Vest, styresak 080/2023.

Fordeling av tid - spørreundersøkelse blant spesialister og spesialister under utdanning						
	VOP	Andel	BUP	Andel	TSB	Andel
Tid med pasient	12,9	31 %	13,5	33 %	11,9	29 %
Pasientarbeid uten pasient tilstede	8,4	20 %	6,9	17 %	9,1	22 %
Fagnært arbeid	7,1	17 %	7,9	20 %	7	17 %
Registrering	1,5	4 %	1,6	4 %	1,4	3 %
Reisetid	0,6	1 %	0,6	1 %	0,8	2 %
Interne møter	3,3	8 %	2,7	7 %	2,9	7 %
Administrative oppgaver	2,1	5 %	2	5 %	1,9	5 %
Kurs	1,8	4 %	1,9	5 %	2,3	6 %
Prosjektarbeid	0,8	2 %	0,5	1 %	0,7	2 %
Lederoppgaver	0,8	2 %	0,5	1 %	0,3	1 %
Pause og annet	2,4	6 %	2,4	6 %	2,4	6 %
Timer per uke	41,7		40,5		40,7	

Tabell 64. Fordeling av tid – tidsundersøkelse for leger og psykologer, Helse Vest RHF.

Basert på legeundersøkelsen og undersøkelsen fra Helse Vest kan det forutsettes at om lag 30% av arbeidstid går til dokumentasjon og administrativt arbeid. Dette utgjør for klinikere i DPS Helse Sør-Øst 623 000 timer, som igjen gir et volum på om lag 14 timer per nyhenvist pasient. Ettersom det er en sterk økning i antall nyhenviste, vil også tiden som brukes til dokumentasjon øke. Tiden som brukes per nyhenvist pasient vil være summen av vurdering av henvisninger, samhandling, innkomst, utredning, løpende journal og epikriseskriving.

I neste seksjon omtales dokumentasjon og rapportering, samt tiltak som bør gjøre reduksjon av tidsforbruk til dette mulig.

## 6.5. Dokumentasjon og rapportering

Som diskutert ovenfor, brukes det mye tid på dokumentasjon og rapportering. Behandlerne opplever at det brukes mer tid på rapportering og dokumentasjon enn tidligere, og at dette medfører mindre tid til pasientbehandling. Myndighetene har også vært opptatt av å unngå unødig rapportering. Målet er at «innrapportering til registre skal skje mest mulig automatisk, uten dobbeltregistrering, og være en integrert del av de faste arbeidsprosessene».<sup>48</sup> Det skal gi redusert arbeidsbyrde for helsepersonell og høyere dekningsgrad og økt datakvalitet i helseregistre. Så langt skjer imidlertid i alt vesentlig rapporteringen manuelt. Redusert rapportering inngår i målsettingen om å «ta tiden tilbake».

Behandlere rapporterer diagnoser og prosedyrer knyttet til utredning og behandling. Dataene benyttes til oversikt over hvilke typer pasienter som behandles og hvilken behandling som gis, men også til finansiering av poliklinisk virksomhet som ledd i innsatsstyrt finansiering. Nasjonale pasientforløp for psykiske lidelser hos voksne og

<sup>48</sup> Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre – Samordning og koordinering av aktører og tiltak 2023. Rapport Direktoratet for e-helse 2023.

hos barn og unge samt for rusbehandling (TSB) fordrer en rekke rapporteringer i et forløp.

Det er seks nasjonale kvalitetsregistre innen psykisk helsevern/TSB. Dette er registre som er ønsket av fagmiljøene. To registre (ett for spiseforstyrrelser og ett for TSB) har eksistert i noen år, men har lav dekningsgrad. De øvrige fire er fortsatt i en oppstartfase. Ett av registrene (NorSpis) har nå lagt til rette for automatisert datafangst, og kvalitetsregisteret for behandling psykisk helsevern voksne skal kun baseres på automatisk datafangst. For øvrig skjer så langt registreringene manuelt (enten på papir eller webbaserte skjemaer). Dette medfører økt arbeidsbelastning for helsepersonell, fordi informasjon som allerede finnes i journal-/fagsystemer, må registreres på nytt.

Det er allmenn enighet om at registrering og rapportering i størst mulig grad må automatiseres, slik at dobbeltregistrering og annen tidkrevende rapportering unngås. Det pågår arbeid knyttet til automatisering, men arbeidet tar tid.

Helse- og omsorgsdepartementet gav i 2023 de regionale helseforetakene i oppgave å gjennomgå rapporteringskrav i psykisk helsevern og TSB. Det ble bedt om forslag til eventuelle endringer i rapporteringskrav og til tiltak som kan bidra til effektivisering av rapporteringen, herunder også støtte for behandlerne til rapporteringen. Målet med arbeidet er en lavere rapporteringsbyrde for behandlerne, og at rapporteringen skal oppleves som nyttig for arbeidet med pasientsikkerhet, forskning og kvalitets- og tjenesteutvikling. Samtidig som rapporteringen skal fylle behovet for å følge med, er målet at den skal bli enklere for tjeneste, og unødvendig rapportering skal unngås.

Som svar på oppdraget har de regionale helseforetakene oversendt rapporten «Rapportering til nytte eller plage? - Om rapporteringskrav i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling» til Helse- og omsorgsdepartementet.<sup>49</sup> I rapporten fra RHF-ene fremgår det at 70 % av respondentene i en spørreundersøkelse blant ansatte med direkte pasientrettet arbeid (2.500 respondenter totalt), mente at det blir brukt for mye tid til å dokumentere i journal, og at det blir ført for mye i journal for å holde «ryggen fri». Dokumentasjon relatert til forvaltning av tvungent psykisk helsevern har også økt i forbindelse med endringer i psykisk helsevernloven. Tilbakemeldinger er at spesialister i sykehusfunksjoner bruker uforholdsmessig mye tid på dokumentasjon og dobbeltdokumentasjon av forløpsinformasjon i slike situasjoner. Her bør det også være rom for forbedringer.

I rapporten fremmes følgende forslag:

- Koding av aktivitet bør begrenses til at kontakter registreres med diagnosedata. Koding av prosedyrer og liknende pga. innsatsstyrt finansiering bør avsluttes og erstattes med 100% rammefinansiering av psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

---

<sup>49</sup> Rapportering til nytte eller plage? - Om rapporteringskrav i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Interregional rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Vest 2024

- Koding av pasientforløpene innen PHV og TSB utgår. Pasientforløpene er av faglig høy verdi og bør fortsette som normerende, men man ser ikke sammenheng mellom målene for forløpende og registreringen av koder.
- Det må settes krav til at høsting av data til helseregistre automatiseres. Der hvor det ikke er mulig i dag, bør det settes en tidsfrist på 4-5 år for registrene til å innføre automatiserte løsninger. Man slutter seg til både målsettinger og tiltak som er foreslått i Direktoratet for e-helse sin rapport om automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre.
- Helseforetakene bør få i oppdrag å øke oppmerksomheten på journalføring. Alle som har direkte pasientrettet arbeid og dokumentasjonsplikt i elektronisk pasientjournal bør få kurs og rettledning i journalføring. Opplæringen må bli gjennomført slik at den blir opplevd som støtte og rettledning, slik at blir et bidrag til å trygge klinikerne i arbeidssituasjonen.

Koding av diagnosedata er grunnleggende i pasientbehandlingen. Prosedyrekoding er relativt begrenset, og har også verdi i vurdering av behandlingsopplegg, slik at det tjener andre formål enn innsatsstyrt finansiering. Det fremgår av Nasjonal helse- og samhandlingsplan at innsatsstyrt finansiering vil fortsette. Det må derfor legges til grunn av denne rapporteringen fortsetter. Det bør imidlertid vurderes om kodingen kan forenkles og ikke gjøres så detaljert. Behandlere må også få god veiledning i hvordan kodingen skal skje, slik at det blir enklest mulig. Det er også et område hvor annet personell kan avlaste behandlere.

De nasjonale pasientforløpene innen PHV og TSB har i dag en omfattende koding. I en spørreundersøkelse blant leger innen psykisk helsevern/TSB anga intervjuobjektene at pasientforløpene hadde medført en betydelig rapporteringsbyrde.<sup>50</sup> I de reviderte forløpene som nå er under utarbeidelse, er det lagt opp til en betydelig mindre rapporteringsgrad. I høringsinnspill vurderes det som positivt, men innspillet fra RHF-ene i ovennevnte rapport er at egen koding i pasientforløpene bør utgå fullstendig.

Innspill fra Statens Helsetilsyn i det herværende arbeidet er at deres erfaring fra tilsyn er at det brukes for mye ressurser på å skrive journal og dokumentere. Det ses for lange og ufokuserte journalnotater og epikriser. Det anbefales at det gis opplæring i journalføring. Det stilles også spørsmål ved om skjematisk utredning over mange konsultasjoner kan svekke det diagnostiske arbeidet klinikerne kan gjøre og ved det forsinker oppstart av behandling.<sup>51</sup>

Faste rutiner og prosedyrer både for samtale med pasienten og for dokumentasjonsarbeidet kan gi støtte for behandlere. Det foreligger et større antall strukturerte skjemaer og verktøy for utredning av pasientens tilstand. Men tilbakemeldinger fra behandlere er at det kan bli for mange skjemaer som skal gjennomgås og eventuelt fylles ut, og at det gjøres «for sikkerhets skyld» også der det

---

<sup>50</sup> Legebarometeret. Rapport 10-2021, Samfunnsøkonomisk analyse, s. 35

<sup>51</sup> Ass. direktør Heidi Merete Rudi, Statens Helsetilsyn, innlegg på prosjektgruppemøte 16. mai 2024



ikke er indikasjon for den aktuelle utredningen, f.eks. kartlegging av selvmordsrisiko og risiko for voldelig atferd. Det fører til unødvendig tidsbruk. Det kan også føre til at dialogen med pasienten blir styrt av krav til dokumentasjon og rapportering, og medføre at dialogen blir dårligere.<sup>52</sup>

Det synes som om det er det samlede kravet til rapportering og dokumentasjon som blir for omfattende for behandlerne, og at journaldokumentasjonen er det som tar mest tid. Et viktig tiltak vurderes derfor å være opplæring i journalføring for alle behandlere. Det er kun legene som har journalføring som del av grunnutdannelsen. Dette vil være et tiltak som kan redusere tid bruk til dokumentasjon. Det vil også være tiltak som kan bidra til bedre rekruttering og til å beholde medarbeidere. Samtidig vil det også føre til en kvalitetshevning av dokumentasjonen. Det kan være hensiktsmessig med utvikling av et regionalt opplæringstilbud kombinert med lokal oppfølging av journalføringen.

Teknologisk utvikling kan også bidra til å redusere tid brukt til dokumentasjon, jfr. seksjon 6.9.1.

Det bør videre arbeides med størst mulig grad av automatisering av rapportering, slik at data kun registreres én gang. Det pågår en del arbeid på dette feltet, men arbeidet vil ta tid.

Behandlere kan få støtte av annet personell (merkantilt ansatte) for rapportering. Grad av slik støtte varierer mellom foretakene. God merkantil støtte kan frigjøre behandlertid.

For å estimere størrelse på effekt av tiltak som kan gi redusert tid brukt til dokumentasjon i dette arbeidet, er det tatt utgangspunkt i antall nyhenviste. For psykisk helsevern vil mye av dokumentasjonen følge nye forløp (e.g. innkomst, utredning, fortløpende journaldokumentasjon og epikrise) og forvaltning av tvungent psykisk helsevern (TPH). Forvaltning av TPH gjelder en mindre andel av pasientene, men er vanlig innen de mest ressurstunge funksjonene (i.e. akuttpsykiatri, lokal sikkerhetspsykiatri og FACT). Dokumentasjonen innebærer en rekke redegjørelser ved regulerte intervaller som krever mye forarbeid og møteplikt. Den øvrige dokumentasjonen vil i større grad følge volumet av nyhenviste. Det er vist til to undersøkelser ovenfor på klinikerens bruk av tid til pasientbehandling og dokumentasjon (Legeforeningen og Helse Vest). Begge peker i samme retning, og understøttes av målinger på pasientrelatert registrert aktivitet mot årsverk i Helse Sør-Øst. Et pilotprosjekt med bruk av avansert kunstig intelligens (KI) til dokumentasjon som ble presentert for prosjektgruppen, benyttet liknende estimater som i undersøkelsene referert over.<sup>53</sup> I pilotprosjektet ble det estimert at 20-30% av tiden gikk til dokumentasjon, og en redusert tidsbruk på 50-70% til dokumentasjon ved bruk av KI. Dersom man legger til grunn disse effektene, vil dette gi en innsparing på 10-21% av et netto årsverk på 1 521 timer. I det foreliggende arbeidet er det estimert en effekt av redusert dokumentasjon på tre timer per nyhenvist pasient, og at det i gjennomsnitt er

---

<sup>52</sup> Rapportering til nytte eller plage? - Om rapporteringskrav i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Interregional rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Vest 2024

<sup>53</sup> Presentasjon fra klinikkleder Erik Ganesh Søgaard, Diakonhjemmet Sykehus til prosjektet, 13.06.2024.

om lag 30 nyhenviste pasienter per netto årsverk i poliklinikk. Dette gir en totaleffekt på 90 timer per år, noe som da er 5,9% av netto arbeidstid. Det er et estimat som er betydelig lavere enn i pilotprosjektet omtalt over.

## **6.6. Bedre samarbeid med avtalespesialister**

Etter pilotering ved tre DPS-er i Helse Sør-Øst fra 2022, ble det 1. september 2023 etablert felles henvisningsmottak med avtalespesialistene ved alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Dette omfatter foreløpig kun voksne pasienter i psykisk helsevern. Fastlege henviser pasienter med behov for utredning og behandling innen psykisk helsevern til ett sted, og det felles henvisningsmottaket vurderer henvisningene. De som har rett til helsehjelp, skal få dette hos en avtalespesialist eller ved DPS.

Det er indikasjoner på at det tidligere har vært systematiske forskjeller i pasientgrunnlag mellom DPS-ene og avtalespesialistene. Sintef har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en rapport om resultater fra en nasjonal bruker- og pasientundersøkelse rettet mot alle voksne (18+) i poliklinisk behandling i psykisk helsevern, i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og hos avtalespesialister i perioden februar-april 2023.<sup>54</sup> Svarprosenten i undersøkelsen var 27% hvor utvalget var representativt for kjønn, alder og geografisk tilknytning.<sup>55</sup> Ettersom undersøkelsen var digital, beskrives at seleksjonsmekanismer kan påvirke resultatet (e.g. fremmedspråklige, digital kompetanse, sykdomsbyrde).

Undersøkelsen viste at en større andel av pasientene hos avtalespesialist hadde høyere utdanning, og var i arbeid, enn hva tilfellet var blant pasienter ved DPS. Godt over halvparten av pasienter hos avtalespesialist bodde med ektefelle eller samboer med eller uten barn, mens dette gjaldt 43 prosent av pasienter i DPS. 12% av pasientene ved DPS bodde hjemme med foreldre, mens dette gjaldt 3% av pasientene hos avtalespesialistene. Videre svarte 37% av pasientene i DPS at de hadde store psykiske helseutfordringer, mens 19% av pasientene hos avtalespesialist svarte tilsvarende. Rapporten viser også til at det er en betydelig større andel pasienter i DPS som svarte at de for tiden hadde dårlig, eller svært dårlig psykisk helse, sammenlignet med pasienter hos avtalespesialist. Videre får pasienter hos avtalespesialister i gjennomsnitt lengre behandling enn ved DPS.

Det er våren 2024 gjennomført en evaluering<sup>56</sup> av ordningen med felles henvisningsmottak som viser til at

- DPS og avtalespesialist er enige i rettighetsvurderinger som gjøres.

---

<sup>54</sup> Ådnanes, M, Kalseth, J. & Kaspersen, S.L. (2024). Hva synes pasientene om den polikliniske behandlingen i psykisk helsevern og rusbehandling? Nasjonal bruker- og pasientundersøkelse blant voksne 2023. SINTEF, hefte 2024:00263.

<sup>55</sup> En svarprosent på 27% er hverken nødvendigvis lav eller ikke representativ. Robson, C. (1993). Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers. Oxford: Blackwell

<sup>56</sup> [evalueringsrapport---felles-henvisningsmottak-i-helse-sor-ost.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

- Som forventet et det en betydelig økning i antall henvisninger til DPS-ene.
- Det er viderefordelt henvisninger til avtalespesialister, men kapasiteten til å ta imot nye pasienter har ved oppstarten vært ulik blant avtalespesialistene.
- DPS-ene utfordres på egen kapasitet, jamfør økt henvisningsmengde, da det er lite ledig kapasitet hos avtalespesialistene fremover i og med at de må utvikle egne ventelister først.
- Avslagsprosenten i DPS-ene har for det meste økt etter at ordningen ble innført.
- DPS-ene opplever å ha fått tilført flere «kommunikasjonsoppgaver» som går på avklaring rundt henvisningsflyt, både fra fastlege, avtalespesialist og pasient.
- Dialogen vedrørende henvisninger mellom noen DPS/avtalespesialister har vært mangelfull, noe som kan føre til fristbrudd som DPS blir ansvarlig for.
- Det er flere som pasienter, som av ulike grunner, ønsker å bytte behandlingssted etter at behandling er påstartet hos en avtalespesialist.

Avtalespesialistene står for en betydelig del av det polikliniske volumet i Helse Sør-Øst. Avtalespesialister for voksne (eks. nevropsykologer og barn) utgjør i september 2024 414 psykologer og psykiatere (387 hjemler). Samlede netto årsverk for klinikere i DPS poliklinikk var 1 366. Volumet av polikliniske kontakter for voksne utgjorde for avtalespesialister i 2023 (eks. nevropsykologer) 420 724 fordelt på 27 285 pasienter. I helseforetakene og sykehusene med opptaksområder var det 1 064 320 kontakter fordelt på 87 830 pasienter. Dette innebærer at avtalespesialistene sto for 28% av kontaktene og 23% av pasientene.

Utvikling i antall henvisninger (nyhenviste og de som får avslag), nyhenviste (henviste som får rett til helsehjelp) og andel avslag i januar – juli 2023 og 2024 vises i tabell 65 nedenfor. For regionen som helhet er antall henvisninger økt med 15,4%, antall nyhenviste med 7,3% og andel avslag har økt med 15,9%. Det er sannsynlig flere årsaker til økningen i avslag i forbindelse med innføring av felles henvisningsmottak. Dels var det en trend som var forut for innføring, men det vil også kunne dreie seg om at flere henvisninger blir vurdert til å ikke ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

	Antall henvisninger, nyhenviste (henviste som får rett til helsehjelp) og andel avslag januar-juli 2023-2024 for helseforetak og sykehus med opptaksområder PHV VOP i Helse Sør-Øst								
	Henvisninger		Nyhenviste		Avslag		Endring		
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	Henvisninger	Nyhenviste	Avslag
Akershus universitetssykehus HF	6 758	8 313	4 651	4 939	31,2 %	40,6 %	23,0 %	6,2 %	30,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	1 926	2 258	1 377	1 616	28,5 %	28,4 %	17,2 %	17,4 %	-0,3 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	2 966	4 251	2 047	2 868	31,0 %	32,5 %	43,3 %	40,1 %	5,0 %
Oslo universitetssykehus HF	4 184	4 960	2 820	3 000	32,6 %	39,5 %	18,5 %	6,4 %	21,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	3 493	4 031	2 515	2 880	28,0 %	28,6 %	15,4 %	14,5 %	2,0 %
Sykehuset Innlandet HF	3 855	3 531	2 537	2 232	34,2 %	36,8 %	-8,4 %	-12,0 %	7,6 %
Sykehuset Telemark HF	1 933	2 600	1 306	1 801	32,4 %	30,7 %	34,5 %	37,9 %	-5,3 %
Sykehuset Østfold HF	4 420	4 808	3 147	2 978	28,8 %	38,1 %	8,8 %	-5,4 %	32,2 %
Sørlandet sykehus HF	3 811	3 841	2 273	2 295	40,4 %	40,2 %	0,8 %	1,0 %	-0,3 %
Vestre Viken HF	5 643	6 383	4 453	4 507	21,1 %	29,4 %	13,1 %	1,2 %	39,4 %
<b>Totalsum</b>	<b>38 989</b>	<b>44 976</b>	<b>27 126</b>	<b>29 116</b>	<b>30,4 %</b>	<b>35,3 %</b>	<b>15,4 %</b>	<b>7,3 %</b>	<b>15,9 %</b>

Tabell 65. Antall henvisninger totalt, antall nyhenviste (henviste som har fått rett til helsehjelp), og andel avslag i 2023 og 2024 (i perioden januar til juli), ved helseforetak og sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst. Kilde: NPR.

Etter behandling i felles henvisningsmottak vil en pasient som overføres til avtalespesialist avsluttes med en egen kode. Dette er data som foreløpig ikke er tilgjengelig nasjonalt. Tabell 66 nedenfor viser en oversikt over antall pasienter overført til avtalespesialister basert på helseforetakenes egne registreringer. Foreløpige registreringer indikerer et gjennomsnitt på om lag 626 i måneden i perioden september 2023-februar 2024<sup>57</sup>. Dette gir et årsvolum på om lag 17 nye pasienter per hjemmel per år (10,5 måneder).

<b>Antall overført til avtalepraksis</b>			
<b>Måned</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Januar	21	57	709
Februar	11	48	690
Mars	22	96	554
April	15	59	616
Mai	35	82	690
Juni	28	108	842
Juli	17	57	451
August	17	102	640
September	32	624	789
Oktober	48	728	
November	83	662	
Desember	50	517	

Tabell 66. Antall polikliniske pasienter som er overført til avtalespesialist ved helseforetak og sykehus med opptaksområder i Helse Sør-Øst. Kilde: DIPS.

Avtalespesialistene har ikke krav til hvor mange nye pasienter de skal ta, men har aktivitetskrav på 1050 konsultasjoner per år. Evalueringen av felles henvisningsmottak anbefaler å se nærmere på om rammeavtalen også bør inkludere krav om et antall nye pasienter per år.

Felles henvisningsmottak kan gi grunnlag for et bedre og tettere samarbeid mellom avtalespesialistene og helseforetakene. Det vil på sikt sannsynligvis representere en økt behandlerkapasitet, men vil igjen avhenge av tidligere samarbeid, oppgavedeling, og at fordeling av nye pasienter fungerer godt. Dersom antall nyhenviste i perioden januar til juli ekstrapoleres etter sesongvariasjoner til fullt år 2024, vil volumet av nyhenviste være på 52 938. Under en forutsetning om at avtalespesialistene tar inn 17 nye pasienter i året basert på dagens situasjon (387 hjemler), vil dette utgjøre et volum på 6 573 nyhenviste. Ettersom antall nyhenviste i 2024 vil øke sammenliknet med 2023 (estimert 3 618 flere nyhenviste i 2024), utgjør merkapasiteten om lag 5,6% på regionalt nivå. Ettersom det foreløpig er usikkerhet relatert til hvor mange pasienter

<sup>57</sup> Etter februar har dette økt noe. Dersom man ser på registreringene i perioden september 2023-september 2024 har antall overført til avtalespesialist økt til 655 per mnd.

avtalespesialistene vil ta inn, bør estimatet på merkapasitet reduseres. Det foreslås derfor at en effekt på 2,7% fordeles over helseforetak etter fordeling av hjemler. Det anbefales at det følges videre med på utviklingen av felles henvisningsmottak.

## **6.7. Nye bygg**

Det er flere nye bygg i drift for sykehusfunksjoner i VOP, samtidig med at det planlegges videreutvikling for flere helseforetak. Det vil sannsynligvis fra begynnelsen av 2030-tallet være nye bygg for alle helseforetak i regionen foruten Sykehuset Telemark HF. Mye av sykehusbehandlingen foregår i dag i gamle bygg fordelt over mange lokasjoner. Samlokalisering av sykehusfunksjonene vil innebære en reduksjon i behov for helsepersonell. Antall vaktlinjer vil kunne bli redusert, og det vil forventes en reduksjon i behov for personale som følge av bedre beredskap i felleskapet av enheter og bedre tilrettelagte lokaler.

Helseforetak som har tatt i bruk nye bygg, beskriver at det er krevende å få til den planlagte gevinstrealiseringen. Det vil kunne være flere årsaker til at det er krevende å få gjennomført de planlagte tiltakene. Helseforetakenes planer for nye bygg vil måtte innebærer et kontinuerlig arbeid i årene i forkant og en bred tilnærming på klinikknivå. Nye sykehusbygg vil representere en god anledning til å vurdere den samlede organisering og utforming av tilbudet.

Sørlandet sykehus HF som åpnet nytt sykehusbygg april 2023 med samlokalisering av sykehusfunksjoner for Kristiansand. Våre beregninger indikerer en nedgang på 6,5-8,5% i netto årsverk per liggedøgn ved enhetene første driftsår (variasjonsbredden avhenger av hvilken periode som det sammenlignes med). Oppnådd effekt er lavere enn hva som var estimert gjennom gevinstrealiseringsprosjektet. Samtidig er det viktig å understreke at Kristiansand i perioden før nytt bygg hadde relativt høyt antall liggedøgn per nettoårsverk (tabell nedenfor sammenstiller liggedøgn per netto årsverk og viser at Sørlandet sykehus HF ligger i øvre del. Det må her bemerkes at Sørlandet sykehus HF drifter over flere lokasjoner, hvor Kristiansand trekker gjennomsnittsverdien opp).

I forbindelse med herværende arbeid, er de lokale gevinstrealiseringsprogrammene gjennomgått. Disse vil være under utvikling fra konseptfase via forprosjekt til gjennomføring. Planene indikerer en effekt på om lag 10%. Grad av eksisterende samlokalisering, helseforetakets organisering og dagens bemanning vil påvirke hvilke effekter som kan forventes – slik at effektene kan dels være forårsaket av nye bygg og dels av den totale organisering av tilbudet. Det er sannsynlig takeffekter i forhold til hvor lav bemanningen vil kunne være ut fra dagens praksis og krav for døgnbehandling i psykisk helsevern voksen.

Bemannings sammensetning og planer må understøtte god klinisk praksis og ta hensyn til lokale forhold, men det observeres en variasjon i bemanningsplaner over

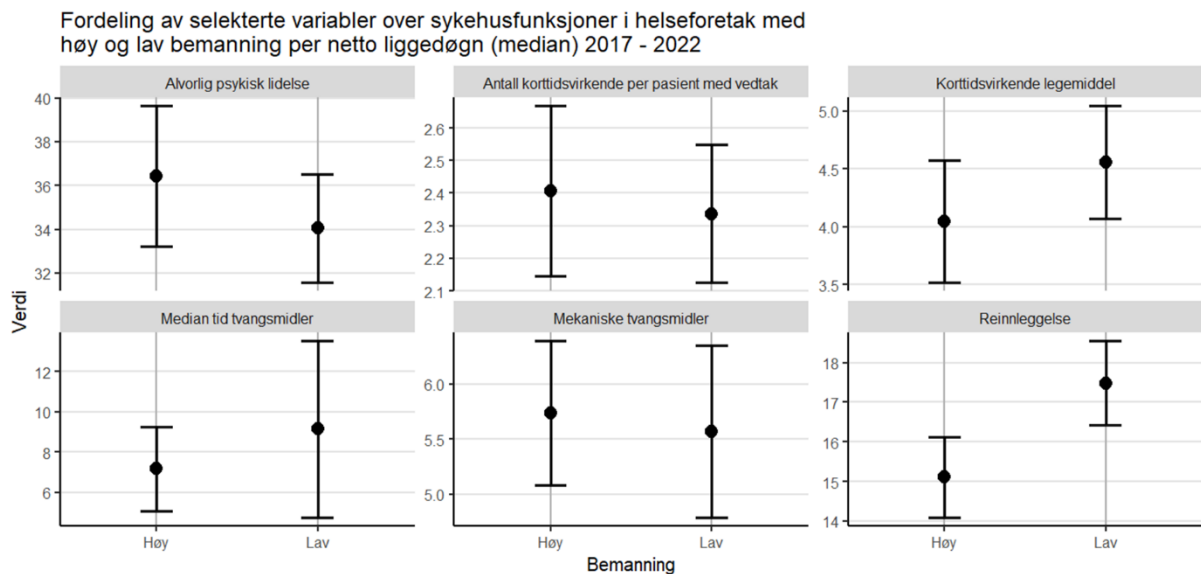
helseforetak som sannsynlig indikerer et noe for høyt helsepersonellforbruk i regionen som helhet. Tabell 67 nedenfor sammenstiller netto pleieårsverk per liggedøgn i 2023 for helseforetak i regionen.

	Antall liggedøgn og netto årsverk (sykepleiere, helsefagarbeidere og pasientrettede stillinger) 2023 for døgntil behandling ved sykehus og DPS i Helse Sør-Øst							
	Liggedøgn		Netto årsverk		Liggedøgn per netto årsverk		Avvik til regionalt nivå	
	Sykehus	DPS	Sykehus	DPS	Sykehus	DPS	Sykehus	DPS
Akershus universitetssykehus HF	42 996	27 982	387	141	111	198	3,8 %	9,2 %
Oslo universitetssykehus HF*	43 726	16 962	472	92	93	184	-13,4 %	1,5 %
Sykehuset Innlandet HF	38 473	17 467	430	134	89	130	-16,4 %	-28,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	23 317	10 666	200	60	117	178	8,9 %	-2,1 %
Sykehuset Østfold HF	35 196	19 851	281	90	125	221	17,0 %	21,4 %
Sørlandet sykehus HF	34 534	22 113	292	106	118	209	10,5 %	14,8 %
Sykehuset Telemark HF	16 501	15 913	144	87	115	183	7,1 %	0,7 %
Vestre Viken	43 521	22 004	394	132	110	167	3,2 %	-8,2 %
Helse Sør-Øst	278 264	152 958	2 600	842	107	182	0,0 %	0,0 %

\* For OUSHF er regionale funksjoner ekskludert, men områdefunksjoner for lokal sikkerhet og psykose er inkludert

Tabell 67. Antall liggedøgn, netto årsverk for sykepleiere, helsefagarbeidere og pasientrettede stillinger i 2023 fordelt på helseforetak i Helse Sør-Øst og funksjon innen VOP. Kilde: NPR og RDAP.

Et relatert spørsmål er om bemanningsnivå er assosiert med enkelte kvaliteter ved behandlingen. For å belyse dette nærmere er her sett på netto pleieårsverk per liggedøgn i perioden 2017-2022, andel individer innlagt med alvorlig psykisk lidelse, andel individer med reinnleggelse (baserte på aggregerte sykehusopphold), andel individer med gyldig registrert mekaniske tvangsmidler, gyldig registrert korttidsvirkende legemiddel og trimmet median tid med mekaniske tvangsmidler (ekskludert episoder over 90-percentil) og antall episoder med korttidsvirkende legemiddel per pasient som har vedtak om korttidsvirkende legemiddel. Figur 14 nedenfor sammenstiller verdiene over median split netto årsverk per liggedøgn. Basert på denne sammenstillingen er det ingen klare sammenhenger mellom variablene og netto årsverk per liggedøgn. En multippel regresjonsanalyse viste signifikant lavere reinnleggelse for helseforetak med høyere bemanning per liggedøgn ( $t = 2.6, p < 0.05$ ), men denne effekten var ikke signifikant når det ble korrigert for helseforetak. Analysen har flere metodologiske utfordringer, og en kan ikke utelukke at det finnes sammenhenger mellom bemanning og kvalitetsindikatorer som ikke er oppdaget her.



Figur 14. Fordeling av selekterte variabler over sykehusfunksjoner i helseforetak med høy og lav bemanning pr netto liggedøgn (median) i perioden 2017-2022. Kilde: NPR og RDAP.

Oversikten over antall liggedøgn per netto årsverk viser at det sannsynligvis vil være differensierte effekter over helseforetak med nye bygg. Oslo universitetssykehus HF drifter sykehusfunksjoner over tre lokasjoner, Sykehuset Innlandet HF har akuttkjeder ved to lokasjoner, mens det ved Vestre Viken HF allerede er samlokalisert drift. Akershus universitetssykehus HF planlegger en relativt ny modell med større mottaksapparat. Videre vil det være en samlokalisering, men fremdeles drift over to lokasjoner. Det planlegges videre en betydelig endring i pasientstrømmer som involverer Sykehuset Innlandet HF, Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF. Ulikhetene i drift, vil sannsynligvis redusere behovet for helsepersonell med de planlagte endringene, men det er ikke hensyntatt i dette arbeidet. Dette innebærer at dagens organisering og eksisterende pasientstrømmer ligger til grunn for beregningene.

Beregning av effekter av nye bygg bygger på foretakenes gevinstplaner, men det er ikke helt enkelt å trekke nøyaktige estimater på spesifikke funksjoner ut fra planene. De er også under videreutvikling ved noen av foretakene. Det er derfor gjort felles estimater for de foretak som samlokaliserer driften, og de som allerede drifter samlokalisert.

## 6.8. Sykefravær

Det er redegjort for utviklingen i sykefravær i seksjon 4.5. I perioden 2016-2023 har det vært en økning i sykefraværet på 1,6 prosentpoeng, ikke korrigert for kjønns- og alderssammensetning, til tross for betydelig arbeid med å redusere dette. Økningen er i hovedsak fra 2019 og har særlig vært i langtidsfraværet. Det reflekteres i at brutto årsverk har økt mer enn netto. Dersom man lykkes med å redusere sykefraværet til 2019-nivå, vil det redusere behovet for bemanningsøkning.

Det er vanskelig å redusere sykefravær, men det bør være et overordnet mål innen spesialisthelsetjenesten. Årsakene til sykefravær er i stor grad individuelle og sammensatte og har økt til tross for at det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere det. Flere av tiltakene som foreslås, både hva gjelder klinisk drift, rekruttere og beholde, forventes samtidig å bidra til å redusere sykefraværet. Det økende sykefraværet er også en nasjonal problemstilling det er enighet om at arbeidet må intensiveres.

Det er i rapporten ikke gjort noen vurderinger av konsekvenser av et eventuelt videre økende sykefravær.

## **6.9. Teknologi med digitalisering**

Det er en forventning om at teknologisk utvikling med økt digitalisering vil påvirke spesialisthelsetjenesten. Det gjøres store økonomiske investeringer og legges ned en betydelig nasjonal, regional og lokal innsats på området. Teknologi påvirker mange av faktorene knyttet til kjerneoppgavene i helsetjenesten – utredning, behandling og oppfølging. Dette inkluderer særlig håndtering og distribusjon av pasientopplysninger. Et hovedmål er at teknologi i større grad skal understøtte primær oppgavene, og på denne måten redusere behovet for kapasitet i tradisjonell forstand i helsetjenesten. Samtidig er det vanskelig å konkretisere hvilke effekter økt bruk av digitale verktøy vil ha på behovet for kapasitet i spesialisthelsetjenesten.

Videreutvikling av bruk av digitale verktøy forventes å ha effekt særlig på følgende områder:

- Bedre kommunikasjon mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste og andre helseaktører
- Økt effektivitet, kvalitet og pasientsikkerhet ved hjelp av digitale verktøy
- Utnyttelse av kunstig intelligens/maskinlæring for å understøtte merkanthetlige oppgaver og skriving
- Digital (hjemme)oppfølging av pasienter (DHO) som alternativ til fysisk fremmøte

### **6.9.1. Bruk av maskinlæring og kunstig intelligens**

Bruk av kunstig intelligens og maskinlæring er under innføring i spesialisthelsetjenesten. Det forventes en betydelig arbeidsbesparende gevinst. Beslutningsstøtte i kliniske situasjoner arbeides det også med.

Det området hvor teknologisk utvikling kan bety mest innen PHV/TSB på kortere sikt er sannsynligvis innen dokumentasjon. Som omtalt i seksjon 6.5 bruker behandlerne mye tid til journaldokumentasjon og rapportering. Nye teknologiske løsninger vil kunne redusere denne tiden betraktelig. Behandlerne i psykisk helsevern skriver journaldokumentasjonen selv. Talegjenkjenning har blitt tatt i bruk innen somatisk



virksomhet ved mange sykehus, men har hatt sine begrensninger. Nye talegjenkjenningsprogrammer er imidlertid blitt betydelig bedre med store ordbøker basert på kunstig intelligens. De er derfor blitt enklere å bruke. På denne bakgrunn er det startet innføring av talegjenkjenning også innen psykisk helsevern. De første erfaringene indikerer at bruk av talegjenkjenning gjør at dokumentasjonen går raskere enn når behandlerne skriver selv. Tid til dokumentasjon kan dermed reduseres. Journaldokumentasjonen er mest omfattende ved inntak av nye pasienter. Det arbeides med omfattende teknologisk støtte til journaldokumentasjon ved hjelp av kunstig intelligens. Ved Diakonhjemmet sykehus er det under pilotering et digitalt verktøy («digital sekretær») hvor samtale mellom pasient og behandler tas opp, talen transformeres til skrift, og verktøyet lager et sammendrag som behandler så kan redigere. Dette skjer i pasientjournalen, slik at personvern er ivaretatt. Testing tilsier at tidsbesparelsen er betydelig (jfr. seksjon 6.5), noe også internasjonal litteratur understøtter.<sup>58</sup> Tilsvarende verktøy forventes utviklet til å kunne presentere utkast til epikrise, gi sammendrag av journaldokumentasjonen, gi støtte ved vurdering av henvisninger mv. Det forventes at dette kan forenkle dokumentasjon i betydelig grad, og dermed frigjøre tid til pasientbehandling. Tiltak som støtter utviklingen av slike digitale løsninger, bør være høyt prioritert i tiden fremover.

### 6.9.2. eBehandling

Veiledet internettbehandling («eBehandling», tidligere «eMestring») ble i Helse Sør-Øst startet ved Sykehuset i Vestfold i 2014. I 2020-2021 ble en regional løsning spredt til alle foretak. Det er i dag programmer for depresjon, sosial angst, panikk lidelse og alkohol. Behandlingsformen blir imidlertid benyttet betydelig mindre enn det som ble forventet ved oppstart. Det var i 2023 i underkant av 700 pasienter som ble behandlet i eBehandling, noe som var i underkant av 1% av pasientpopulasjonen i VOP. Det har ikke vært noen økning i antallet de siste årene.

Det er vist at internettbaserte behandlingsprogrammer gir effekt for en del pasientgrupper.<sup>59</sup> Det er derfor grunn til å arbeide videre for økt bruk av slike behandlingstilbud.

Lite brukervennlig teknologi har vært pekt på som et hinder for økt bruk. I løpet av 2024 innføres ny og bedre teknologi. Den blir også felles for alle helseregionene i landet, slik at det blir lettere å dele de programmene som utvikles. Det er nylig vedtatt at pasientene skal kunne henvende seg direkte til programmene uten annen henvisning. På bakgrunn av pasientens egne opplysninger vil det bli besluttet om pasienten har behov for spesialisthelsetjenester og om behandlingsprogrammet er egnet behandling. Det vil da bli opprettet kontakt med fastlege.

---

<sup>58</sup> Tierny, A. A. et al. (2024). Ambient Artificial Intelligence Scribes to Alleviate the Burden of Clinical Documentation. *NEJM Catal Innov Care Deliv*. Vol 5, No 3.

<sup>59</sup> Metodevurdering til beslutningsforum, 2018, Folkehelseinstituttet

Veiledet internettbehandling har vært tatt i bruk i flere land med gode erfaringer. Videre bredding krever at det satses på slik behandling med prioritering både i fagmiljø og fra ledelsesnivå. Kommunikasjon ut til pasienter og pasientorganisasjoner om tilbudet er viktig. Det er beregnet at en terapeut kan behandle to til tre ganger så mange pasienter på denne måten sammenliknet med ordinær poliklinisk behandling. I framskrivningen av behov for spesialisthelsetjenester fram til 2040 gjort i 2021, ble effekten av veiledet internettbehandling estimert å kunne benyttes på 18% av det totale polikliniske konsultasjonsvolumet. På bakgrunn av utviklingen så langt er dette sannsynligvis for høyt estimert, slik at det er behov for å nedjustere forventningen. Sannsynligvis er et anslag på at 5% av pasienter med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kan behandles på denne måten, et mer hensiktsmessig mål fram mot 2040. Det er derfor lagt til grunn i dette arbeidet.

Flere kommuner har også tatt i bruk digitale programmer i sitt lavterskeltilbud. Bruk av slike programmer kan således også være grunnlag for samhandling.

### **6.9.3. DelMedMeg**

DelMedMeg er et system for skjemabasert innhenting av data som pasienten selv rapporterer. I Oppdrag- og bestillerdokumentene i 2024 fikk alle helseforetak og sykehus i oppdrag å implementere DelMedMeg i psykisk helsevern.

Pasienten fyller selv ut kartlegginger som sammenfattes i en rapport som går direkte inn i pasientens journal til bruk for behandler. Pasienten kan også motta informasjon i form av videoer, tekst, bilder og lyd i egne «informasjonspakker» - avhengig av eget behov og plager. Dette gjøres digitalt, pasienten bruker smarttelefon, nettbrett eller pc.

Pasienten kan fylle ut kartlegging før første konsultasjon. Det kan redusere tid til utredning og dermed forkorte tiden til start av behandling. Under behandling samles pasientens symptomer, livskvalitet og opplevelse systematisk. Effekt av behandling kan dermed vurderes. DelMedMeg er et system som kan benyttes til kvalitetsforbedring. På den måten kan det bidra til effektivisering av pasientforløp. Både pasient og terapeut kan møte forberedt til konsultasjoner. Det kan potensielt redusere andel av pasienter som ikke møter til konsultasjonen.

Ved Lovisenberg diakonale sykehus planlegges det et pilotprosjekt for å innhente pasientrapporterte data før henvisningen blir vurdert («PrePROM»). Dette vil kunne heve kvaliteten på henvisningsvurderingene, og sikre at rett pasient får rett tilbud, til rett tid. Det legger til rette for at f.eks. pasienter som kan ha nytte av eBehandling kan komme raskt i gang med dette rett etter henvisningsvurdering. Selv om dette først og fremst er et tiltak for å heve kvalitet og presisjon i inntak, vil det også kunne effektivisere pasientforløpene og utnytte kapasitet i poliklinikkene på en bedre måte enn i dag.

#### **6.9.4. Brukerstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging**

I Oppdragsdokumentet for 2024 er det gitt følgende oppdrag: *«De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, pilotere og evaluere utprøving av brukerstyrt poliklinikk med digital monitorering og interaksjon i psykisk helsevern. Det vises til omtale i opptrappingsplan psykisk helse og rapport fra ekspertgruppe om sterkere tematisk organisering, samt erfaringer med brukerstyrt poliklinikk innen somatikken.»*

Opptrappingsplan for psykisk helse beskriver dette slik: *«Fra kalenderstyrt til behovsstyrt oppfølging»: «Avstandsoppfølging og brukerstyrte poliklinikker vil bidra til at pasienter med langvarige tilstander og lidelser i større grad vil kunne få oppfølging over tid, men at oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser. Regjeringen ønsker å prøve ut brukerstyrt poliklinikk med digital monitorering. Brukerstyring av poliklinikker er i liten grad tatt i bruk i norsk helsetjeneste, men er omtalt i ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern, og effekten av digitale helsetjenester er lagt inn i modellen.»*

Nasjonal helse og samhandlingsplan nevner det også: *«Brukerstyrt poliklinikk innen psykisk helsevern kan bidra til at pasienter med langvarige tilstander og lidelser i større grad vil kunne få oppfølging over tid, samtidig som oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser. Dette skal prøves ut i 2024.»*

Dette prosjektet vil bli planlagt og igangsatt i regionen i løpet av 2024, men målgruppe og gjennomføring er ikke endelig avklart foreløpig.

I dag blir mange pasienter med alvorlige og langvarige psykiske lidelser fulgt opp av FACT-team, som i stor grad tilpasser oppfølgingen til pasientenes individuelle behov. De pasientgruppene som er aktuelle for, og kunne hatt stor nytte av behovsstyrt poliklinikk, er pasienter med tilbakevendende lidelser og sporadiske forverringer. Slike pasienter blir i dag ofte avsluttet etter vellykkede behandlingsforløp i poliklinikk, med rehenvisning ved forverring. Det kan medføre u hensiktsmessig forverring i ventetid ved rehenvisning. En mulighet for å kunne beholde sin behandlingskontakt i poliklinikken med behovsstyrt oppfølging vil være gunstig for mange slike pasienter. Digital hjemmeoppfølging kunne gjennomføres ved hjelp av f.eks. regelmessig utsending av symptomskjema via DelMedMeg, med tilpassede tiltak ved symptomforverring over et visst nivå.

#### **6.10. Redusere uønsket variasjon**

Reduksjon av variasjon i kvalitet og i forbruk av helsetjenester er beskrevet som et av seks tematiske satsningsområder i Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er fagområder med uønsket variasjon. Samtidig vil helseforetakene fordele sine ressurser slik de finner hensiktsmessig, og ulike korreksjoner vil i noen tilfeller være innad i helseforetak og i andre mellom helseforetak. Det gjøres således ingen generelle justeringer som følge av variasjon i dette arbeidet, men det anbefales å se nærmere på dette ettersom et

forholdsmessig høyt eller lavt forbruk av helsetjenester vil kunne ha effekter på behov for helsepersonell.

## **7. Estimering av effekt av de modifierende faktorene på behov for bemanning**

Effekten av de modifierende faktorene omtalt over er forsøkt estimert. Effektene beregnes differensiert på fag- og funksjonsområder (poliklinikk eller døgn), og summeres så til en samlet effekt. Noen effekter differensieres også mellom foretakene. I beregningene er det lagt til grunn:

- Økning i antall ventende ved utgangen av desember 2023 mot desember 2019 relativt til pasientpopulasjon operasjonaliseres som uttrykk for kapasitet som ikke er tilstrekkelig. Effekten beregnes til et økt kapasitetsbehov som regionalt er på 1,8%, men differensiert over helseforetak.
- Innleie integreres omregnet til brutto årsverk fordelt på foretak som har innleie.
- Sykefravær reduseres ned til 2019-nivå for enheter med negativ utvikling. Det er ikke gjort vurderinger av et eventuelt økende sykefravær.
- Økning av tid til direkte pasientbehandling med 3 timer pr. nyhenvist pasient i poliklinikkene ved reduksjon av tid til dokumentasjon og rapportering samt eventuelt bidrag fra andre til koordinering. Dette gir en effekt på 5,9% ved poliklinikkene.
- Digitale tjenester inkluderer primært effekt av økt bruk av eBehandling, men er også knyttet til satsningen på «DelMedMeg» og brukerstyrt poliklinikk med avstandsmonitorering. Det er beregnet at 5% av polikliniske pasienter vil få sitt tilbud gjennom eBehandling med ressursbruk tilsvarende halvparten av det som benyttes ved ordinær poliklinisk behandling. Effekten tilsvarer 2,5% reduksjon i behov for helsepersonell i VOP poliklinikk. For TSB er det estimert at deler av veksten i alkoholrelaterte tilstander vil behandles med eBehandling (1,6%), og i BUP er det anslått en mindre andel på 0,5%. Integrering av «DelMedMeg» og brukerstyrt poliklinikk er beregnet til å øke den samlede effekten for poliklinikk til 3,5% på DPS, 3% ved TSB og 2,5% ved BUP.
- Effekt av bedre samhandling, særlig for pasienter med lav indikasjon for spesialisthelsetjeneste, beregnes til 0,7%.
- Sterkere tematisk organisering med fokus på inntak, utredning, standardisering av forløp for enkelte utbredte og allmenne tilstander samt videreutvikling av gruppebehandling. Effekt beregnes til 1%.
- Estimert effekt av bedre samarbeid med avtalespesialister gjennom felles henvisningsmottak tilsier en merkapasitet for psykisk helsevern for voksne ved DPS-poliklinikkene tilsvarende 5,6% på årsbasis på nyhenviste pasienter. Effekt nedjusteres grunnet usikkerhet på estimat til 2,7%. Barn og unge er planlagt med

felles henvisningsmottak fra 2025. Lavt volum av hjemler medfører en skjønnsmessig effekt på 0,1%.

- Effekt av nye bygg ved sykehusfunksjoner: 10% ved Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF, og 7% ved Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF samler i større grad funksjoner fra flere ulike steder, og får dermed en større effekt.

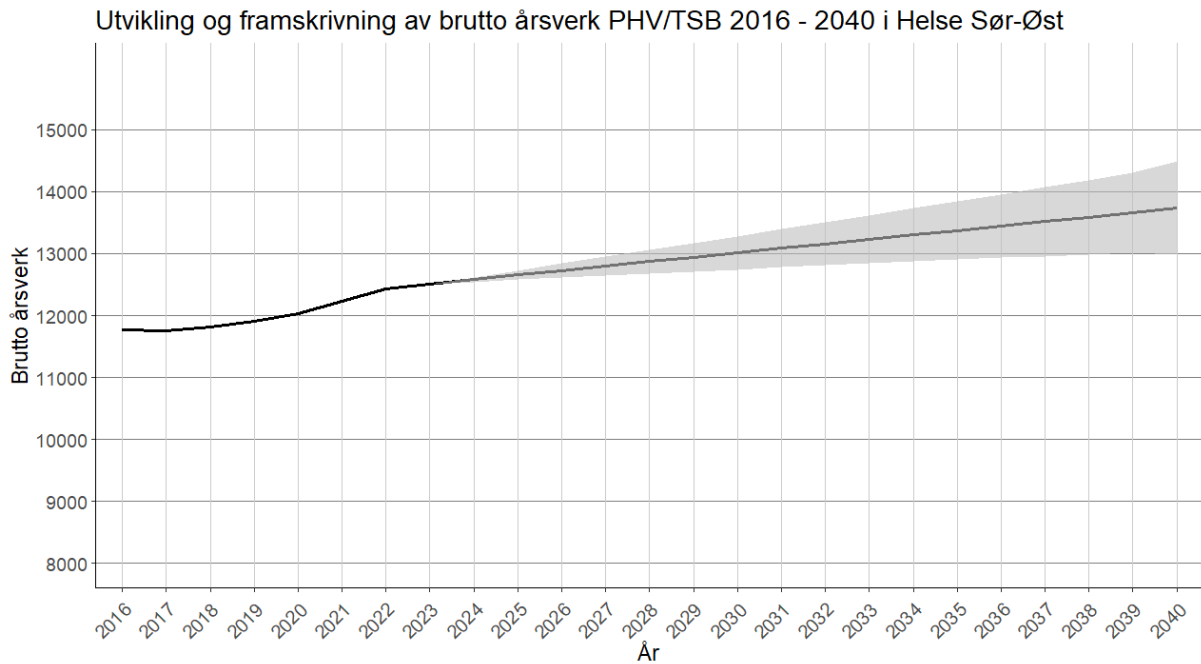
Tabell 68 nedenfor oppsummerer de modifierende faktorene over tjeneste- og funksjonsområder.

Funksjon	Endringer i bemanning 2023			Modifiserende faktorer					
	Innleie	Ventende	Fravær	Rapportering og dokumentasjon	Bygg	Digitale tjenester	Avtale-spesialist	Samhandling	Organisering
BUP døgn	0,0 %	0,0 %	-4,4 %	0,0 %	-5,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
BUP poliklinikk	0,0 %	1,6 %	-3,8 %	-5,9 %	0,0 %	-1,5 %	-0,1 %	-0,7 %	-1,0 %
TSB døgn	0,0 %	0,0 %	-4,5 %	0,0 %	-5,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
TSB poliklinikk	0,0 %	0,1 %	-5,1 %	-5,9 %	0,0 %	-3,0 %	0,0 %	-0,7 %	-1,0 %
VOP DPS døgn	0,0 %	0,0 %	-3,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-1,0 %
VOP DPS poliklinikk	5,0 %	2,3 %	-3,6 %	-5,9 %	0,0 %	-3,5 %	-2,7 %	-0,7 %	-1,0 %
VOP sykehus	0,2 %	0,0 %	-2,2 %	0,0 %	-6,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Total	1,0 %	0,7 %	-3,3 %	-2,2 %	-3,2 %	-1,0 %	-0,5 %	-0,3 %	-0,5 %

Tabell 68. Faktorer i modell for bemanningsframskrivninger fordelt på funksjon og tjenesteområde. Kolonnene under «Endringer i bemanning 2023» viser økning i bemanningsbehovet ved å erstatte innleie med egne ansatte og økning for å øke kapasitet på grunn av økning i antall ventende. Kolonnene under «Modifiserende faktorer» viser beregnet effekt av de ulike modifierende faktorene.

## 8. Resultater

Figur 15 nedenfor illustrerer utviklingen i brutto årsverk i PHV/TSB for Helse Sør-Øst i perioden 2016 til 2040. For perioden 2024-2040 viser den heltrukne linjen bemanningsbehovet gitt framskrivning og halv effekt av de modifierende faktorene, mens de skraverte feltene viser variasjonen i estimert behov for helsepersonell. Veksten fra 2024 og fremover (0,6% årlig vekst) er lavere enn økningen under pandemien (1,3% årlig effekt i perioden 2020 til 2023), men en høyere årlig vekst enn perioden før pandemien (0,4% årlig vekst i perioden 2016-2019).



Figur 15. Utvikling i brutto årsverk i PHV/TSB for Helse Sør-Øst i perioden 2016 til 2040. For perioden 2024-2040 viser den heltrukne linjen bemanningsbehovet gitt framskrivning og halv effekt av de modifierende faktorene, mens de skraverte feltene viser variasjonen i estimert behov for helsepersonell hvor full og null effekt er ytterpunktene.

Tabell 69 nedenfor viser de overordnede resultatene per tjenesteområde. En framskrivning av behov for personell gitt dagens bemanning og framskrevet totalt aktivitetsbehov gir en samlet vekst på 13,9%, mens en framskrivning basert på framskrivning av dagens tilbud til forventet befolkningsendring i 2040 gir en vekst på 7,4%. I tabellen representerer «naiv demografi» framskrivning av dagens aktivitet for befolkningen i 2040 mens «naiv framskrivning» er framskrivning basert på framskrivningsmodellen for aktivitet som også innebærer styrking og omlegging av tjenesteinnhold på noen områder. I hovedmodellen for framskrevet behov for helsepersonell er det beregnet at det samlet kan oppnås halv effekt av de modifierende tiltakene som reduserer behovet for helsepersonell. Det gjøres fordi en ikke kan forvente at alle tiltak gir den effekten som er estimert. Det gir en vekst i personellbehov på 9,7% frem til 2040. Variasjonen i behov for helsepersonell uttrykkes fra 3,7% til 15,8% hvor det laveste behovet er dersom de modifierende tiltakene får full estimert effekt, mens det høyeste behovet oppstår dersom tiltakene ikke har noen effekt.

Framskrivning av behov for helsepersonell i PHV/TSB 2023 - 2040							
	Brutto årsverk				Endring		
	Brutto 2023	Naiv demografi	Naiv framskrivning	Med modifierende faktorer	Naiv demografi	Naiv framskrivning	Med modifierende faktorer
BUP	2 418	2 291	2 480	2 363 (2 214 - 2 511)	-5,2 %	2,6 %	-2,3% (-8,4% - 3,9%)
TSB	1 791	1 977	2 093	1 971 (1 848 - 2 094)	10,4 %	16,9 %	10,1% (3,2% - 17,0%)
VOP	8 302	9 169	9 677	9 394 (8 905 - 9 883)	10,4 %	16,6 %	13,2% (7,3% - 19,0%)
Total	12 511	13 437	14 250	13 728 (12 968 - 14 488)	7,4 %	13,9 %	9,7% (3,7% - 15,8%)

Tabell 69. Framskrevet behov for helsepersonell PHV og TSB til 2040 over tjenesteområder. Naiv demografi er framskrivning av dagens aktivitet for befolkningen i 2040 mens naiv framskrivning er framskrivning av basert på framskrivningsmodellen for aktivitet som også innebærer styrking av noen områder og omstillinger.

Tabell 70 nedenfor viser hva resultatet blir av de enkelte effektene fordelt på fagområdene og på poliklinikk og døgnbehandling gitt forutsetningene beskrevet over. Effektene vil være størst i poliklinikkene, hvor frigjøring av tid til direkte pasientbehandling, teknologi og bedre samarbeid med avtalespesialistene er sentrale elementer.

Framskrivning av behov for helsepersonell i PHV/TSB 2023 - 2040 over funksjoner							
	Brutto årsverk				Endring		
	Brutto 2023	Naiv demografi	Naiv framskrivning	Med modifierende faktorer	Naiv demografi	Naiv framskrivning	Med modifierende faktorer
BUP døgn	611	565	608	578 (547 - 608)	-7,5 %	-0,5 %	-5,4% (-10,4% - -0,5%)
BUP poliklinikk	1 807	1 726	1 873	1 785 (1 667 - 1 903)	-4,5 %	3,6 %	-1,2% (-7,8% - 5,3%)
TSB døgn	1 182	1 270	1 326	1 260 (1 194 - 1 326)	7,5 %	12,2 %	6,6% (1,1% - 12,2%)
TSB poliklinikk	609	707	767	711 (654 - 768)	16,1 %	26,0 %	16,8% (7,4% - 26,1%)
VOP DPS døgn	1 282	1 378	1 431	1 398 (1 366 - 1 431)	7,4 %	11,6 %	9,0% (6,5% - 11,6%)
VOP DPS poliklinikk	2 238	2 452	2 660	2 626 (2 397 - 2 854)	9,5 %	18,8 %	17,3% (7,1% - 27,5%)
VOP sykehus	4 781	5 340	5 586	5 370 (5 142 - 5 598)	11,7 %	16,8 %	12,3% (7,6% - 17,1%)
Totalsum	12 511	13 437	14 250	13 728 (12 968 - 14 488)	7,4 %	13,9 %	9,7% (3,7% - 15,8%)

Tabell 70. Framskrevet behov for helsepersonell PHV og TSB til 2040 over tjenesteområder og funksjon. Naiv demografi er framskrivning av dagens aktivitet for befolkningen i 2040 mens naiv framskrivning er framskrivning av basert på framskrivningsmodellen for aktivitet som også innebærer styrking av noen områder og omstillinger.

Behovet for helsepersonell fremover vil variere over helseforetak, og tabell 71 nedenfor sammenstiller resultatene over helseforetak uavhengig av tjenesteområde.

Framskrivning av behov for helsepersonell i PHV/TSB 2023 - 2040 over helseforetak							
	Brutto årsverk				Endring		
	Brutto 2023	Naiv demografi	Naiv framskrivning	Med modifierende faktorer	Naiv demografi	Naiv framskrivning	Med modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus HF	2 114	2 358	2 499	2 426 (2 285 - 2 568)	11,5 %	18,2 %	14,8% (8,1% - 21,5%)
Oslo universitetssykehus HF	2 537	2 799	2 949	2 780 (2 599 - 2 960)	10,3 %	16,3 %	9,6% (2,5% - 16,7%)
Sykehuset i Vestfold HF	1 018	1 049	1 113	1 071 (1 022 - 1 119)	3,1 %	9,3 %	5,2% (0,4% - 10,0%)
Sykehuset Innlandet HF	1 684	1 772	1 887	1 813 (1 699 - 1 926)	5,2 %	12,0 %	7,6% (0,9% - 14,4%)
Sykehuset Telemark HF	674	714	753	743 (709 - 777)	5,9 %	11,8 %	10,2% (5,1% - 15,3%)
Sykehuset Østfold HF	1 205	1 283	1 366	1 347 (1 281 - 1 413)	6,5 %	13,3 %	11,8% (6,3% - 17,3%)
Sørlandet sykehus HF	1 438	1 527	1 628	1 594 (1 532 - 1 656)	6,1 %	13,2 %	10,8% (6,5% - 15,1%)
Vestre Viken HF	1 840	1 934	2 056	1 954 (1 841 - 2 068)	5,1 %	11,7 %	6,2% (0,0% - 12,4%)
Totalsum	12 511	13 437	14 250	13 728 (12 968 - 14 488)	7,4 %	13,9 %	9,7% (3,7% - 15,8%)

Tabell 71. Framskrevet behov for helsepersonell PHV og TSB til 2040 fordelt på helseforetak. Naiv demografi er framskrivning av dagens aktivitet for befolkningen i 2040 mens naiv framskrivning er framskrivning av basert på framskrivningsmodellen for aktivitet som også innebærer styrking av noen områder og omstillinger.

Framskrevet utvikling for stillingsgrupper slik de nå ligger i modellen fremgår av tabell 72 nedenfor. Utviklingen i de ulike stillingsgruppene følger av at behovet innen BUP, VOP og TSB utvikler seg forskjellig. I tillegg kommer effekter av at innleie forutsettes erstattet med eget personell.

Framskrivning av behov for helsepersonell i PHV/TSB 2023 - 2040							
	Brutto årsverk			Endring			
	Brutto 2023	Naiv demografi	Naiv framskrivning	Med modifierende faktorer	Naiv demografi	Naiv framskrivning	
Administrasjon/Ledelse	710	761	808	774 (734 - 814)	7,1 %	13,8 %	8,9% (3,3% - 14,6%)
Andre pasientrettede stillinger	567	616	649	625 (602 - 648)	8,6 %	14,4 %	10,1% (6,1% - 14,2%)
Helsefagarbeider/hjelpepleier	635	699	731	707 (684 - 730)	10,1 %	15,1 %	11,4% (7,8% - 15,1%)
Helsesekretær	199	210	227	215 (201 - 230)	5,5 %	13,7 %	7,9% (0,7% - 15,2%)
Lege uten turnus	79	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0
LIS-leger	404	520	553	522 (485-560)	7,7 %	14,5 %	29,2% (20,0%-38,6%)
Merkantile stillinger	504	547	580	548 (511 - 585)	8,4 %	15,1 %	8,6% (1,3% - 16,0%)
Miljøarbeider	290	325	339	320 (301 - 339)	11,9 %	16,7 %	10,2% (3,7% - 16,7%)
Miljøterapeut	667	705	744	712 (683 - 741)	5,6 %	11,4 %	6,7% (2,4% - 11,0%)
Overleger	851	914	975	1 040 (0 964 - 1 116)	7,5 %	14,6 %	22,2% (13,3% - 31,1%)
Pasientrettede stillinger	105	115	121	115 (109 - 120)	9,6 %	15,8 %	9,5% (4,5% - 14,6%)
Pedagog	323	313	338	316 (298 - 334)	-3,1 %	4,7 %	-2,1% (-7,6% - 3,5%)
Pleiemedhjelper	103	115	120	112 (104 - 120)	11,6 %	16,2 %	8,6% (1,0% - 16,2%)
Psykolog	1 094	1 153	1 244	1 192 (1 101 - 1 284)	5,4 %	13,7 %	9,0% (0,6% - 17,3%)
Psykologspesialist	924	973	1 046	1 017 (0 945 - 1 089)	5,2 %	13,2 %	10,0% (2,2% - 17,9%)
Sekretær	384	407	435	410 (380 - 440)	5,9 %	13,4 %	6,7% (-1,2% - 14,6%)
Sosionom	477	513	549	513 (478 - 547)	7,6 %	15,1 %	7,5% (0,3% - 14,7%)
Spesialsykepleier	1 705	1 850	1 954	1 876 (1 794 - 1 958)	8,5 %	14,6 %	10,1% (5,3% - 14,9%)
Sykepleier	1 530	1 665	1 747	1 673 (1 601 - 1 746)	8,9 %	14,2 %	9,4% (4,7% - 14,2%)
Turnusleger/LIS 1	38	43	45	043 (041 - 045)	11,8 %	17,2 %	11,7% (6,2% - 17,3%)
Vernepleier	451	488	513	492 (472 - 512)	8,3 %	13,7 %	9,1% (4,8% - 13,5%)
Vernepleier m/spesial utdannin	316	339	358	339 (322 - 357)	7,2 %	13,3 %	7,4% (2,0% - 12,9%)
Total	12 358	13 270	14 075	13 561 (12 810 - 14 312)	7,4 %	13,9 %	9,7% (3,7% - 15,8%)

\*Leger uten turnus konverteres til LIS-leger

*Tabell 72. Framskrevet behov for helsepersonell PHV og TSB til 2040 fordelt på stillingskategori. Naiv demografi er framskrivning av dagens aktivitet for befolkningen i 2040 mens naiv framskrivning er framskrivning av basert på framskrivningsmodellen for aktivitet som også innebærer styrking av noen områder og omstillinger.*



## **9. Fremtidige oppdateringer av modellen**

Det anbefales en regelmessig revisjon av modellen parallelt med revisjon av aktivitetsframskrivningene. Det er tidligere anbefalt at oppdateringer og gjennomganger gjøres hvert 4. år.

## Vedlegg

Revidert modell for framskrivning av behov for helsepersonell i PHV og TSB bygger på arbeider fra en prosjektgruppe, som har bestått av følgende deltakere:

Prosjektgruppe Bemanningsframskrivninger PSYK og TSB		
Navn	Fra	Tittel
Halfdan Aass	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektleder
Miriam Kristine Sandvik	Helse Sør-Øst RHF	Fagsjef psykisk helsevern og rus
Jarle Henriksen	Helse Sør-Øst RHF	Avdelingsdirektør utdanning og kompetanse
Nicolai Møkleby	Helse Sør-Øst RHF	Avdelingsdirektør analyse
Christian Thoresen	Helse Sør-Øst RHF	Senioranalytiker
Sigurd Anderaa	Lovisenberg	Psykologspesialist ved seksjon for rus og avhengighet
Kaia Kvammen	STHF	Avdelingsleder
Knut Vegard Thorkildsen	STHF	HR
Annette Holm Øyvang	STHF	
Jon Aasmund Sandsberg	SØHF	Avdelingssjef avdeling for rus og avhengighetsbehandling
Ane Grimsrud	SØHF	HR
Øyvind Moksness	SØHF	Lokal tillitsvalg?
Christian Reissig	SiV	Klinikkjef psykisk helse og avhengighet
Silje Lyngnes Granlund	SiV	Foretakstillitsvalgt
Marit Hekne	SIHF	HR-sjef divisjon psykisk helsevern
Benedicte Thorsen-Dahl	SIHF	Divisjonsdirektør divisjon psykisk helsevern
Andreas Feiring	SIHF	Foretakstillitsvalgt FO
Aina Nybakke	Brukerutvalget	
Fredrik Nilsson	Brukerutvalget	
Erik Sjøegaard	Diakonhjemmet	Klinikkleder
Jørgen Blom	VVHF	Avdelingspsykolog i Klinikk psykisk helse og rus
Espen Solfeld Rødsten	VVHF	Spesialrådgiver HR Utvikling og lederstøtte
Harald Baardseth	VVHF	Foretakstillitsvalgt FO
Terje Thesen	SSHF	Tillitsvalgt, Legeforeningen
Vegard Øksendal Haaland	SSHF	Klinikkdirektør KPH
Erlend Hangaard	OUS	Avdelingsleder Nydalen DPS
Karin Erlimo	OUS	HR-leder
Birgit Aanderaa	OUS	Lokal tillitsvalg
Henrik L'orange	Ahus	Spesialrådgiver HR
Dag Kristen Solberg	Ahus	Fagsjef Psykisk helsevern
Åshild Johanne Høybakkmo Jørgensen	Ahus	Tillitsvalgt NSF
Elisabeth Berdinessen	Lovisenberg	Tillitsvalgt FO
Ellen Østberg	Diakonhjemmet	Tillitsvalgt
Martin Fjordholm	Kommunenes sentralforbund	
Jon Qvortrup	Kommunenes sentralforbund	

Styringsgruppen har bestått av følgende:

Styringsgruppe Bemanningsframskrivninger PSYK og TSB		
Navn	Fra	Tittel
Ulrich Johannes Spreng (leder SG)	Helse Sør-Øst RHF	Direktør medisin og helsefag
Svein Tore Valsø	Helse Sør-Øst RHF	Direktør personal og kompetanseutvikling
Cecilie Skule	Helse Sør-Øst RHF	Avdelingsdirektør, Psykisk helsevern og rusbehandling, Medisin og Helsefag
Jan Petter Odden	Lovisenberg diakonale sykehus	Fagdirektør
Petter Andreas Ringen	Oslo universitetssykehus HF	Klinikkleder psykisk helse og avhengighet
Ellen Henriette Pettersen	Sykehuset Innlandet HF	Direktør medisin og helsefag
Anders Debes	Vestre Viken HF	Direktør medisin og helsefag
Bente Krauss	Sykehuset i Vestfold HF	HR-direktør
Gaute Storås	Sykehuset Østfold HF	HR-direktør
Nina Føreland	Sørlandet Sykehus HF	Organisasjonsdirektør
Anne Bi Hoffsten	Sykehuset Innlandet HF	Tillitsvalgt
Fredrik Nilsson	Brukerutvalget	
Christian Grimsgaard	Konserntillitsvalgt	

Faggruppen har gjennomført 7 fysiske møte i perioden februar 2024 til september 2024. I tillegg til gjennomgang av egne analyser og arbeider har møtene hatt eksterne foredragsholdere, som har presentert følgende tema:

<b>Møte</b>	<b>Innledere</b>
Februar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miriam Sandvik, Helse Sør-Øst – <i>Faktorer som har betydning for å rekruttere, beholde og utvikle spesialister.</i></li> <li>• Elizabeth Arntsen, konsulent (BUP-prosjektet) - <i>Beholde, rekruttere og utvikle personell – Erfaringer fra BUP-prosjektet</i></li> </ul>
Mars	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Birgit Aandera, Konserntillitsvalgt Akademikerne – <i>Rapportering til nytte eller plage?</i></li> <li>• Benedicte Thorsen-Dahl, Sykehuset Innlandet HF – <i>Forenkle og forbedre</i></li> <li>• Jørgen Blom, Vestre Viken HF - <i>Sluttsamtaler i BUPA – kan vi ta imot nyansatte bedre og få dem til å bli hos oss?</i></li> <li>• Marte Riis Jensen, Sykehuset Telemark HF – <i>Bruk av sykepleier ved medikamentell behandling av ADHD</i></li> </ul>
April	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingrid Dieset, Oslo Universitetssykehus – <i>Krisepakke – trygg natt.</i></li> <li>• Vegard Øksendal Haaland, Sørlandet sjukehus – <i>Riktig bruk av helsepersonell i nye bygg og gevinstrealisering</i></li> <li>• Christian Reissig Sykehuset i Vestfold - <i>Riktig bruk av helsepersonell i nye bygg og gevinstrealisering</i></li> </ul>
Mai	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bengt Erik Antell, OUS – <i>Fagvekting TSB</i></li> <li>• Jonas Sandberg, Sykehuset Østfold – <i>Poliklinikk TSB</i></li> <li>• Torunn Janbu, Helsedirektoratet - <i>Nasjonale faglige retningslinjer og pasientforløp innen PHV/TSB – konsekvenser for personellbehov</i></li> <li>• Heidi Merete Rudi, Statens Helsetilsyn - <i>Erfaringer fra tilsyn med psykisk helsevern/TSB</i></li> </ul>
Juni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erik Ganesh Sørgaard, Diakonhjemmet sykehus – <i>Digital sekretær: Automatisering av journalnotater gjennom AI-lytting til pasientsamtaler</i></li> <li>• Arild Aasen, Sykehuset i Vestfold – <i>Implementering av eMestring – hva har fungert og hvilke utfordringer møter vi?</i></li> <li>• Anton Åhren, sykehuset Innlandet – <i>DelMedMeg – betydning for styring av ressurser</i></li> <li>• Anne Kristine Nitter, Fredrikstad kommune – <i>Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten innen PHV og TSB</i></li> <li>• Hilde Tafjord, Sykehuset i Vestfold – <i>Erfaring med Ung Arena</i></li> <li>• Ingunn Moss Hildrum, OUS – <i>Fact Oslo Sør</i></li> </ul>
August	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusjon om utkast til rapport</li> </ul>
September	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videre diskusjon om utkast til rapport</li> </ul>