

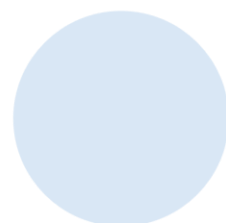
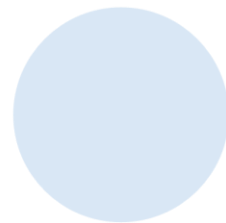
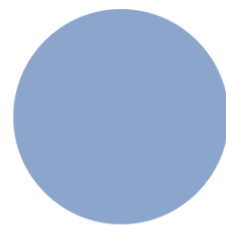
Ekstraordinært møte Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF

Innkalling med saksdokumenter

Dato: 09. desember 2022

Kl.: 13.30 til ca. 15.00

Sted: Teams



Regional brukerutvalg i Helse Nord RHF
- medlemmer og varamedlemmer

Marit Lind
Saksbehandlere/ledere, jf. sakslisten

Vår ref.:
2022/140-29

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
02.12.2022

Ekstraordinært møte i Regionalt brukerutvalg, den 09. desember 2022 – innkalling

I samråd med lederen for det Regionale brukerutvalget innkalles det herved til ekstraordinært møte i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF

**fredag, den 09. desember 2022– fra kl. 13.30
digitalt via Teams**

Vedlagt følger saksdokumenter til dette møtet.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, rådgiver Cecilie Henriksen på tlf. 975 40 710 eller pr. e-post til cecilie.henriksen@helse-nord.no.

Vennlig hilsen

Cecilie Henriksen
rådgiver

Kopi: Adm. direktør i helseforetakene i Helse Nord
Leder for brukerutvalgene i helseforetakene i Helse Nord
Brukerorganisasjonene i Nord-Norge
Pasientombudene i Nord-Norge

Møtedato: 09. desember 2022

Vår ref.:
2022/140-29

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
23.11.2022

RBU-sak 100-2022

Godkjenning av innkalling og saksliste

I samråd med lederen i det Regionale brukerutvalget inviteres RBU i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet, den 09. desember 2022:

Sak 100-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
Sak 101-2022	Delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2023-2027 – Helse Nord RHF	2
Sak 102-2022	Fornytt framskrivning av behov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling	14
Sak 103-2022	Unntaksordningen innenfor nye metoder – innspill til rapport	98
Sak 104-2022	Orienteringssak 1. Tilgang til bioingeniører og fødeavdeling på Stokmarknes – <i>mundlig orientering</i>	136

Forslag til vedtak

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

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

Bodø, 02. desember 2022

Marit Lind
konstituert administrerende direktør

Møtedato: 09. desember 2022
Vår ref.:
2022/140-29

Saksbehandler:
Eirik Holand

Dato:
30.11.2022

RBU-sak 101-2021

Delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2023-2027 – Helse Nord RHF

Formål:

Helse Nord RHF ønsker å invitere Regionalt brukerutvalg til å gi sin tilslutning til Helse Nord RHF's delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2023-2027.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

Delstrategien skal bidra til at en når målene som er beskrevet i overordnet *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*, behandlet av styret i styresak 10-2021, og nasjonal målsetning som er beskrevet i *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Helse Nord RHF's delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal styrke forutsetningene for bedre kvalitet i tjenestene. Risiko for pasientskader skal reduseres slik at tryggheten i behandlingstilbudet blir bedre. Respekt for pasientenes erfaringer og perspektiver skal ivaretas gjennom bedre kommunikasjon og nye løsninger for pasientmeldte forbedringsforslag og erfaringer. Videre skal det legges til rette for bedre læring og lagspill på tvers i foretaksgruppen.

Beslutningsgrunnlag

Helse Nord RHF har valgt å ikke omtale denne delstrategien som en «kvalitetsstrategi», da ambisjonen om bedre kvalitet ligger til grunn for alt arbeid i Helse Nord RHF. Alle delstrategier vil dermed omtale forutsetninger for god kvalitet på sine respektive områder. Helse Nord RHF har derfor, med denne delstrategien, valgt å fokusere på å styrke nødvendige forutsetninger for gode styringssystemer, forbedringsarbeid og sikkerhetskultur i foretaksgruppen.

Forbedringsarbeid gjennomføres i dag regelmessig i alle helseforetak i regionen. Det er summen av all slik kontinuerlig forbedring som bidrar til at tjenestene utvikler seg i ønsket retning. Det er fortsatt behov for ytterligere forbedring av kvaliteten på flere områder, og omfanget av pasientskader må reduseres. Helse Nord RHF's *Delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2023-2027* redegjør for Helse Nord RHF sine planer for å følge opp og forbedre området.

Delstrategien er delt inn i syv hovedområder. Disse er:

- *Bedre samarbeid med brukere og pårørende*
- *Arbeide systematisk med kvalitet og sikkerhetskultur*
- *Styrke, spre og bruke forbedringskompetanse*

- *Legge til rette for læring på tvers*
- *Redusere unødvendig diagnostikk og behandling*
- *Videreutvikle og forbedre data til kvalitetsarbeid og styring*
- *Mer standardisering av helsefaglige styrende dokumenter*

Prosess for utarbeidelse

Delstrategien er utarbeidet av en skrivegruppe i Helse Nord RHF. Det er gjennomført to innspillmøter med helseforetakene underveis, og utkast til delstrategien var på åpen høring i perioden 09.08.2022 – 18.09.2022. Det ble avgitt åtte høringsvar. Disse er gjennomgått og delvis innarbeidet i delstrategien. Regionalt brukerutvalg (RBU) har tidligere gitt innspill til delstrategien i RBU-møte 14.09.2021¹.

Konklusjon

Delstrategien omtaler viktige områder som skal fremme forutsetningene for kontinuerlig forbedring og forbedret pasientsikkerhet. Den vektlegger viktigheten av god pasientkommunikasjon, og skal fremme bedre løsninger for å melde fra om erfaringer, uønskede hendelser og forbedringsforslag for brukere og pårørende. Helse Nord RHF ønsker at brukererfaringer i større grad skal benyttes til å identifisere utfordringer og forbedringsområder.

Forslag til vedtak

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

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF gir sin tilslutning til Helse Nord RHF's delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2023 -2027.

Bodø, 02. desember 2022

Marit Lind
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

Helse Nord RHF's delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2023-2027

¹ RBU-sak [89-2021 Løypemelding delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet](#) i RBU-møte 14.09.2021.

Helse Nord RHF's delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2023–2027

Sammen om helse i nord

Forord

Jeg har gleden av å presentere delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for Helse Nord RHF. Dette er en av flere delstrategier som skal bidra til at vi oppfyller målene i overordnet strategi for Helse Nord RHF, og som vil prege dialogen mot helseforetakene i årene som kommer.

Kvaliteten i sykehusene våre er god, men behovet for forbedring og utvikling vil alltid være tilstede. De ansatte er den fremste ressursen vi har når tilbudet skal forbedres. Deres kjennskap og erfaring om hvordan lokale prosesser virker og faglige kompetanse, er helt nødvendige forutsetninger for kontinuerlig forbedring og ivaretagelse av pasientsikkerheten. Ledere har derfor et særskilt ansvar for at ansatte trives godt på arbeidsplassen og at vi har en kultur hvor det oppleves trygt å foreslå endringer og melde fra om feil. Vi som ledere skal også sørge for at det settes av tid i arbeidshverdagen til å teste forbedringsideer. Arbeidsmiljø, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet må derfor ses i sammenheng når vi skal utvikle en enda bedre og tryggere spesialisthelsetjeneste.

Vi skal også være bevisste at kvalitetsforbedring ikke er begrenset til tiltak for bedre pasientbehandling. Det er like aktuelt når vi skal sikre at vi har effektive og gode arbeidsprosesser omkring administrasjon, styring og ledelse, som igjen kan bidra til å fristille tid og ressurser til mer og bedre pasientbehandling.

For å vite hva som må forbedres og vurdere effekt av tiltakene våre, trenger vi informasjon om hvordan kvaliteten utvikles over tid. Derfor skal vi strategiperioden styrke satsningen på medisinske kvalitetsregistre, utvikle det regionale datavarehuset og gi pasientene muligheter til å melde om sine erfaringer og forbedringsideer slik at kunnskap fra brukerne benyttes til videreutvikling av tjenestene. Vi skal også sørge for at ledere på alle nivå, er bevisste på egne resultater og at disse ligger til grunn for strategiske og driftsrelaterte beslutninger.

Omstillingsutfordringene som ligger fremfor oss gjør det viktigere enn noen gang, at alle ansatte i Helse Nord er bidrar i arbeidet med å sikre god ressursutnyttelse og trygge tjenester. Vi skal dele gode ideer med hverandre, og samarbeide på tvers av foretaksgrenser for å sikre et helhetlig helsetilbud i verdensklasse.

Marit Lind
konst. administrerende direktør
Helse Nord RHF

1. Innledning

Denne delstrategien skal bidra til å realisere de strategiske innsatsområdene i Helse Nord RHF's overordnede strategi¹ og nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring². Gjennomføring av tiltakene i denne delstrategien skal bidra til å bedre forutsetningene for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten³.

Å ha god kvalitet i tjenestene våre innebærer at de utføres i overenstemmelse med krav og forventninger definert av myndigheter, fagmiljø, brukere og befolkningen for øvrig. Dette krever at vi har god informasjon om hvordan kvaliteten utvikler seg. Data fra egen virksomhet, nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og resultater fra bruker- og medarbeiderundersøkelser, er eksempler på slike informasjonskilder som skal ligge til grunn for helhetlige risikovurderinger, hvor områder med fare for kvalitetssvikt avdekkes og korrigerende forbedringstiltak kan iverksettes.

Gode forbedringstiltak krever kunnskap om lokale forhold, og bør drives frem av de som sitter tett på prosessene. Forbedringsarbeid skal være en naturlig del av arbeidshverdagen til alle ansatte og ledere, noe som fordrer tilstrekkelig tid og kompetanse til å prioritere slikt arbeid. For å lykkes med å fremme slike initiativer må virksomhetenes øverste ledelse være opptatt av kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og sørge for at tema får en naturlig plass i agendaen på alle relevante møtearenaer.

En god sikkerhetskultur forutsetter trygge ledere og ansatte, som kan si fra om risiko og uønskede hendelser, og som evner å bruke dette til å øke sikkerheten gjennom kontinuerlig forbedring. Ledere må legge til rette for en trygg og ivaretagende meldekultur hvor ansatte vet at rapportering av uønskede hendelser blir håndtert på en måte som bidrar til å bedre eller øke pasientsikkerheten, og at deres psykologiske trygghet blir ivaretatt. På samme måte skal også brukere og pårørende ha anledning til å si fra om sine erfaringer med virksomhetene, uten å måtte uroe seg over negative konsekvenser.

For at Helse Nord skal lykkes med å utvikle en sterk og felles sikkerhetskultur, trenger vi et godt lagspill innad og på tvers av foretaksgrensene, med stor vilje til å lære av hverandre og å bistå hverandre når det er nødvendig. Vi skal dele både dyrekjøpte erfaringer etter uønskede hendelser og jobbe for å spre vellykkede forbedringstiltak. Helse Nord skal ha gode systemer som bygger opp under slik læring, og gjøre det enklere for alle å få oversikt over relevante læringsnotater etter uønskede hendelser og om hvordan andre har lyktes med sine forbedringsarbeider.

¹ <https://helse-nord.no/strategi-for-helse-nord-rhf-2021-2024>

² [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#)

³ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

1.1 Formål

Denne strategien er en delstrategi under Helse Nord RHF sin overordnede strategi, og skal bidra til at vi prioriterer tiltak som inngår i de fem innsatsområdene:

- Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
- Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
- Vi forbedrer gjennom samarbeid
- Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
- Vi er forberedt

Denne delstrategien skal bidra til å sette retning for Helse Nord RHF sitt arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i perioden 2023-2027, og er uttrykk for prioriteringer som vil prege styringsdialogen og regionale satsninger for denne perioden.

2. Ansvar og roller

2.1 Det regionale helseforetakets ansvar og rolle i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Helse Nord RHF skal sørge for tilgjengelige og likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet til hele befolkningen i Nord-Norge. Dette innebærer at det regionale helseforetaket skal utvikle, gjøre tilgjengelig og aktivt gjøre bruk av informasjon om kvalitetsutviklingen fra ulike datakilder t planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sin virksomhet i henhold til lov og forskrift. Uønsket variasjon i tilbud og resultater berører det regionale helseforetakets sørge-for-ansvar, og Helse Nord RHF skal legge slik informasjon til grunn for beslutninger vedrørende hensiktsmessig funksjonsfordeling i foretaksgruppen.

Helse Nord RHF skal videre følge opp og ivareta det overordnede ansvaret for at foretakene har gode styringssystemer som gitt i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene, og herunder inkludere oppfølging av pasientsikkerhet i styrene.

Helse Nord RHF skal bidra til utvikling av systemer for å følge med på resultater av pasientsikkerhet og forbedringsarbeid nasjonalt, regionalt og lokalt, og rapportere til nasjonale myndigheter om aktiviteter og resultater på pasientsikkerhet. Vi skal aktivt følge opp undersøkelsen ForBedring og pasientskader målt ved GTT-metoden, og bidra aktivt til spredning og implementering av nasjonale satsinger. Helse Nord RHF skal ha en aktiv rolle i å legge til rette for felles regionale løsninger som bidrar til å fremme godt samarbeid og læring på tvers av foretaksgrensene.

Helse Nord RHF skal bidra i utviklingen av nye nasjonale satsinger innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og ta grep for å gjennomføre og følge opp disse satsningene i Helse Nord.

Helse Nord RHF skal etterspørre og bidra til tilrettelegging og utarbeidelse av gode systemer og løsninger for informasjon og deling av erfaringer om arbeid med pasientsikkerhet og forbedring. Arbeidet med kompetanseheving i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid for

ledere og ansatte, samt utvikling og videreutvikling av opplæringsprogrammer i forbedringsmetodikk, skal prioriteres.

2.2 Helseforetakenes ansvar og rolle i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Helse Nord RHF er eier av seks helseforetak. Det er helseforetakene som er den utøvende virksomheten av spesialisthelsetjenester. Helseforetakene har et selvstendig ansvar for å etablere og gjennomføre styringssystem for helse- og omsorgstjenesten i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. De skal rapportere til nasjonale myndigheter og det regionale helseforetaket om aktivitet og resultater på pasientsikkerhetsområdet, som oppfølging av undersøkelsen ForBedring og pasientskader målt ved GTT-metoden.

Helseforetakene skal bidra til utvikling av system for å følge med på resultater av pasientsikkerhet og forbedringsarbeid nasjonalt, regionalt og lokalt, og implementere og spre nasjonale og regionale satsinger, inkludert oppfølging av aktiviteter og resultater. De skal videre utvikle og gjennomføre nye nasjonale og regionale satsinger, og legge til rette og bidra med åpenhet om erfaringer om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid. Helseforetakene skal også prioritere kompetanseheving i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid for ledere og ansatte.

Helseforetakene skal på eget initiativ gjennomføre aktiviteter for kontinuerlig forbedring på områder med identifiserte utfordringer innenfor området kvalitet og pasientsikkerhet. Helseforetakene skal samarbeide, og dele nyttige erfaringer og satsninger med øvrige helseforetak i regionen.

Helseforetakene skal rapportere til de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og bidra til at dekningsgraden i registrene er god.

2.3 Samarbeid med andre aktører

2.3.1 Helsedirektoratet

Helse Nord RHF og de øvrige regionale helseforetakene samarbeider med Helsedirektoratet, avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, om utviklingen av nye nasjonale satsninger.

2.3.2 Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet (RKKP)⁴

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet, lokalisert ved Nordlandssykehuset har et særskilt ansvar for å følge opp deler av tiltaksarbeidet, blant annet gjennom å

⁴ De regionale kompetansetjenestene i Helse Nord er under vurdering. Dersom kompetansetjenesten opphører må oppgavene løses gjennom andre strukturer

organisere regionale forbedringsutdanninger, lede nettverk for GTT og hendelsesanalyser, og lede arbeidet med planlegging og gjennomføring av regional pasientsikkerhetskonferanse.

3. Innsatsområder

Forbedring av kvalitet i pasientbehandlingen er ett av tre nasjonale styringsmål, og er derfor et av våre høyest prioriterte områder. I Norge leverer vi allerede helsetjenester av god kvalitet, men vi er samtidig forpliktet til å videreutvikle tjenestene kontinuerlig slik at kvaliteten forbedres ytterligere. Slik forbedring krever utvikling av både struktur og kultur, og tekniske løsninger som underbygger samarbeid og læring. I strategiperioden ønsker vi å utvikle og forsterke forutsetningene for vellykket kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetskultur i Helse Nord.

3.1 Bedre samarbeid med brukere og pårørende

Diagnostikk, behandling og utforming av helsetjenestene skal skje i samarbeid med brukerne. Å tilby tjenester av høy kvalitet forutsetter at disse er i tråd med pasientens behov og ønsker. Dette krever at vi lykkes med god pasientkommunikasjon, og at vi lytter til innspill og forbedringsforslag. Vi må derfor sikre at brukere og pårørende blir hørt, både i møtet med den enkelte, og i prosesser hvor tjenestene utvikles. Tilbakemeldinger om erfaringer fra pasienter og pårørende skal inngå i arbeidet med å evaluere tjenestene våre, og bidra til at nødvendige endringer gjennomføres. Dette krever at vi arbeider aktivt for å utvikle en kultur hvor det kjennes trygt for pasient og pårørende å gi tilbakemeldinger.

For å oppnå dette skal Helse Nord RHF:

- Etablere meldeordninger hvor brukere og pårørende kan melde om uønskede hendelser og forbedringsforslag
- Etablere lett tilgjengelige tekniske løsninger hvor pasient og pårørende kan melde om sine erfaringer etter et behandlingsforløp
- Sørge for at pasientmeldte erfaringer brukes aktivt til forbedringsarbeid
- Legge til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter for å sikre pasientens medvirkning i egen behandling
- Sikre god og forståelig informasjon om utredning, behandling, og oppfølging på foretakens nettsider

3.2 Arbeide systematisk med kvalitet og sikkerhetskultur

For å kunne oppnå våre målsetninger om bedre kvalitet, må kvalitet og sikkerhetskultur ha en naturlig plass på formelle arenaer hvor beslutninger tas. Dette krever at ledere, på alle nivå, setter slike tema på dagsordenen. Kvalitetsresultater skal evalueres, og status for relevante tiltak må følges opp. Ledere har også et særskilt ansvar for å utvikle sikkerhetskultur blant sine ansatte. Slik kultur må ses i sammenheng med arbeidsmiljøet, og de ansattes psykologiske trygghet.

Styrene skal regelmessig behandle saker som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet, og inneha kompetanse til å etterspørre slike tema.

For å oppnå dette skal Helse Nord RHF:

- Sørge for at kvalitetsresultater fra ulike kilder gjennomgås og vurderes regelmessig i sentrale møtefora, og se til at tiltak iverksettes der hvor dette er nødvendig
- Helse Nord RHF skal årlig, med bakgrunn i tilgjengelige kvalitetsdata, prioritere indikatorer som særskilt skal følges opp gjennom dialog og styring
- Etterspørre og følge opp status for pågående forbedringstiltak, og bidra til å dele forbedringsarbeid som har vist positive resultater, regionalt og nasjonalt
- Sørge for at medarbeiderundersøkelsen ForBedring følges opp og at nødvendige tiltak for å styrke arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur gjennomføres, for eksempel gjennom bruk av verktøyet «snakk om forbedring»⁵, utviklet av Helsedirektoratet
- Følge opp kvalitetsresultater hos private tilbydere av spesialisthelsetjenester som Helse Nord RHF har avtale med

3.3 Styrke, spre og bruke forbedringskompetanse

Forbedring av helsetjenesten, slik den er beskrevet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, er en kontinuerlig prosess hvor vi planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer i lys av tilgjengelig informasjon om resultater fra virksomhetene. Det beste forbedringsarbeidet skjer oftest i det pasientnære arbeidet, hvor ledere og ansatte som har detaljert fagkompetanse og lokalkunnskap, utvikler og forbedrer eksisterende prosesser. På samme måte skal administrative oppgaver og prosesser forbedres slik at arbeidet forenkles og effektiviseres. Slikt arbeid krever tid, lederfokus og kompetanse om forbedringsarbeid. Vi ønsker derfor å videreføre satsningen på den regionale forbedringsutdanningen, QI-Nord, og forbedringsveilederutdanningen som koordineres og gjennomføres i samarbeid mellom Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord Norge. Vi skal også legge til rette for deltakelse i eksterne programmer.

For å oppnå dette skal Helse Nord RHF:

- Sørge for at ansatte og ledere i foretaksgruppen får opplæring i forbedringsmetodikk gjennom deltakelse i QI-Nord
- Sørge for at det utdannes forbedringsveiledere ved alle helseforetak i regionen
- Legge til rette for deltakelse med kandidater i eksterne utdanningsprogrammer i forbedringsarbeid
- Bidra i utviklingen av nasjonale utdanninger i forbedringsmetodikk
- Forbedre styringsprosesser for å unngå unødig administrasjon og rapportering
- Legge til rette for at forbedringskompetanse inngår i regionens kompetanseplaner

⁵ <https://www.snakkomforbedring.no/>

3.4 Legge til rette for læring på tvers

Spesialisthelsetjenesten er en kompleks og sammensatt tjeneste, hvor det jevnlig identifiseres læringspunkter som gir grunnlag for forbedringsarbeid, for eksempel etter pasientskade eller andre uønskede hendelser. I Helse Nord skal vi sørge for at slike erfaringer blir delt med andre som kan dra nytte av dem, og slik sikre at vi har en bred læring fra både egne og andres erfaringer. Tilsvarende skal vi lære av gode resultater og positive initiativer. Dette forutsetter at resultater er synlige, både som tilgjengelig og forståelig resultatstatistikk, og som publiserte vellykkede forbedringsarbeider.

For å oppnå dette skal Helse Nord RHF:

- Videreføre utdeling av regional forbedringspris to ganger årlig til de beste forbedringsarbeidene i regionen
- Videreføre gjennomføring av regional pasientsikkerhetskonferanse
- Etablere felles plattform for effektiv deling av læringspunkter etter uønskede hendelser, inkludert læringsnotater etter hendelsesanalyser
- Etablere felles regional plattform for deling av forbedringsprosjekter
- Sørge for at helseforetakene og private leverandører vi har avtale med, melder uønskede hendelser som er meldepliktige til nasjonale varsel- og meldeordninger

3.5 Redusere unødvendig diagnostikk og behandling

Vi har kunnskap som tilsier at deler av utredning og behandling som gis i sykehus gir liten eller ingen helsegevinst. Slik aktivitet legger beslag på begrensede ressurser, gir lengre ventetider og flere fristbrudd, og pasienter som mottar slik behandling utsettes for unødig risiko. Helse Nord RHF skal derfor stimulere til initiativer som reduserer unødvendig diagnostikk og behandling i regionen.

For å oppnå dette skal Helse Nord RHF:

- Sørge for at informasjon fra Helseatlas og kvalitetsregistre brukes til å identifisere områder hvor regionen har uønsket variasjon, og følge opp med tiltak for å redusere denne
- Arbeide for å redusere undersøkelser og behandling med liten eller ingen helsegevinst, blant annet gjennom å følge opp at Legeforeningens «Kloke Valg»-kampanje gjøres kjent og tas i bruk
- Sørge for at beslutninger fra Beslutningsforum om behandlinger som ikke lenger skal tilbys i spesialisthelsetjenesten, med bakgrunn i nyttevurderinger, etterleves

3.6 Videreutvikle og forbedre data til kvalitetsarbeid og styring

Godt forbedringsarbeid forutsetter gode og valide data, med tilstrekkelig publiseringsfrekvens, som viser effekten av forbedringstiltakene som testes ut. Helse Nord vil fortsette å utvikle regionens datavarehus slik at relevant statistikk blir mer tilgjengelig for flere. Implementering av nye IKT-systemer, vil åpne for å automatisere datafangst til lokale forbedringsprosjekter, og slik bidra til å gjøre det enklere å se effekten av lokale tiltak. Felles regionale oversikter over styringsdata i HNLIS skal bidra til å redusere behovet for manuell rapportering, og gi bedre forutsetninger for informert ledelsesoppfølging og styring. Nye

analyseverktøy skal tas i bruk for utvikling av klinisk bruk av data, blant annet for identifisering av pasientskader.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er våre fremste kilder for evaluering av kvalitet i utredning, behandling og oppfølging. De skal belyse uønsket variasjon for pasientgruppen som registeret omfatter. Registrering i nasjonale kvalitetsregistre er lovpålagt, og for at registerdata skal kunne brukes i konkret klinisk forbedringsarbeid, må vi ha høy dekningsgrad og kompletthet i data.

For å oppnå dette skal Helse Nord RHF:

- Utvikle indikatorvisninger i HNLIS gjennom samarbeidet i regionalt team for indikatorutvikling og variasjon
- Legge til rette for å videreutvikle NCAF-plattformen til å identifisere oppståtte og truende pasientskader
- Øke bruken av HNLIS i foretaksgruppen gjennom samarbeid mellom analysemiljøene, og aktiv bruk av automatiserte rapporter i relevante møtefora
- Etablere kvalitetssystemet som kilde i datavarehuset for å tilgjengeliggjøre statistikk om uønskede hendelser og styrende dokumenter
- Følge opp at foretakenes kodepraksis er god, og at kvaliteten i datagrunnlag forbedres
- Arbeide for å automatisere datafangst til nasjonale medisinske kvalitetsregistre
- Styrke og utvikle nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Helse Nord
- Øke dekningsgraden i nasjonale medisinske kvalitetsregistre ved å påse at foretakene og private avtaleleverandører rapporterer komplette data
- Øke bruken av resultater fra nasjonale kvalitetsregistre som grunnlag for forbedringsarbeid

3.7 Mer standardisering av helsefaglige styrende dokumenter

Lokal variasjon i helsefaglige styrende dokumenter, som prosedyrer og retningslinjer, bidrar til uønsket variasjon i pasientbehandlingen. Dagens modell for utarbeidelse og vedlikehold av styrende dokumenter er også svært ressurskrevende for ledere og helsepersonell. Slike dokumenter skal i større grad standardiseres i regionen, og det skal sikres at de er i tråd med normerende produkter fra Helsedirektoratet. Behovet for lokale prosessbeskrivelser og tilpasninger skal samtidig hensyntas. En slik standardisering vil kreve at det utredes en hensiktsmessig regional forvaltningsmodell, og at de tekniske løsningene i dokumentstyringssystemet legger til rette for lettere deling og informasjonsutveksling mellom aktørene.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Følge med på at nye eller reviderte normerende produkter fra Helsedirektoratet implementeres i sykehusene
- Integre normerende produkter fra Helsedirektoratet i felles regionalt kvalitetssystem
- Sammen med helseforetakene utvikle og iverksette forvaltningsmodell for utvikling av sentrale helsefaglig styrende dokumenter med regional gyldighet

- Samarbeide med andre regioner og nasjonale aktører om initiativer mot nasjonal standardisering av helsefaglige styrende dokumenter

Møtedato: 09. desember 2022
Vår ref.:
2022/140-29

Saksbehandler:
Linn Gros

Dato:
Bodø, 23.11.2022

RBU-sak 102-2022

Fornyhet framskrivning av behov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Formål:

Den nasjonale framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2021. Modellen tok utgangspunkt i aktivitetsdata for 2019, for å vurdere utviklingen av helsetilbudet i årene frem mot 2040. Det ble anbefalt at modellen skulle revideres hvert fjerde år. I kjølvannet av koronapandemien har det vært en stor økning i henvisninger innen psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne, noe som gjør at det har vært nødvendig å gjøre en fornyet framskrivning av behov. Denne saken presenterer hovedfunn fra den fornyede gjennomgangen.

En likelydende styresak skal behandles i styrene i alle landets regionale helseforetak i desember 2022 før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Beslutningsgrunnlag

Framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester kan gi et bilde av kapasiteten helsetjenesten må ha for å kunne møte fremtidige behov på en god måte. Vurderinger av kapasitet innbefatter forhold som areal, sengeplasser og personell. For å understøtte likeverdige helsetjenester, skal framskrivninger være basert på en felles nasjonal modell, med mulighet for lokale tilpasninger der det enkelte regionale helseforetak vurderer at dette nødvendig og relevant.

I revidert oppdragsdokument av 23. juni 2022 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helse Sør-Øst RHF i oppgave å lede et nasjonalt utredningsoppdrag som inkluderte en fornyet helhetlig analyse og framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):

- *Det vises til rapport av 1. juli 2021 med forslag til ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det skal legges fram en opptrappingsplan for psykisk helse og en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, dvs. behov og tiltak skal vurderes. De regionale helseforetakene skal på bakgrunn av en fornyet helhetlig analyse og framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB,*

foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen disse to fagområdene.

- *Det bes herunder om at de regionale helseforetakene vurderer hvordan Psykisk helsevern barn og unge (PHBU), i samarbeid med kommunene, kan jobbe for å forebygge, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge. Det må vurderes hvordan fragmentering av ansvar for oppfølging av sårbare barn og unge kan motvirkes gjennom tettere samarbeid og deling av kunnskap. De regionale helseforetakene bes vurdere muligheter for å prøve ut nye modeller for samarbeid hvor PHBU kan ta et større helhetlig ansvar sammen med kommunene. Det vurderes om Helsedirektoratet skal gjennomgå kunnskapsgrunnlaget for å forstå hva som hindrer/fremmer bruk av kompetanse i fellesskap, samt hva som virker av tiltak. De regionale helseforetakene skal eventuelt bidra i dette arbeidet.*
- *De regionale helseforetakene skal vurdere status og utfordringsbilde innen TSB området, herunder status for etablering av basistjenester i alle helseforetak og en beskrivelse av hvordan den foreslåtte avviklingen av fritt behandlingsvalg-ordningen (FBV-ordningen) vil påvirke TSB.*
- *Det vises til at dagens nasjonale kompetansetjenester innenfor psykisk helsevern og TSB på sikt skal organiseres utenfor det forskriftsregulerte systemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere hvilke områder innen psykisk helsevern og TSB det eventuelt er et særskilt behov for å bygge opp og spre kompetanse nasjonalt og hvordan dette best kan organiseres.*

Alle helseregionene har deltatt i arbeidet, både med fagpersoner fra de tre fagområdene, brukerrepresentant, tillitsvalgte fra alle helseregionene, kommunerepresentanter og KS, samt representant fra sykehusbygg og de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet har deltatt som observatør.

Hovedfunn innen ulike tjenesteområder

Psykisk helsevern for barn og unge

Det har vært en stor vekst i antall henvisninger og aktivitet innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) fra 2019 til 2021. Skåring av pasientenes funksjonsnivå for 2021 viser noe lavere funksjon, sammenlignet med pasienter i behandling i 2019. Dette innebærer at veksten av pasienter er vurdert til å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og ikke i hovedsak består av milde og moderate lidelser som kunne tenkes ivaretatt av kommunehelsetjenesten. Spiseforstyrrelser er en av de mest alvorlige psykiske lidelsene for barn og unge, og det er her observert en vekst som er større enn forutgående år.

Psykisk helsevern for voksne

Det har også vært en vekst i henvisninger innen psykisk helsevern voksne (VOP) fra 2019 til 2021, særlig i antall individer mellom 18-25 år. Samlet er det særlig aldersgruppen fra 12 til 25 år som har økt. Det er spørsmål om den polikliniske kapasiteten er tilstrekkelig, og det er videre særlige utfordringer når det gjelder kapasitet gjennom hele behandlingsforløpet for alvorlig psykiske lidelser (psykoser og bipolare lidelser). Antallet som dømmes til tvunget psykisk helsevern med døgnopphold

er fortsatt i sterk vekst, noe som gir betydelige kapasitetsproblemer gjennom hele behandlingsskjeden.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er pasientvolumet relativt stabilt fra 2019 til 2021. Det forventes at planlagt tiltak i helseforetakene over de siste årene vil styrke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, særlig innen avrusning.

Fornyede behovsvurdering

Tiltakene som ble anbefalt ved utvikling av modellen i 2021, opprettholdes i all hovedsak i denne fornyede framskrivningen.

- Kapasitet til behandling og oppfølging av barn- og unge i spesialisthelsetjenesten bør styrkes. Det er foreløpig få indikasjoner på at trykket mot disse tjenestene reduseres, og det vurderes at det er behov for å legge til rette for en generell økt kapasitet med en særlig styrking av det polikliniske tilbudet generelt, og tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser spesielt.
- Det er behov for en særlig satsning på hele behandlingsforløpet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, inkludert døgnkapasitet og FACT eller tilsvarende ambulante modeller.
- Det bør legges til rette for en styrket kompetanse innen basis- og akutt-tjeneste i TSB.
- Videreutvikling av poliklinikk for å bedre tilbudet og møte utfordringer med tilgang på personell. Behov for generell vekst, men særlig:
 - Alkoholrelaterte problemstillinger
 - Øke andelen eldre i spesialisthelsetjenesten
 - Digitale tjenester
- Styrke samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.
- Videreutvikle tilbudet for milde og moderate tilstander i kommunene.
- Fokus på gode botilbud i kommunen og overganger mellom tjenestene.

Den fornyede framskrivningen baserer seg på aktiviteten i 2021 og fanger således opp endringer fra 2019 til 2021. Det har fra 2019 til 2021 vært en utvikling hvor vi ser mindre variasjon i liggetider og innleggelsesmønster mellom opptaksområdene, men også store endringer i utviklingen i liggedøgn for de ulike tjenesteområdene. 2021 var et år preget av pandemi og nedstengninger, og det bør derfor gjøres særskilte vurderinger av utgangsaktivitet for hvert enkelt helseforetak.

Siden aktiviteten for barn og unge voksne i 2021 var høyere enn i 2019, så vil aktiviteten med revidert modell være høyere enn i forrige versjon. Samlet gir modellen en vekst utover demografi. Veksten er størst i årene frem mot 2030. Foreløpige estimer gir en årlig vekst på om lag 0,4% utover demografi (0,1% for liggedøgn og 0,7% i polikliniske konsultasjoner). Anslagene for vekst utover demografi skal gjennomgås med Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2022.

Den fornyede framskrivningen gir følgende endringene i liggedøgn og polikliniske konsultasjoner fra 2021 til 2040 (totaltall inkl. demografisk betinget vekst).

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

Personell og kompetanse

Det er gjennomført en framskrivning av årsverk for ulike faggrupper innen psykisk helsevern og TSB. Framskrivningen følger som en direkte konsekvens av aktivitetsframskrivningene. Det vil si at personell forutsettes her økt tilsvarende som aktivitetsveksten.

Resultatet av framskrivningene viser at det nasjonalt vil være behov for en styrking av årsverk på 5,5 prosent frem til 2025 og 15 prosent frem til 2040.

Det har i dette arbeidet ikke vært tid til for eksempel å vurdere effekter av alternative måter å arbeide på, effekt av bygg, teknologi, deltid, pensjonsalder og turnover på rekrutteringsutfordringene tjenesten har. Arbeidsgruppen mener dette vil være sentrale temaer for å rekruttere, beholde og utvikle tjenesten. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det jobbes videre med disse temaene i forlengelse av dette arbeidet.

Psykisk helsevern for barn og unge

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

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

Arbeidsgruppen anbefaler ikke én modell ettersom det er behov for en viss fleksibilitet og lokal tilpasning. Arbeidsgruppen anbefaler at det enkelte helseforetak skal utarbeide modeller og samarbeidsarenaer som legger til rette for at barn, unge og unge voksne som er henvist til spesialisthelsetjenesten med behov for tjenester i spesialisthelsetjenesten eller kommunale helse- og omsorgstjenester ikke avvises uten en plan for oppfølging.

Fritt behandlingsvalg

Omfanget av aktivitet innen rammen av institusjoner som er godkjente innen fritt behandlingsvalg varierer betydelig på tvers av ulike helseregioner, og denne aktiviteten

er ikke lagt inn i det fornyede framskrivningene. I Helse Nord er det gjennomført en egen kartlegging av omfanget av denne aktiviteten og det er lagt planer for håndtering av dette behovet hvis godkjenningsordningen innen fritt behandlingsvalg blir avviklet fra 1.1.2023.

Administrerende direktørs vurdering

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er prioriterte områder, og administrerende direktør er opptatt av å ha en tjeneste som er riktig dimensjonert og med høy faglig kvalitet. Arbeidet med framskrivninger er strategisk viktig for å planlegge for tilstrekkelig kapasitet innen de tre fagområdene på kort og lang sikt.

Flere helseforetak har i dag utfordringer med å beholde og rekruttere personell innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er avgjørende å beholde, rekruttere og utvikle personell med riktig kompetanse for å kunne gi gode tilbud til befolkningen.

Saken skal behandles i styrene for alle de fire regionale helseforetakene i desember 2022. Det tas forbehold om at det vil kunne komme justeringer som følge av innspill fra de andre regionene i den endelige versjonen av rapporten som etter planen skal sendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 31.12.2022.

Forslag til vedtak

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

1. Revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB tas til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg slutter seg til modellens vurderinger og ber om at det arbeides med tiltak for å øke kapasiteten der det er nødvendig på kort og lengre sikt.
3. Regionalt brukerutvalg støtter arbeidet med tiltak for å beholde, rekruttere og utvikle personell med riktig kompetanse innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling slik at behov for bemanning og kompetanse dekkes.

Bodø, 02. desember 2022

Marit Lind
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

Revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB - rapport

*Forslag til revidert
framskrivningsmodell for psykisk
helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling*

Sammendrag

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

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

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

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

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

- Fokus på gode botilbud i kommunen og overganger mellom tjenestene

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

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

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

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

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

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

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

Totale endringer i modellen er skjematisk fremstilt i tabellen under:

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

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

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

Personell og kompetanse

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

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

Psykisk helsevern barn- og unge

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

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

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

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

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1. Innledning.....	9
2. Mandat.....	10
3. Hovedtrekk fra dagens framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling	12
3.1. Vekst i døgnbehandling i PHV, reduksjon i TSB.	12
3.2. Vekst i poliklinikk med forutsetning om videreutvikling i primærhelsetjenesten	12
3.2.1. Digital poliklinikk.....	13
3.3. Variasjon.....	13
4. Revisjon av framskrivingsmodell, oppdaterte analyser og vurderinger	14
4.1. Behandlingsgap – effekt av pandemi og økonomiske kriser	14
5. Barn og unge.....	19
5.1. Tilgjengelighet og innhold i tjenesten.....	20
5.2. Inkludering og utenforskap	27
5.3. Barn i barnevernet.....	27
5.4. Barn og unge med rusmiddelproblemer, ruslidelser og avhengighetsproblematikk	28
6. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	30
6.1. Tilgjengelighet og innhold i TSB	30
6.2. Status basistjenester TSB.....	35
6.3. Utviklingsområder	37
7. Psykisk helsevern for voksne	39
7.1. Tilgjengelighet.....	39
7.2. Innhold i tjenesten	40
7.3. Digitale tilbud	44
7.4. Døgnbehandling.....	45
7.5. Ulike funksjoner i døgnbehandling.....	50
7.6. Akuttpsykiatri.....	52
7.7. Sikkerhetspsykiatri	53
7.8. Oppsummering døgnbehandling VOP	59
8. Resultater med revidert framskrivningsmodell.....	60
8.1. Døgnbehandling.....	60
8.2. Poliklinikk.....	60
9. Personell og kompetanse	61
9.1. Bemanningsutvikling i psykisk helsevern og TSB	61
9.2. Estimering av utdanningsbehov på kort, mellomlang og lang sikt.	61
9.3. Bemanningssammensetning	62
9.4. Bemanningsbehov for døgn	63
9.5. Bemanningsbehov poliklinikk.....	63
9.6. Bemanningsbehov FACT	64
9.7. Oppsummert.....	64
10. Tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen barne- og ungdomspsykiatri.....	65
10.1. Helsefellesskap og utvikling av samhandlingsløp.....	66
10.2. Forebygging, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge	67
10.3. Finansiering og lovverk.....	69
10.4. Ungdomstjeneste	70

10.5. Oppsummert.....	70
11. Kompetanseutviklingsbehov innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	71
12. Vedlegg - framskrevet aktivitet per helseforetak/sykehus	74
12.1. Døgnbehandling per region og helseforetak.....	74
12.2. Poliklinikk per region og helseforetak.....	77

1. Innledning

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

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

¹ Baxter et al. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*, 31.

² Sawyer et al. (2018). Has the Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Australia Changed Between 1998 and 2013 to 2014? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*, 57

³ Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 191.

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

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

2. Mandat

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

«Utredningsoppdrag:

- *Det vises til rapport av 1. juli 2021 med forslag til ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det skal legges fram en opptrappingsplan for psykisk helse og en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, dvs. behov og tiltak skal vurderes. De regionale helseforetakene skal på bakgrunn av en fornyet helhetlig analyse og framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen disse to fagområdene. Det bes herunder om at de regionale helseforetakene vurderer hvordan PHBU, i samarbeid med kommunene, kan jobbe for å forebygge, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge. Det må vurderes hvordan fragmentering av ansvar for oppfølging av sårbare barn og unge kan motvirkes gjennom tettere samarbeid og deling av kunnskap. De regionale helseforetakene bes vurdere muligheter for å prøve ut nye modeller for samarbeid hvor PHBU kan ta et større helhetlig ansvar sammen med kommunene. Det vurderes om Helsedirektoratet skal gjennomgå kunnskapsgrunnlaget for å forstå hva som hindrer/fremmer bruk av kompetanse i fellesskap, samt hva som virker av tiltak. De regionale helseforetakene skal eventuelt bidra i dette arbeidet.*
- *De regionale helseforetakene skal vurdere status og utfordringsbilde innen TSB området, herunder status for etablering av basistjenester i alle helseforetak og en beskrivelse av hvordan den foreslåtte avviklingen av fritt behandlingsvalg-ordningen (FBV-ordningen) vil påvirke TSB.*
- *Det vises til at dagens nasjonale kompetansetjenester innenfor psykisk helsevern og TSB på sikt skal organiseres utenfor det forskriftsregulerte systemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere hvilke områder innen psykisk helsevern og TSB det eventuelt er et særskilt behov for å bygge opp og spre kompetanse nasjonalt og hvordan dette best kan organiseres. Arbeidet skal ledes av Helse Sør-Øst RHF og det skal innen 20. oktober 2022 leveres en rapport med innspill om behov og tiltak fra alle regioner.»*

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

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

konserntillitsvalgte er gruppen utvidet til å omfatte konserntillitsvalgte fra alle helseregioner.

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

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

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

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

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

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

3.2. Vekst i poliklinikk med forutsetning om videreutvikling i primærhelsetjenesten

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

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

3.2.1. Digital poliklinikk

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

3.3. Variasjon

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

4. Revisjon av framskrivingsmodell, oppdaterte analyser og vurderinger

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

4.1. Behandlingsgap – effekt av pandemi og økonomiske kriser

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

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

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

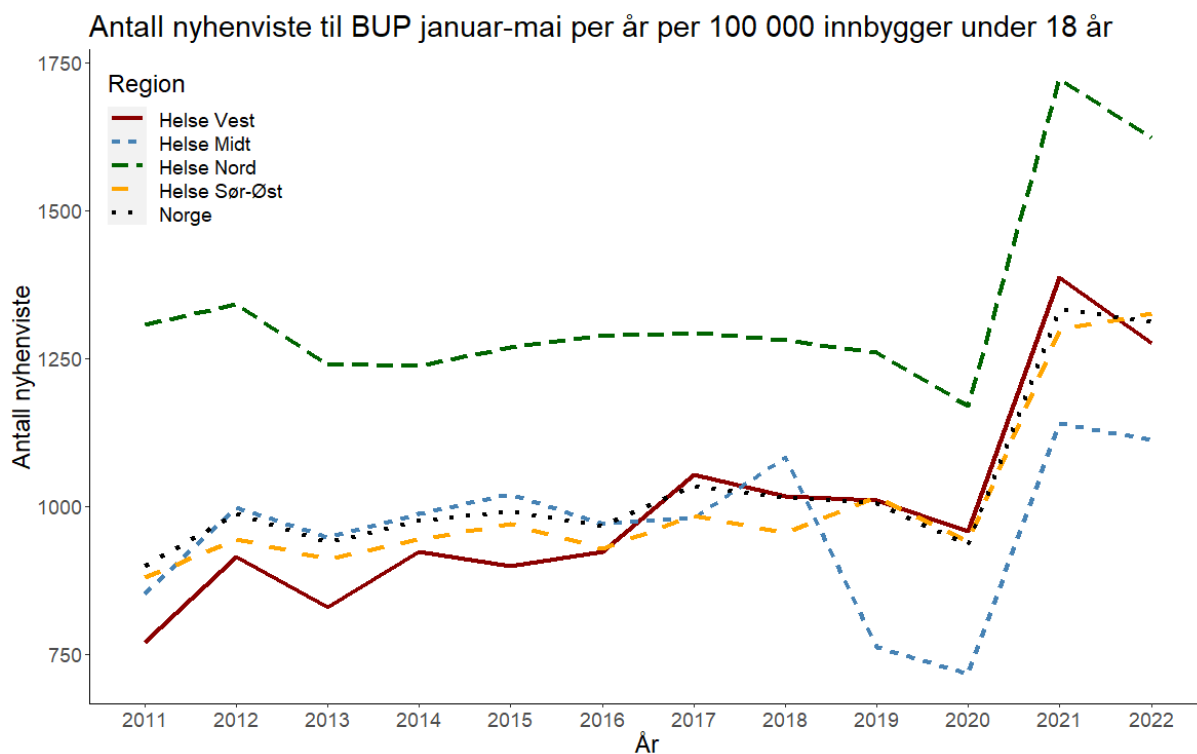
Individer mellom 18 og 64 år er den primære målgruppen for VOP og TSB, men hovedandelen av pasientene er under 40 år. Dersom vi ser på utviklingen i VOP for ulike aldersgrupper observeres en klar vekst, særlig for de mellom 18 og 25 år, på underkant av 15% korrigert for befolkning.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Barn og unge

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

Selv om helsehjelp fra psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) innvilges hovedsakelig basert på psykisk lidelse (diagnose), skal også atferdsuttrykk som f.eks. selvskadning og skolevegning vurderes. For å i større grad forhindre utenforskap bør samarbeidet mellom PHBU og kommunene videreutvikles for å aktivt følge opp sårbare grupper som barn i barnevernet, barn som vokser opp med stor sosial risiko, barn av foreldre med alvorlig sykdom, barn av foreldre som utøver eller truer med vold, barn av foreldre som misbruker rusmidler, barn med store språk- eller lærevansker, barn som faller ut av skole/ står utenfor det sosiale fellesskapet og barn som tidlig viser tegn på sosial mistilpasning og tegn på antisosial atferd (ekstremisme, rus, kriminalitet, etc.).

Kommunale tjenester som helsestasjon, skolehelsetjenesten, fastlege, kommunepsykolog og psykisk helsetjeneste og tilbud fra barnevernet, PPT, kommunalt innsatsteam, logopedtjeneste og skole har stor betydning for fungering i hverdagen. De kommunale tilbudene antas derfor å dekke deler av behovet. Kommunene har økt antall årsverk i helsestasjonene og skolehelsetjenesten de senere årene.¹¹ Helsepsykiatrien selv oppgir at de sykeste barna primært ivaretas av spesialisthelsetjenesten, mens andre peker på at det er lite tid til å arbeide forebyggende grunnet nettopp arbeid med de alvorligst syke barna. Det er samtidig potensiale for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre instanser, som for eksempel barnevernet.¹² Spesialisthelsetjenesten kan best styrke og støtte kommunale tjenesters forebyggende arbeid i sårbare barn sin hverdag, gjennom utadrettet samhandling. Veiledning, kompetanseheving og samarbeid om tidlig vurdering for barn med behov for spesialiserte tjenester kan organiseres nærmere der barna lever. Slik vil også de spesialiserte tjenestene i PHBU kunne prioriteres særskilt for barn med de alvorligste og mest komplekse utfordringene.

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

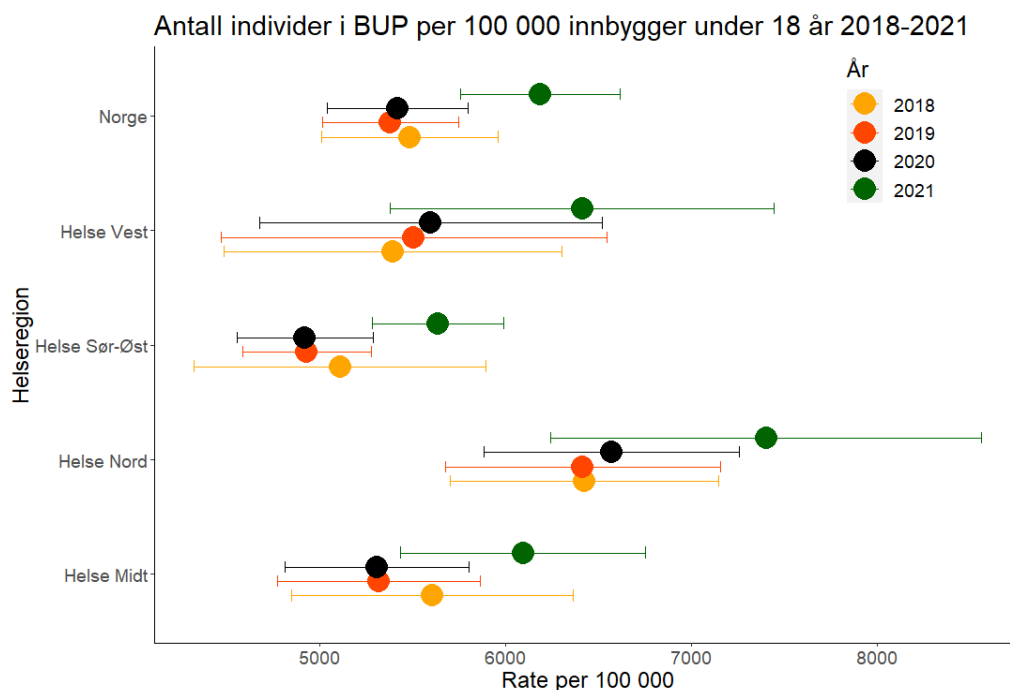
¹¹ Ose og Kaspersen, (2020) Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Sintef.

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

5.1. Tilgjengelighet og innhold i tjenesten

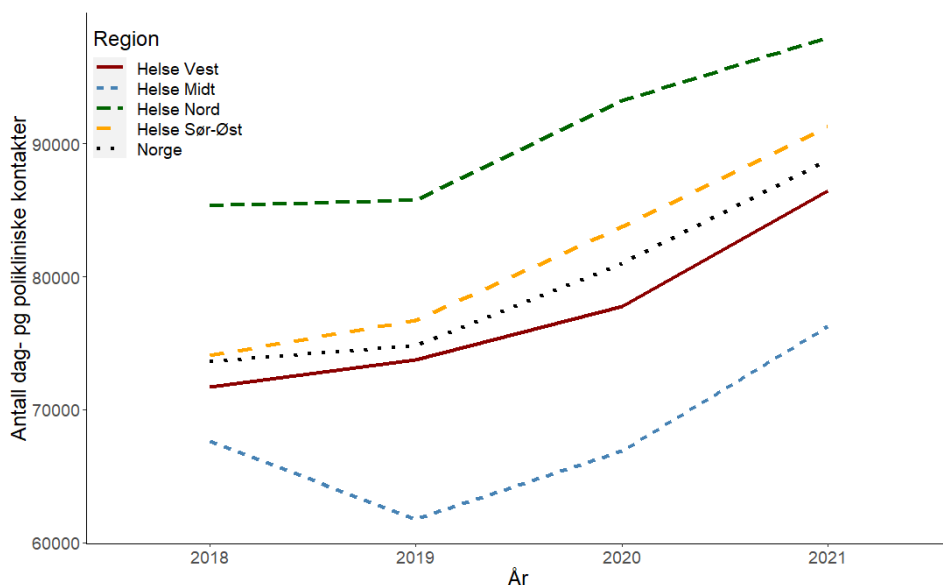
Den primære behandlingsformen i PHBU er gjennom dag- og poliklinisk behandling. En viktig utvikling i poliklinikk er hvordan man tilnærmer seg utredning og behandling, og flere tilstandsgrupper vil ha en større del av behandling komprimert over få dager, mens andre forløp vil måtte strekke seg over tid.

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



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

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



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

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

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

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

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

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

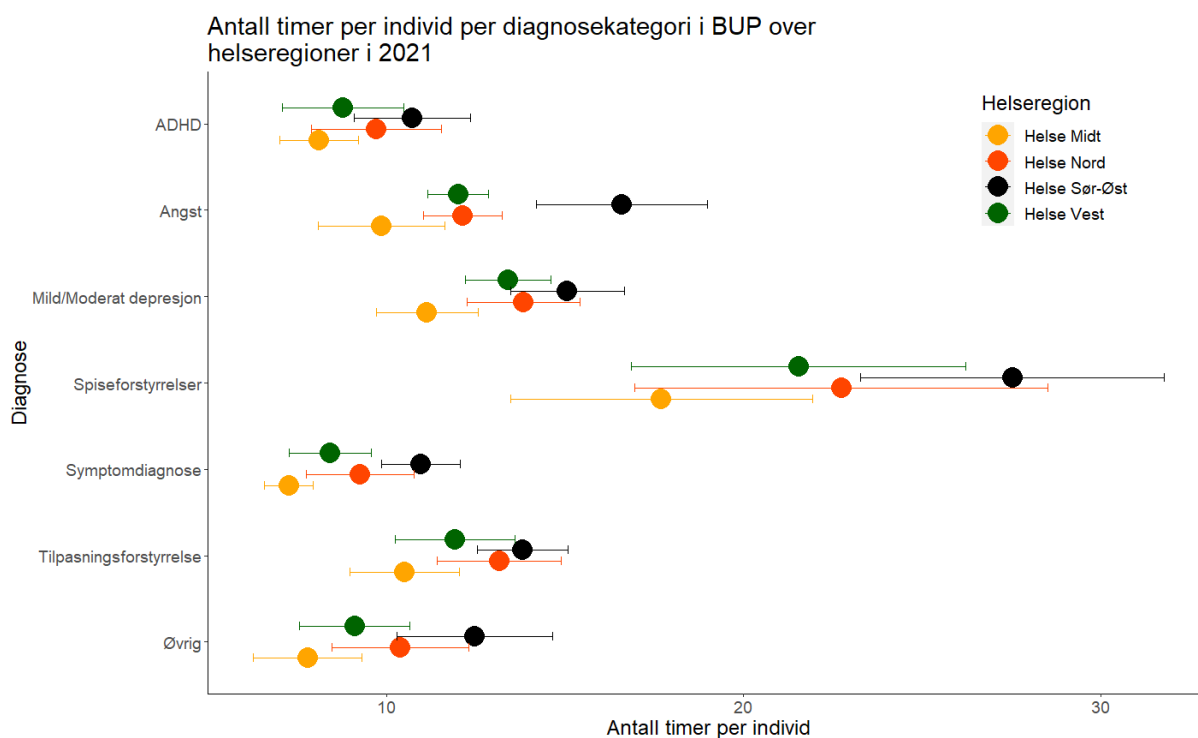
	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst
2018	14,5	11,0	15,4	16,3
2019	14,8	11,1	15,2	16,9
2020	14,5	10,7	15,4	17,0
2021	13,7	11,2	14,9	16,8

Pasientene som får behandling og oppfølging i PHBU, har mange ulike problemstillinger. Den store forskjellen i ressursinnsats målt i timer over helseregioner er for ADHD. Kategorien for symptomdiagnose inkluderer R- og Z-diagnoser. Ettersom hvert opphold telles (ikke bare sluttdiagnose), blir denne kategorien forholdsvis større. Kategorien blir mindre hvis én kun ser på sluttdiagnose. For mange barn og unge er det ukorrekt å stille spesifiserte F-diagnoser, og prodromale symptomer kan manifestere seg som diffuse symptomer, eller pasienten kan ha lavt funksjonsnivå og være avhengig av oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

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

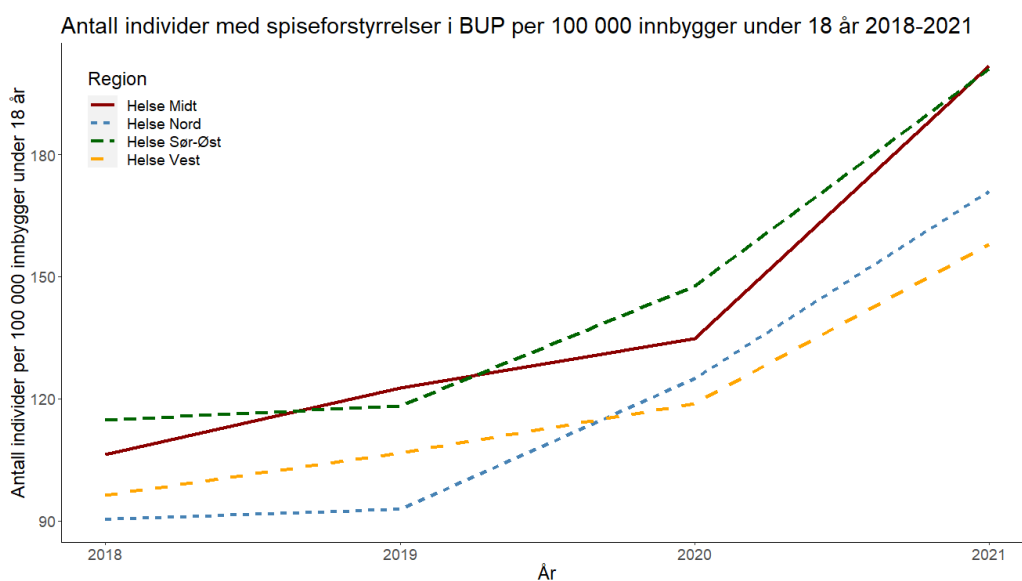
	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Helse Sør-Øst
ADHD	17,0 %	20,4 %	16,4 %	11,0 %
Alvorlig depresjon	0,8 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %
Alvorlig psykisk lidelse	1,4 %	1,4 %	1,0 %	1,0 %
Angst	8,3 %	7,7 %	8,4 %	8,1 %
Mild/Moderat depresjon	5,0 %	3,4 %	5,2 %	4,0 %
Personlighetsforstyrrelser	0,2 %	0,6 %	0,4 %	0,4 %
Spiseforstyrrelser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

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



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

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



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

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

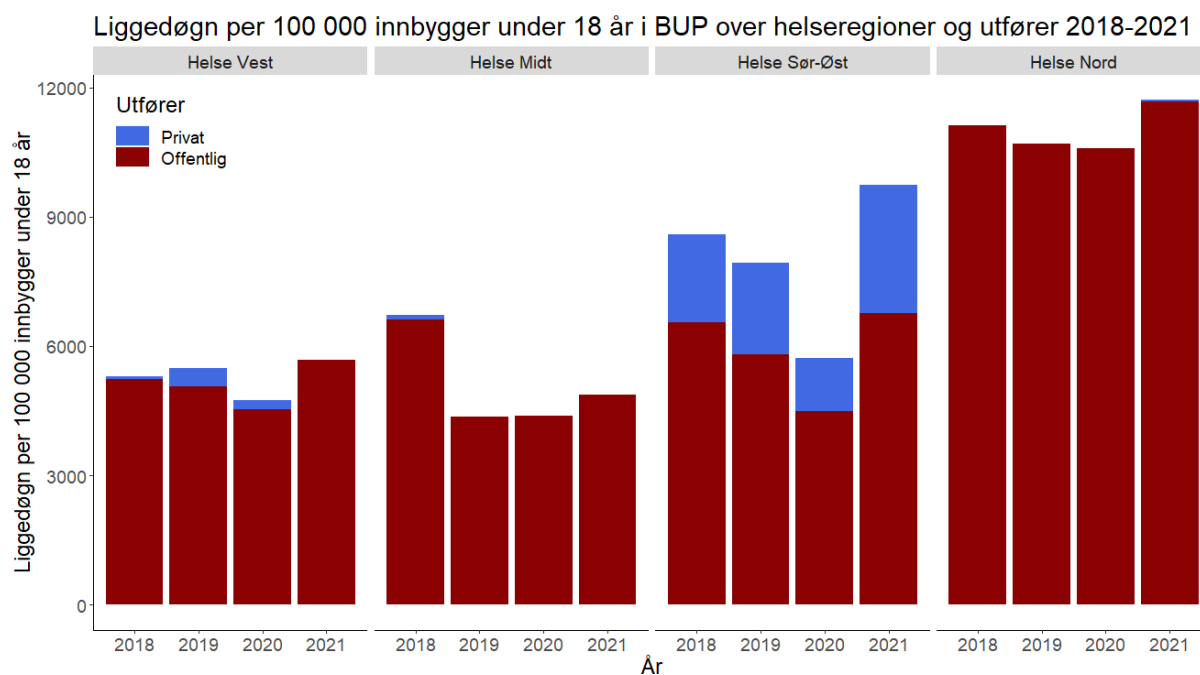
Delforklaringer på variasjon i behandlingsinnhold er vurdering av funksjonsnivå og i hvilken grad pasientene blir innlagt. Tabellen under viser liten klinisk differanse i funksjonsnivå, andel innlagt, men betydelig forskjell i liggedøgn per individ for pasienter med spiseforstyrrelser i 2021. Det kan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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2. Inkludering og utenforskap

OECD har påpekt at Norge bør gjøre mer for å redusere andelen unge under 30 år som ikke har arbeid eller er under utdanning.¹³ Andelen unge på uføretrygd i Norge er den høyeste i OECD. Unge uten fullført videregående opplæring har større sannsynlighet for å motta en form for stønad, og for å motta stønad i en lengre periode. De mest sårbare mottar sosialstønad, har psykiske helseproblemer, lite arbeidserfaring og behov for mer samordnet hjelp. Erfaringer fra IPS (Individual Placement and Support/Individuell jobbstøtte) viser at også personer med alvorlig psykisk lidelse kan mestre jobb og skolegang med riktig støtte. Enkelte helseforetak tilbyr jobbstøtte også til unge, eks. Diakonhjemmet.¹⁴ I Helse Nord er flere modeller for skoleinkludering under utprøving, både i regi av Nordlandssykehuset (Gå på skole – GPS) og Universitetssykehuset Nord-Norge som piloterer HelseArbeid-ung, rettet mot ungdom i videregående skole. Det er også etablert flere piloteringer av FACT-ung, rettet mot unge mellom 12-24.¹⁵ Det kan bidra til at flere klarer å opprettholde funksjon over lengre perioder og vil bidra til å redusere risiko for utenforskap.

5.3. Barn i barnevernet

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

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

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

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

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

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

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

om psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner viste at 76% av institusjonsbeboerne fyller kriteriene for en eller flere psykisk lidelse(r), mens bare 38% hadde fått hjelp fra psykisk helsevern de siste tre månedene.¹⁸ Det er også indikasjon på at ungdom i barnevernsinstitusjonene har høyere forekomst av psykisk lidelse enn ungdom for øvrig og høy grad av komorbiditet. I tillegg hadde nesten 28% tidligere innleggelse i psykisk helsevern for barn og unge.¹⁹ De mest utbredte lidelsene var depresjon (37%), angst (34%), ADHD (32%) og Aspergers syndrom (23%). 19% hadde alvorlig atferdsforstyrrelse (CD) og 21% reaktiv tilknytningsforstyrrelse.

Barn og unge i barnevernet har hatt økt oppmerksomhet de senere år, og ulike tiltak er iverksatt. Det er innført lokale samarbeidsavtaler mellom PHBU og barnevern, regionale avtaler mellom de regionale helseforetakene og Bufetat, fellesinstitusjoner for PHBU /barnevern og barnevernsansvarlig i PHBU, og det er prøvd ut andre strukturer som felles akuttinntak og Stillasbyggerne. Helsedirektoratet og Bufdir har også utarbeidet et pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus for barn og unge i barnevernet.²⁰ Likevel er det mye som gjenstår, jf. Barneombudets nyeste rapport *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*.²¹

Det er nå vedtatt å endre barnevernloven for å sikre tverrfaglig helsekartlegging av barn og unge som barnevernet skal overta omsorgen for. Formålet er økt kunnskap om barnets behov, som skal gi bedre grunnlag for forsvarlig omsorg og oppfølging. Kartleggingen forutsetter at særlig spesialisthelsetjenesten bidrar med nødvendig kompetanse og ressurser for å kartlegge psykisk og somatisk helse, inkl. tannhelse. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten skal avsette kompetanse og ressurser til både kartlegging og videre oppfølging og behandling.²²

5.4. Barn og unge med rusmiddelproblemer, ruslidelser og avhengighetsproblematikk

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

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

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

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

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

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

Unge under 18 år henvises i liten grad til TSB, og barn og unge med rusproblemer fanges derfor oftest opp av utekontakten, politi, barnevern og lavterskeltiltak i kommunen. Så lenge det er Bufetat som følger opp, er det også her behov for en avklaring av hvilken etat som skal tilby hjelp til barn og unge med rusproblemer. For å kunne ivareta både omsorgsansvar hos Bufetat og behov for psykisk helsevern og/eller spesialisert rusbehandling, vil utvikling av gode modeller for ambulante spesialisthelsetjenester inn til barn og unge under omsorg hos barnevernet være nødvendig. Polikliniske opphold hvor rusrelatert diagnose er stilt som hoveddiagnose eller bidiagnose, er svært lavfrekvent i PHBU.

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

6. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Rus- og avhengighetslidelser er en sentral faktor for sykdomsbyrde, funksjonsnivå og livskvalitet. Alkohol er det rusmiddelet som påvirker folkehelsen mest, er direkte årsak til flere sykdommer og skader, og medvirkende årsak til mer enn 60 sykdomsdiagnoser.²³ Det er klare indikasjoner fra FHI²⁴ og GBD at for få pasienter blir fanget opp i behandlingssystemet. Det er estimert at 8% av innleggelser ved somatiske sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol²⁵, og at alkohol kan være av betydning ved opptil en tredjedel av alle innleggelser i somatiske avdelinger.²⁶

6.1. Tilgjengelighet og innhold i TSB

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

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

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

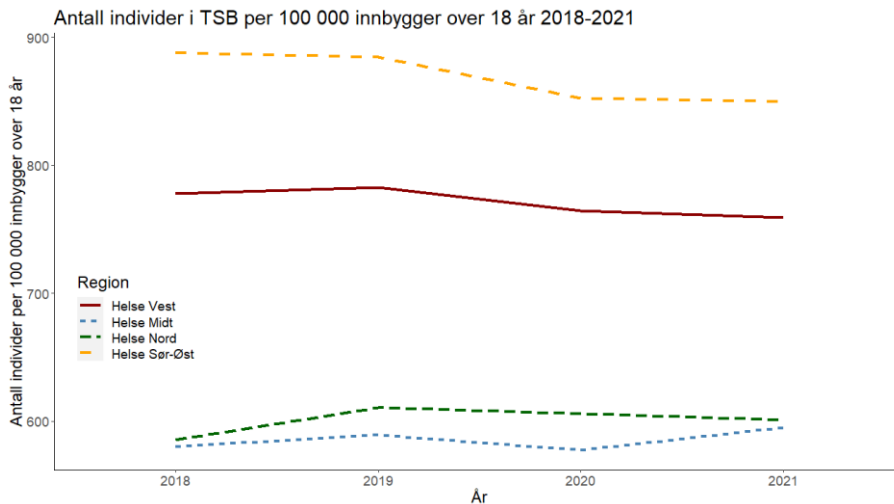
TSB behandler i overkant av 30 000 individer per år. Denne andelen har vært forholdsvis stabil fra 2018-2021. Figur nedenfor viser antall individer i TSB per 100 000 innbygger over 18 år over helseregioner.

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

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

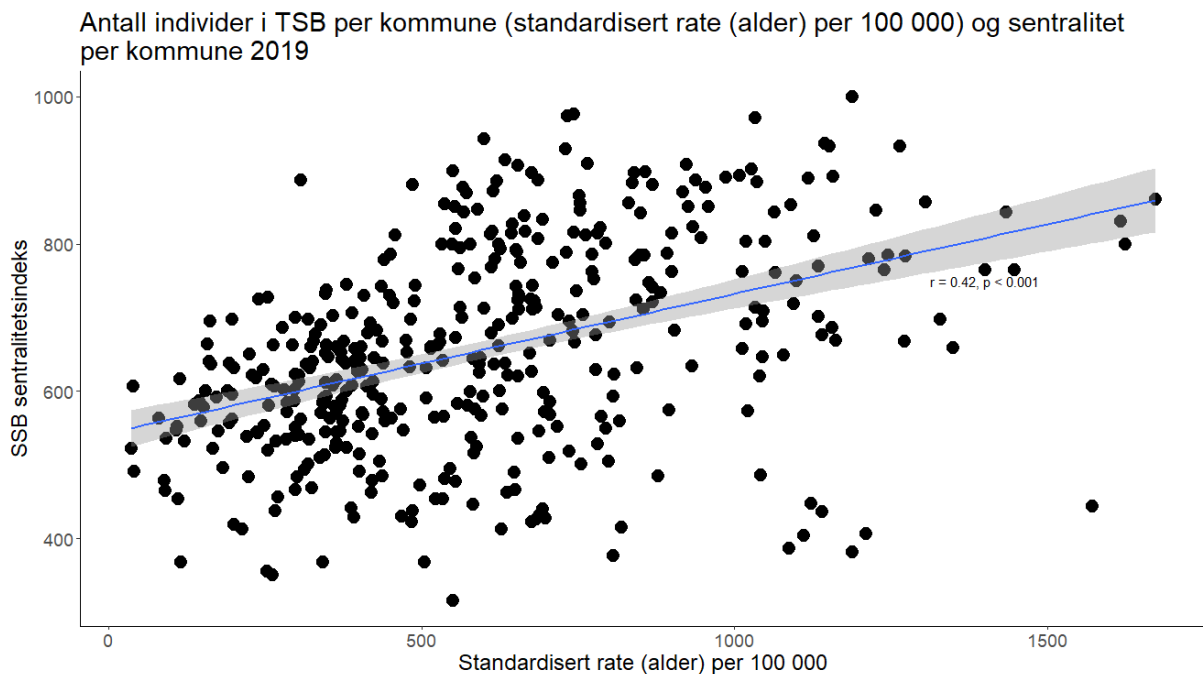
²⁵ BMJ Best Practice: Alcohol withdrawal, søkt 09.03.21.

²⁶ Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Daltveit, J. T., & Tønnesen, H. (2011). Hazardous drinkers in Norwegian hospitals – a cross-sectional study of prevalence and drinking patterns among somatic patients, 21, Norsk Epidemiologi.



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

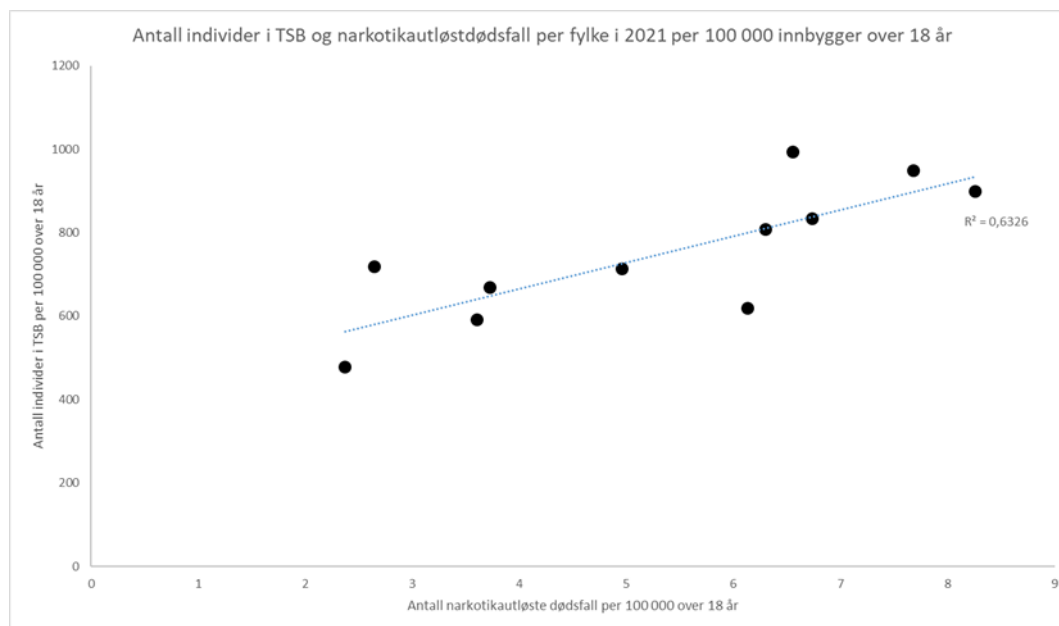
Organiseringen av tilbudet i TSB, Helsedirektoratets vurderinger vedrørende akuttjenester, samt epidemiologiske studier kan indikere at variasjonen i større grad er berettiget innen TSB. Figuren nedenfor sammenstiller antall individer i TSB (standardiserte rater (alder) per 100 000 innbygger) og sentralitetsindeks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



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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

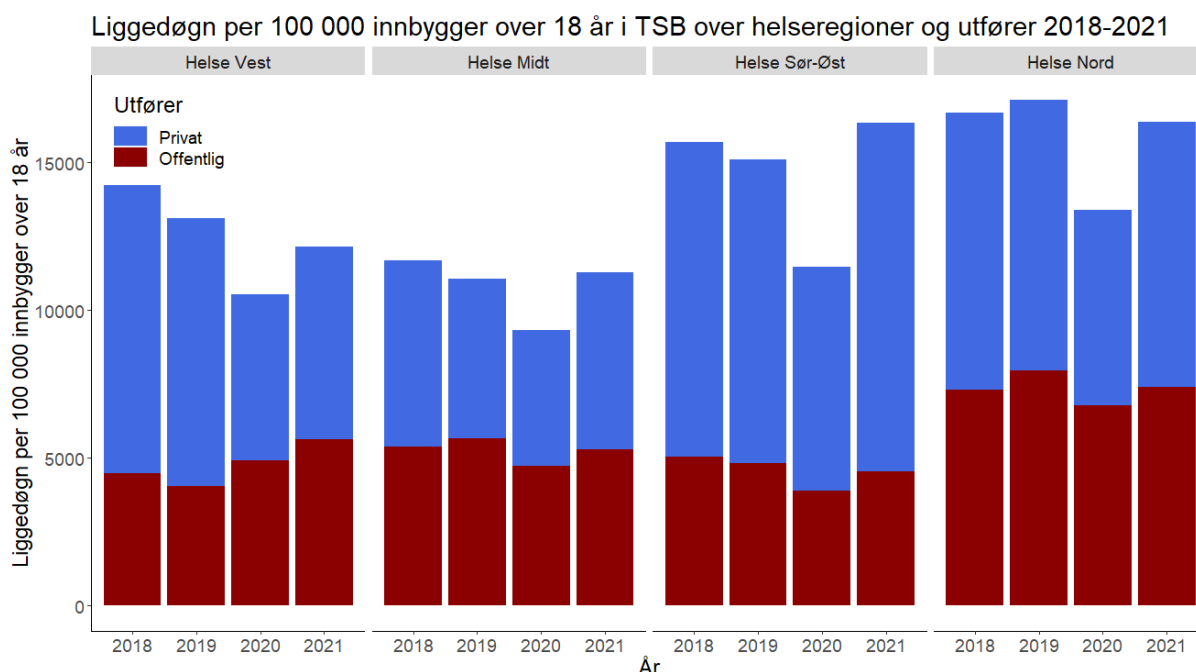
	Antall individer i TSB	Offentlig HF		Privat behandlingstilbud		Total	
		Andel innlagt	Liggetid per individ	Andel innlagt	Liggetid per individ	Andel innlagt	Liggetid per individ
Helse Vest	6 639	14 %	51,4	12 %	70,7	24 %	67,2
Helse Midt	3 487	25 %	36,1	16 %	62,7	34 %	56,2
Helse Nord	2 340	27 %	45,1	16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

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

²⁷ [Rusmiddellidelser - FHI](#)

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

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



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

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

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

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

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

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

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

6.2. Status basistjenester TSB

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

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

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

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

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

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

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

²⁸ [Helsedirektoratet om akutttilbud i TSB](#)

²⁹ [Nasjonal kartlegging av TSB](#)

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

6.3. Utviklingsområder

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

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

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

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

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

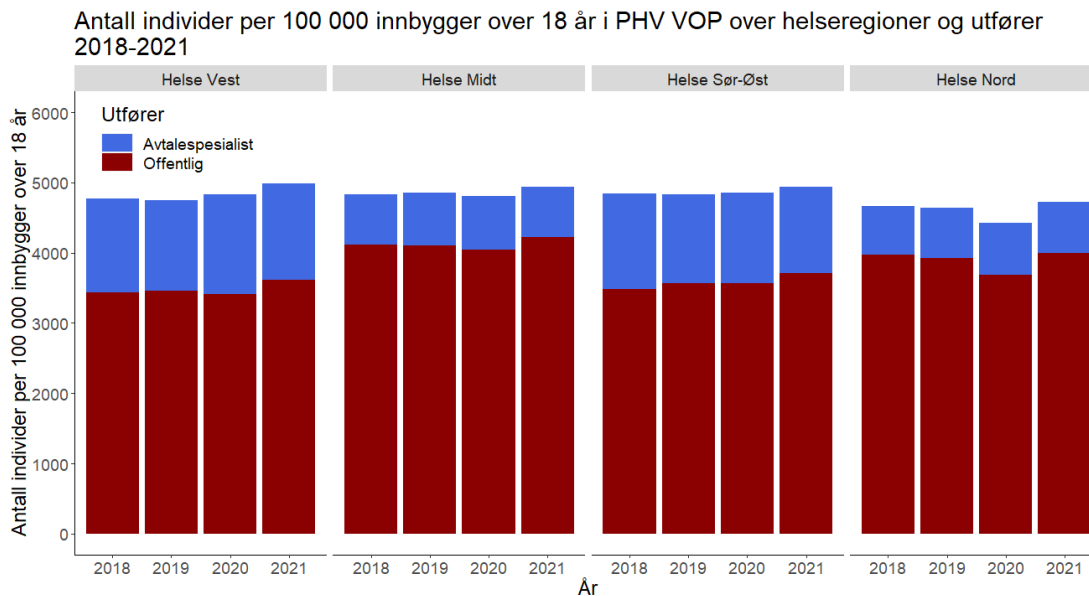
Det er også behov for å videreutvikle konsultasjonstjenestene TSB har overfor somatikk og kommunehelsetjeneste, for å forebygge overdosedødsfall relatert til farmasøytiske opioider. Ett eksempel på dette kan være formalisert og tverrfaglig samarbeid både med smerteklinikker og fylkeslege. Enkelte HF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

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

7. Psykisk helsevern for voksne

7.1. Tilgjengelighet

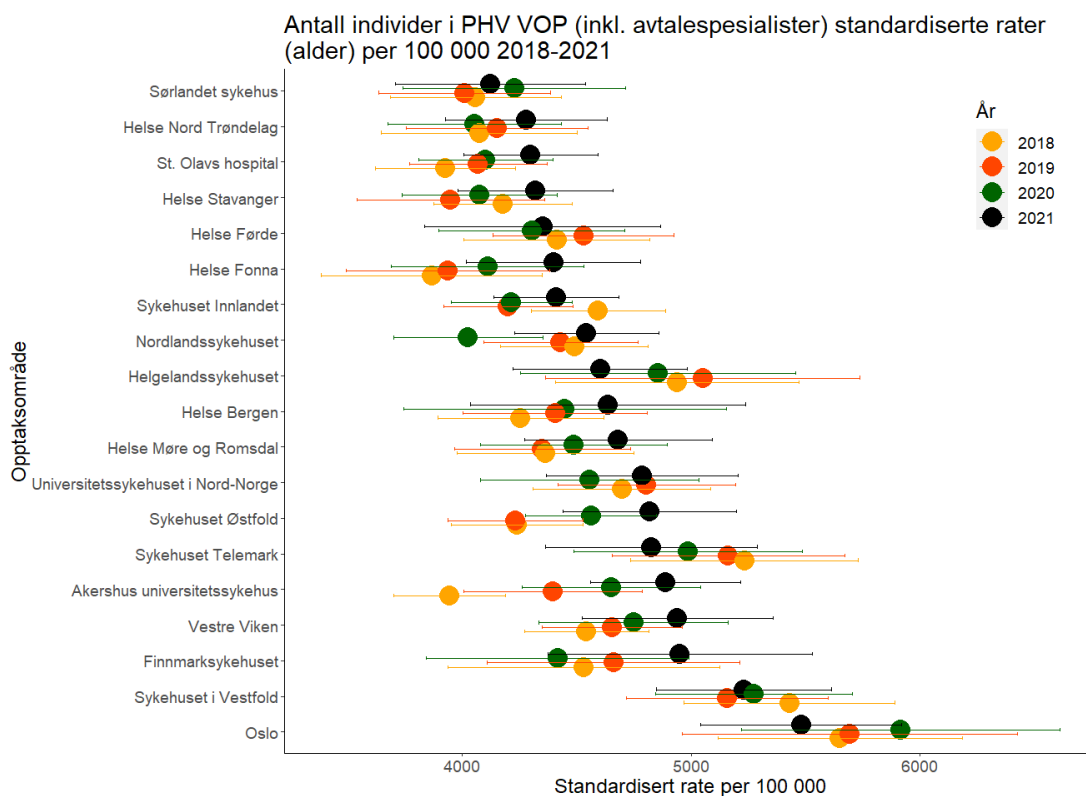
I 2021 var det i overkant av 160 000 individer som fikk et tilbud i PHV voksen. Dette var en økning på om lag 10 000 individer fra 2019. Avtalespesialistene har en sentral rolle i og behandlet ytterligere 50 000 individer. Dette antallet var stabilt fra 2019. Figuren nedenfor viser utviklingen over tid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



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

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

³⁰ CV: variasjonskoeffisient: Standardavvik/gjennomsnitt



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

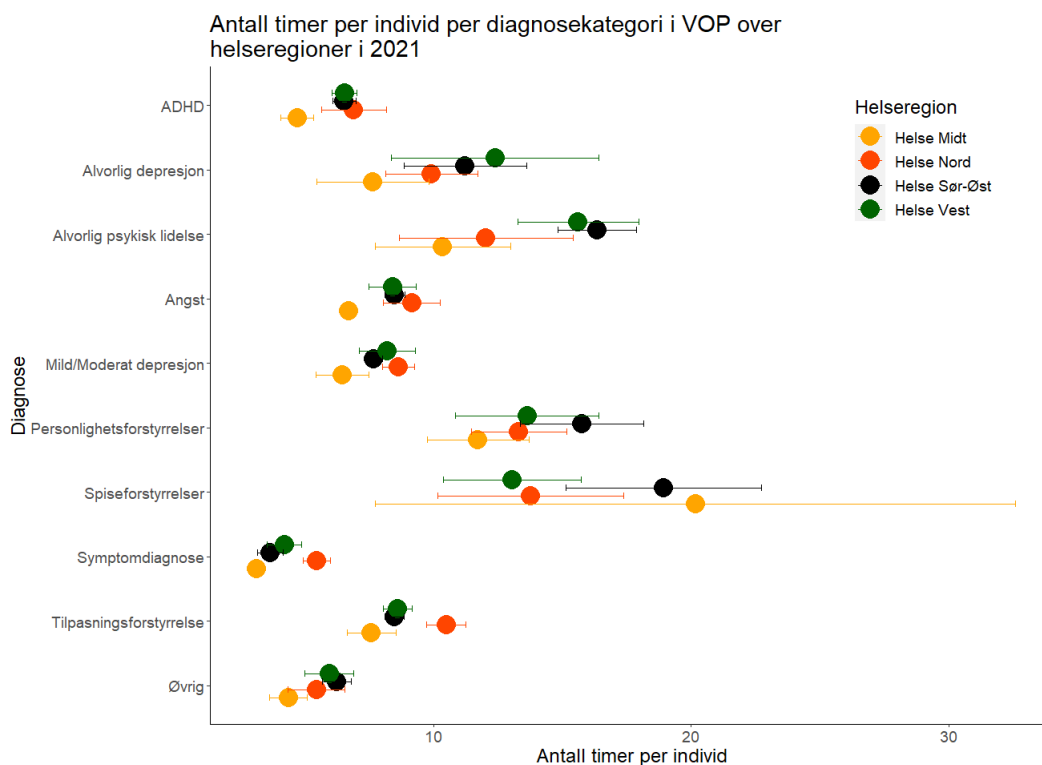
7.2. Innhold i tjenesten

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

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

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

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

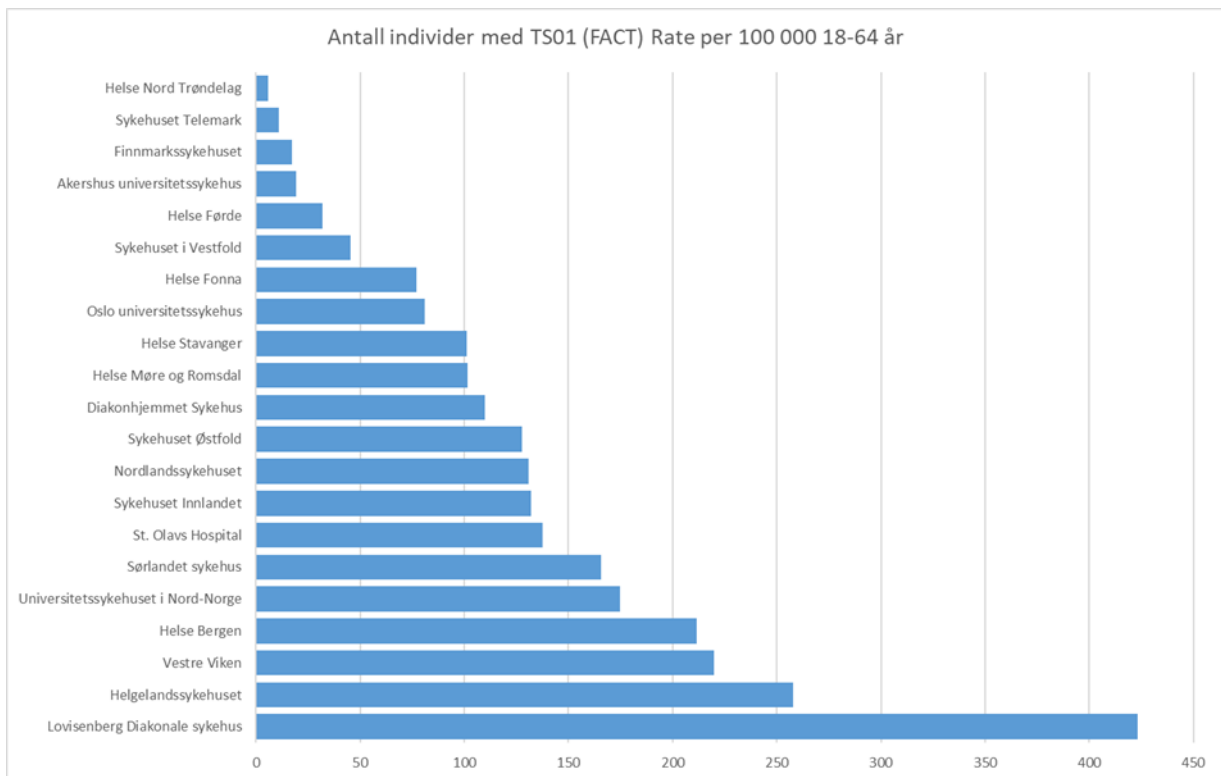


Figur 13 Antall timer per individ per diagnosekategori i VOP over helseregioner i 2021. Usikkerhetsintervall er estimert på opptaksområde innad i helseregion

FACT er en viktig videreutvikling og oppfølging av pasientene med mest alvorlige forløp. Prinsippet i FACT er oppsøkende poliklinisk behandling, i samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. En nylig publisert evaluering av de syv første FACT-teamene i Norge viser til flere positive resultater, som økt brukertilfredshet og 33% reduksjon av liggedøgn over en toårsperiode. Det er ikke beskrevet i evalueringen tilnærminger til å kontrollere for konfunderende faktorer i estimatet på effekt (e.g. snitt oppholdstid, sykelighet, høy alder, manglende kontrollgruppe).

Oversikt fra Helsedirektoratet over etablering av FACT og ACT-team, viser at det per november 2020 er etablert team tilsvarende i overkant av 50% av det estimerte potensialet. I hvilken grad oppsøkende polikliniske behandling er tatt i bruk i Norge varierer betydelig og viser at det sannsynligvis fremdeles er potensial – både i form av eksisterende maler og nye pasientgrupper. Utviklingen av DRG-systemet for PHV/TSB gir ISF-refusjon for FACT (STG TS01), og tilgjengelighet og kvalitet på disse data har utviklet seg fra 2019.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

7.3. Digitale tilbud

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

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

Tabell 17 Effekter av digital poliklinikk over tilstandsgrupper

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

7.4. Døgnbehandling

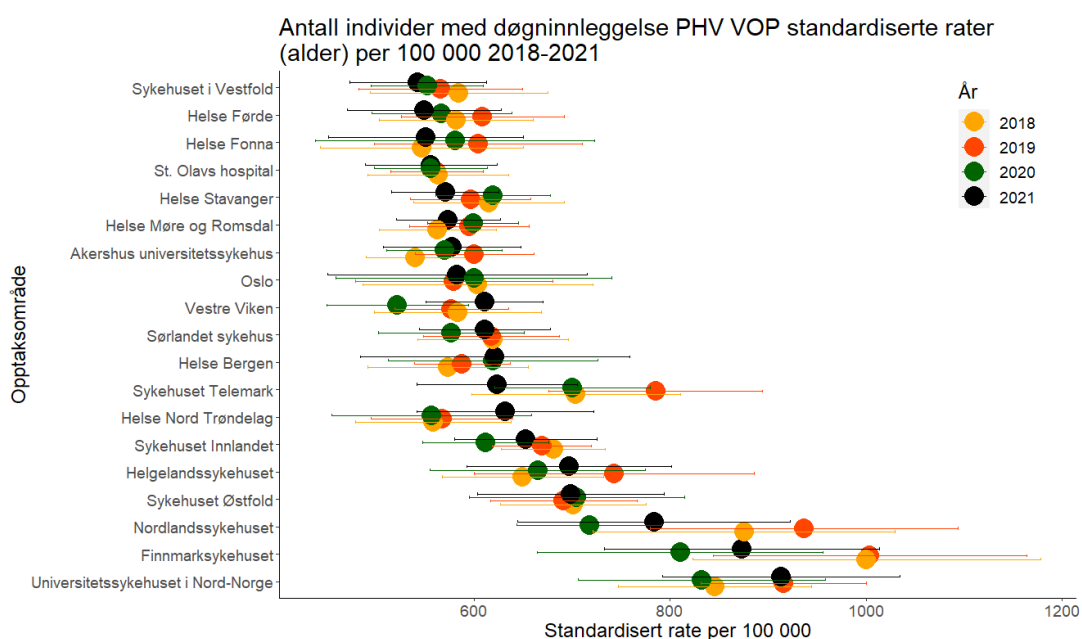
Antall individer i behandling i VOP har en absolutt vekst på underkant av 10% fra 2019 til 2021. Tabellen under viser at det er en reduksjon i andel innlagte i 2021 i alle helseregioner.

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

Tabell 18 Andel innlagt PHV VOP over helseregioner og tid

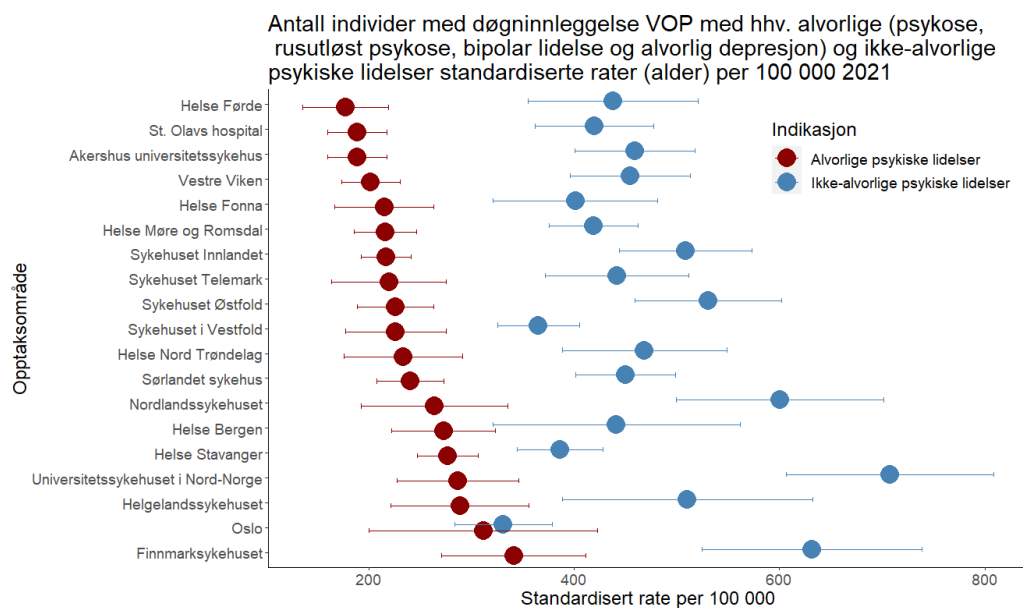
	2018	2019	2020	2021
Helse Vest	19,1 %	18,8 %	18,3 %	16,9 %
Helse Midt	15,1 %	15,6 %	14,9 %	14,6 %
Helse Nord	20,1 %	20,5 %	19,4 %	18,6 %
Helse Sør-Øst	17,7 %	17,5 %	16,1 %	15,8 %
Norge	17,9 %	17,8 %	16,7 %	16,1 %

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.5. Ulike funksjoner i døgnbehandling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

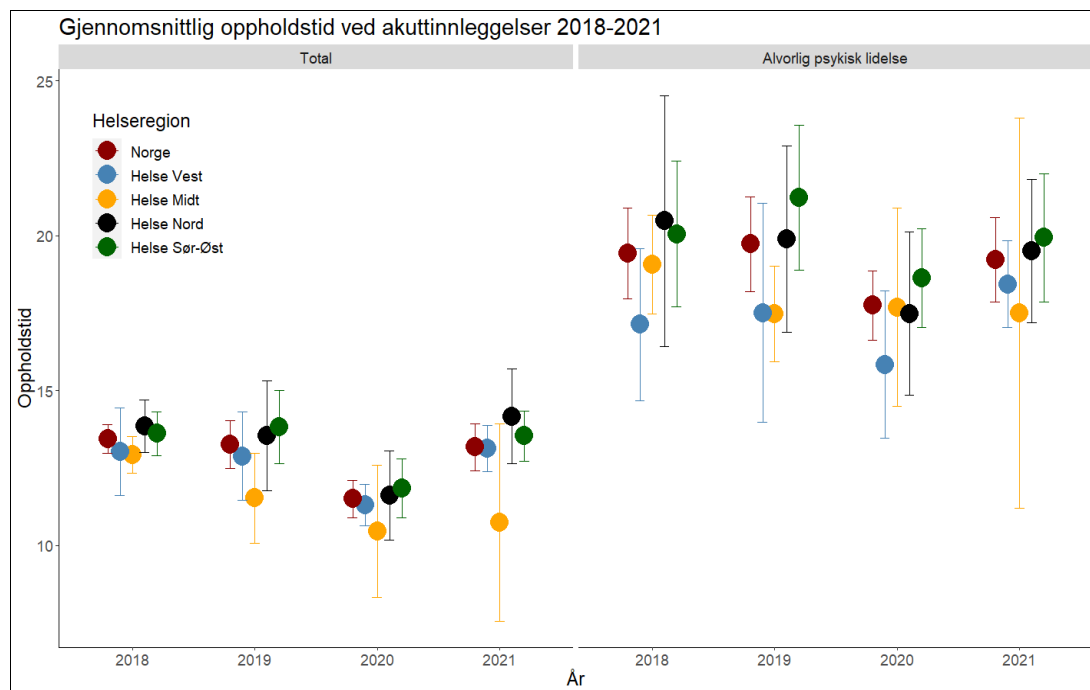
7.6. Akuttpsykiatri

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

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



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



Figur 18 Gjennomsnittlig oppholdstid ved akuttinnleggelser 2018 - 2021

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

7.7. Sikkerhetspsykiatri

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

helsevern siste 20 år, så som nedbygging av langtids døgnbehandling, endret hjemmelsgrunnlag for tvungent psykisk helsevern og økt satsing på polikliniske og allmenne tjenestetilbud. Sikkerhetspsykiatri skiller seg fra annen behandling ved at inntak av pasienter ikke alene hviler på faglige vurderinger og prioriteringer, men også etableres som følge av dom og kjennelse fra justissektoren. Mulige endringer innen justissektoren fører til ekstra usikkerhet i dimensjonering av tjenestetilbudet. Det sikkerhetspsykiatriske tilbudets volum og behov henger nøye sammen med antall:

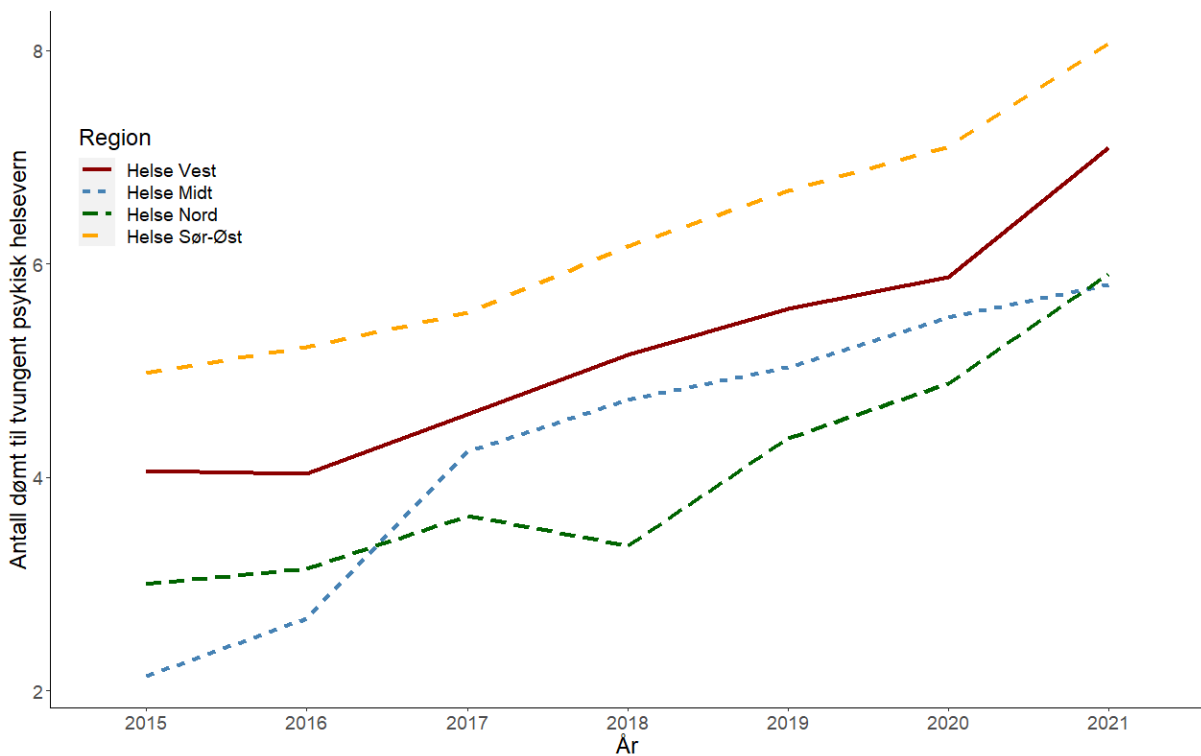
- Som dømmes til overføring til tvungent psykisk helsevern (straffeloven § 62)
- Kjennelser om varetektssurrogat i psykisk helsevern (straffeprosessloven § 188)
- På judisiell døgnobservasjon i psykisk helsevern (straffeprosessloven § 167)

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

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

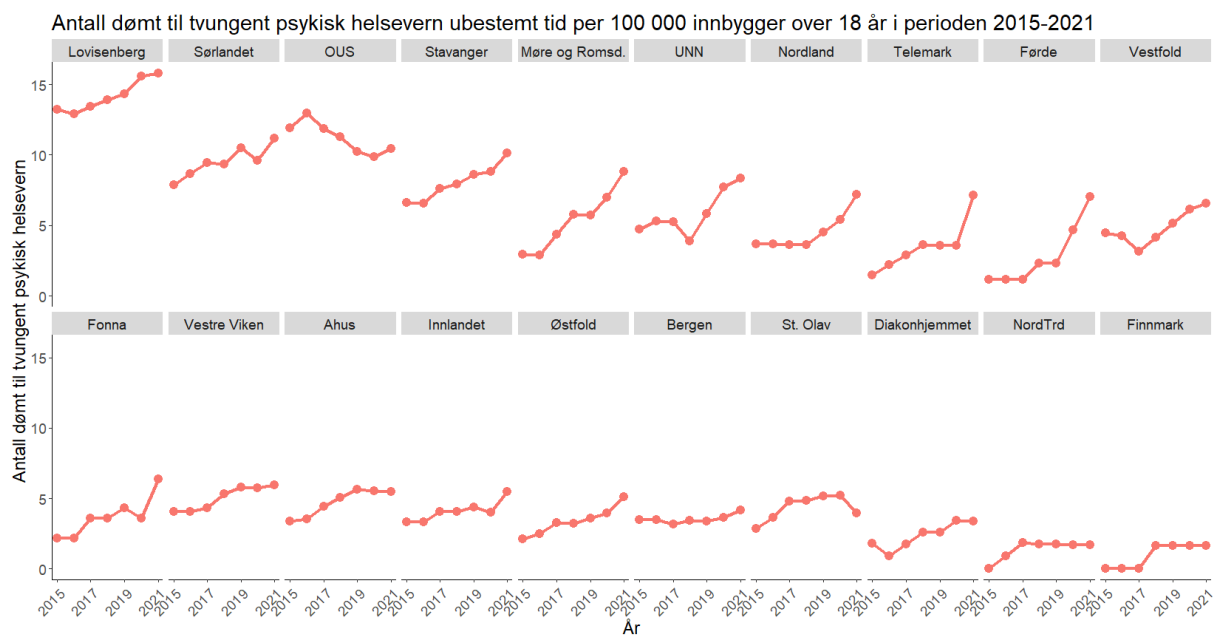
Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har økt de siste 10 årene. Figuren nedenfor viser utviklingen av antall dømt til tvunget psykisk helsevern (tidsbestemt og tidsubestemt) i perioden 2015 til 2021 (kilde: SIFER).

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



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

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



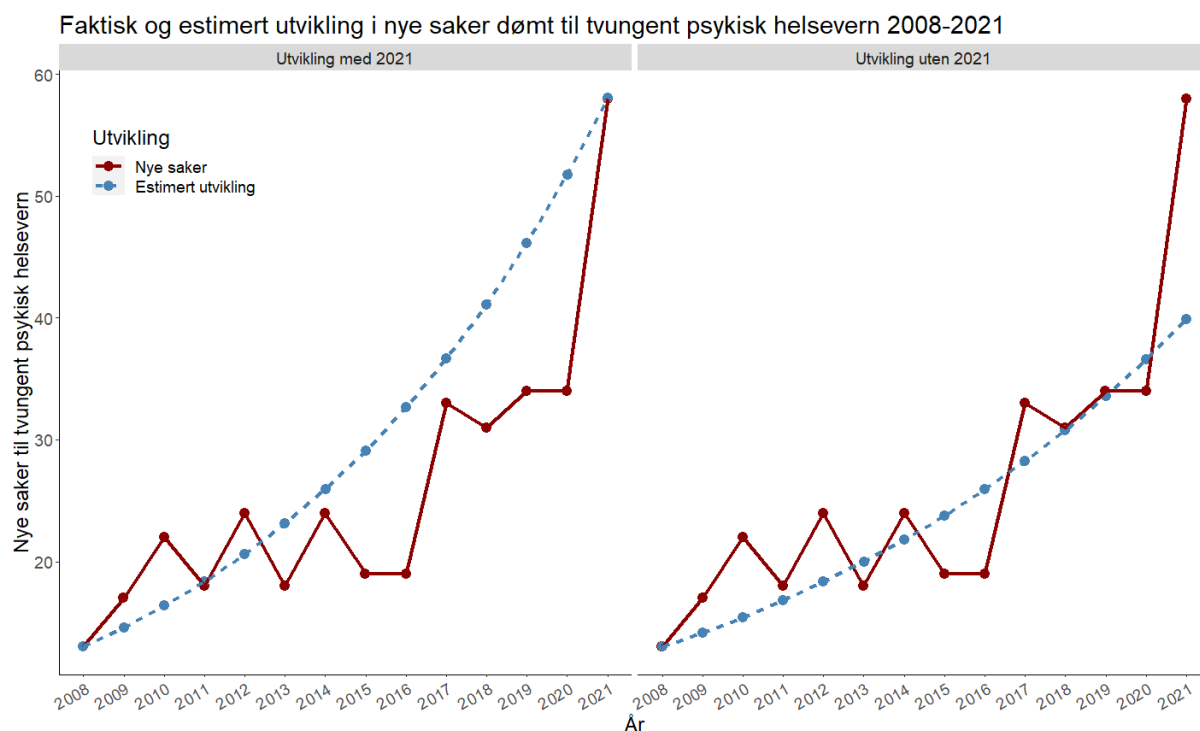
Figur 20 Antall dømt til tvungen psykisk helsevern ubestemt tid per 100 000 innbygger over 18 år i perioden 2015 - 2021

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

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

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

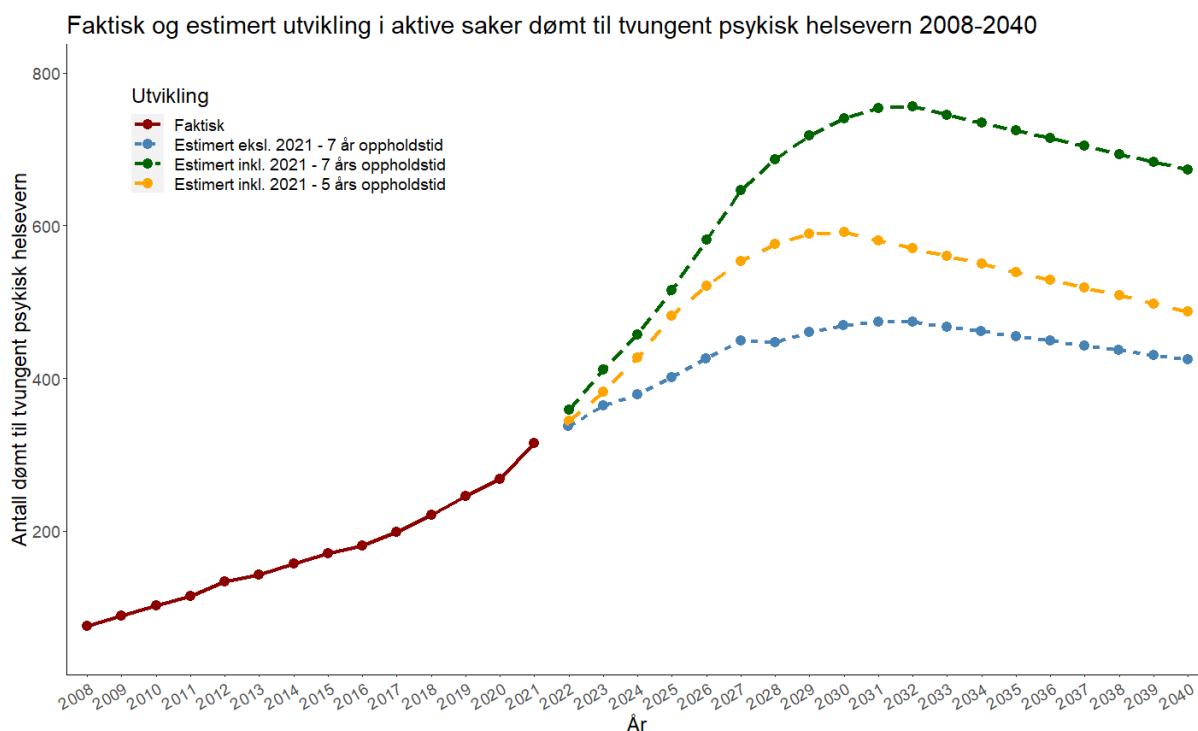
³² Tomlin, J. et al. (2021). Forensic mental health in Europe: some key figures. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, S6



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

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

³³ Tomlin, J. Op.Cit.



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

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

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

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

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

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

7.8. Oppsummering døgnbehandling VOP

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

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

8. Resultater med revidert framskrivningsmodell

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

8.1. Døgnbehandling

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

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

8.2. Poliklinikk

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

9. Personell og kompetanse

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

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

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

9.1. Bemanningsutvikling i psykisk helsevern og TSB

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

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

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

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

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

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

9.3. Bemanningssammensetning

Tabellen under viser bemanningssammensetning per tjenesteområde og region.

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

9.4. Bemanningsbehov for døgn

Tabellen under viser framskrevet bemanningsbehov på døgnenheter.

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

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

9.5. Bemanningsbehov poliklinikk

Tabellen under viser framskrevet bemanningsbehov på poliklinikk og dag.

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

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

9.6. Bemanningsbehov FACT

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

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

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

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

9.7. Oppsummert

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.1. Helsefelleskap og utvikling av samhandlingsløp

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.3. Finansiering og lovverk

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

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

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

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

⁴² Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a

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

10.4. Ungdomstjeneste

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

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

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

10.5. Oppsummert

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

⁴³ <https://headspace.org.au/>

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

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

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

Innledning

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

Dette notatet omhandler kompetanseutviklingsbehovet.

Bakgrunn

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

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

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

Tilbakemeldingene kan oppsummeres slik:

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

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

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

Aktuelle innsatsområder for TSB-feltet:

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

Aktuelle innsatsområder for psykisk helsevern:

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

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

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

12. Vedlegg – framskrevet aktivitet per helseforetak/sykehus

12.1. Døgnbehandling per region og helseforetak

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

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

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

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

12.2. Poliklinikk per region og helseforetak

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

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

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

Møtedato: 09. desember 2022

Vår ref.:
2022/140-29

Saksbehandler:
Geir Tollåli

Dato:
28.11.2022

RBU-sak 103-2022

Unntaksordningen innenfor nye metoder – innspill til rapport

Formål

Helse Nord RHF ber om tilbakemeldinger fra Regionalt brukerutvalg knyttet til synspunkter på utkast til rapport fra de regionale helseforetakene om Unntaksordningen for nye metoder.

Bakgrunn for saken

I Oppdragsdokument 2022 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021-2022) til RHF-ene fra 23.06.22. står:

“Stortinget har behandlet Meld. St. 28 (2020-2021) om prioritering i helse- og omsorgstjenesten, og sluttet seg til felles prinsipper for prioritering i hele helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene skal legge de reviderte prinsippene for prioritering til grunn. Det vises til stortingsbehandling av Dokument 8:233 S (2021-2022) og Innst. 359 S (2021-2022). De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Vest RHF, gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen i system for Nye metoder. De regionale helseforetakene skal herunder vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premisene i Prop. 55 L (2018-2019) og undersøke variasjon i praktiseringen av unntak for enkeltpasienter. Arbeidet skal vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen. Gjennomgangen skal også vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel «compassionate use program», godkjennings-fritak eller kliniske studier.”

De regionale helseforetakene skal svare ut dette oppdraget når Årlig melding for 2022 sendes inn. Dette skal skje i februar 2023.

Den første delen av teksten i Oppdragsdokumentet dreier seg om at de regionale helseforetakene skal legge til grunn det som har fremkommet ved Stortingets behandling av *Meld. St. 38 (2020-2-21)*¹ og *Dokument 8:233 S (2021-2022)*² i sin daglige drift og i sine prioriteringer. Det er ikke noe utredningsarbeid knyttet til dette.

¹ *Meld. St. 38 (2020-2-21)*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/->

² *Dokument 8:233 S (2021-2022)*: https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2021-2022/dok8-202122-233s/?utm_medium=rss&utm_source=www.stortinget.no&utm_campaign=Representantforslag

Det oppdrag som svares ut i vedlagt rapport er beskrevet i siste del av avsnittet. De regionale helseforetakene har valgt å svare ut dette oppdraget i form av fem punkter basert på teksten i Oppdragsdokumentet:

1. Gjennomgå praktisering av unntaksordningen.
2. Vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop. 55 L (2018-2019).
3. Undersøke variasjon i praktisering av unntak for enkeltpasienter.
4. Vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen.
5. Vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel «compassionate use program», godkjenningfritak eller kliniske studier.

Overordnet organisering - fremdrift

1. Mandat for arbeidet ble godkjent i interregionalt fagdirektørmøte 26.09.22.
2. I samsvar med mandat ble det nedsatt en interregional arbeidsgruppe med to deltagere fra hvert regionale helseforetak. Tilknyttet denne gruppen ble det etablert en gruppe med en jurist fra hvert regionale helseforetak. Begge grupper blir ledet fra Helse Vest, som også har sekretariat.
3. Sekretariatet for Nye metoder ble trukket inn i arbeidet, spesielt med tanke på deres kompetanse knyttet til punkt 5 i oppdraget.
4. Arbeidsgruppen har lagt frem utkast til rapport til interregionalt fagdirektørmøte 21.11.22. I dette møtet deltok også to brukerrepresentanter og to tillitsvalgte.

Det var i møtet 21.11.22. enighet om at man også vil innhente synspunkter fra de regionale brukertvalgene.

De fire regionale helseforetakene har gjennomført en spørreundersøkelse i egne sykehus - helseforetak samt andre relevante sykehus for å kartlegge praktisering av unntaksordningen i perioden 2020- 2022.

De viktigste råd som fremkommer i rapporten

1. Unntak for enkeltpasienter for metoder som er under vurdering i Nye metoder, før Beslutningsforum har truffet beslutning:
 - Dagens tre kriterier anbefales videreført, med en tydeligere presisering av hver av disse.
 - Det anbefales at søknadsbehandling og avgjørelse om unntak fortsatt gjøres i det enkelte helseforetak når et helseforetak er involvert.
 - Det anbefales samarbeid mellom de helseforetak som deltar i behandling av pasienten i de tilfelle unntakssøknad kommer når pasienter behandles i et annet helseforetaksområde enn der pasienten bor, eller der helseforetak som behandler søknaden trenger kompetanse fra annet og større helseforetak for å vurdere den aktuelle unntakssøknad.
 - Det anbefales å tydeliggjøre status til fagdirektør i helseforetak når det gjelder rolle i behandling av unntakssøknader.
 - Det anbefales å opprettholde kravet om at det for medikamenter må foreligge markedsføringstillatelse for den aktuelle indikasjon.

2. Gruppeunntak for metoder som er vurdering i Nye metoder, før Beslutningsforum har truffet beslutning:
 - Det anbefales å videreføre dagens ordning, der søknad må komme fra relevant fagmiljø og foretaksledelse i minst ett, eventuelt flere helseforetak.
 - Det anbefales å videreføre at beslutninger om gruppeunntak gjøres i det interregionale fagdirektørmøtet.
 - Det anbefales å fjerne kravet om at det må foreligge markedsføringstillatelse for den aktuelle indikasjon, men at man trekker eventuell manglende eller begrenset markedsføringstillatelse inn i vurdering av søknad om gruppeunntak.
3. Tidspunkt for avslutning av unntaksordningen når Beslutningsforum har besluttet å innføre metoden:
 - Det anbefales at unntaksordningen opphører på den dato da metoden kan tas i bruk, ikke den møtedato da Beslutningsforum besluttet å innføre metoden.
4. Innføring av unntaksordning for enkeltpasienter for metoder der Beslutningsforum har besluttet at metoden ikke skal innføres.
 - Det anbefales å ikke innføre en slik unntaksordning. Det anbefales at man i prosessen frem mot behandling i Beslutningsforum tar stilling til om det er subgrupper innfor den pasientgruppe som er aktuell som må håndteres på en annen måte enn gruppen som helhet, hvis metoden ikke blir innført for hele gruppen. Dette er aktuelt hvis subgruppen skiller seg fra gruppen som helhet når det gjelder alvorlighetskriteriet eller nyttekriteriet eller begge.
5. Samordne praksis regionalt og nasjonalt når det gjelder behandling av søknader om unntak for enkeltpasienter.
 - Det anbefales en jevnlig gjennomgang av praksis og enkeltsaker som reiser prinsipielle problemstillinger i de regionale fagdirektørmøter.
 - Det er ønskelig å få en bedre nasjonal oversikt over innvilgede unntak til enkeltpasienter. Dette løses best ved innføring av egnede NPR-koder, som vil medføre lite ekstraarbeid for klinisk personell og ekstra kostnader til opprettelse og drift av egne registre.
 - Interregionalt fagdirektørmøte går minst årlig gjennom innrapporterte unntak for enkeltpasienter.

Juristgruppen mener at det er vanskelig å konkludere om praktiseringen av unntaksordningen er i tråd med premissene Prop. 55 L³. Resultatene i spørreundersøkelsen gir kun et overordnet bilde. For å vurdere om like tilfeller behandles likt må man ha tilgang på mer detaljert informasjon fra pasientjournalene. For øvrig vises det til punkt over om klargjøring av rollene til fagdirektørene i helseforetakene.

Konklusjon

Helse Nord RHF ber på vegne av arbeidsgruppen og fagdirektører om tilbakemelding på synspunkter på rapporten i sin helhet. Det antas at spesielt de punkter som er omtalt over vil være aktuelle å kommentere fra de regionale brukerutvalgene.

³ Prop. 55 L (2018-2019): <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-55-l-20182019/id2633049/>

De regionale brukerutvalg i hver enkelt region bes sende over skriftlige innspill til sekretariatet i sitt regionale helseforetak. Sekretariatet i det regionale helseforetaket videreformidler tilbakemeldingene til sekretariatet for arbeidet med unntaksordningen etter avholdt møte i Regionalt brukerutvalg. Saken planlegges behandlet på nytt i interregionalt fagdirektørmøte 12. desember 2022.

Forslag til vedtak

Det regionale brukerutvalget inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Det regionale brukerutvalget har følgende innspill til utkast til rapport fra de regionale helseforetakene om unntaksordningen
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 02. desember 2022

Marit Lind
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Unntaksordning - Rapportutkast
2. Mandat for arbeidet med unntaksordning

Rapport fra de regionale helseforetakene

UNNTAKSORDNINGEN

2022

Kolofon

21. november 2022

Innhold

I.	Bakgrunn for oppdraget	4
II.	Forståelse av oppdraget – omfang og avgrensninger	4
III.	Overordnet organisering – fremdrift.....	5
IV.	Sammendrag og anbefalinger	5
V.	Om dagens unntaksordning	5
A.	Unntak for enkeltpasienter	6
B.	Unntak for definerte pasientgrupper	6
VI.	Gjennomgang av praktisering av unntaksordningen.....	7
A.	Praktisering av unntaksordningen for enkeltpasienter.....	7
1.	Nasjonal kartlegging	7
2.	Resultater – prosess for behandling av søknader (spm. 1-5, 9-10).....	7
3.	Resultater – enkeltpasientsøknader 2020-2022 (spm. 6-8)	8
4.	Vurdering av variasjon (mandatpunkt 3).....	9
B.	Praktisering av unntaksordningen på pasientgruppenivå.....	10
1.	Behandling av søknader	10
2.	Gruppesøknader 2020-2022.....	10
3.	Vurderinger av ordningen med gruppeunntak.....	12
VII.	Vurdering av om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop. 55 L (2018-2019)	12
C.	Unntaksordningen.....	15
VIII.	Vurdering av forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i unntaksordningen	18
A.	Generelt om unntaksordningen	18
B.	Bruk av ressurskriteriet innenfor unntaksordningen	19
C.	Krav om markedsføringstillatelse.....	20
D.	Vurderinger om unntaksordning for enkeltpasienter	21
1.	Sted for behandling av søknader om enkeltpasienter	21
2.	Kriterier.....	22
3.	Tidsperiode for praktisering av unntaksordningen relatert til ja-beslutninger.....	23
4.	Likebehandling av pasienter på tvers av foretak og regioner	23
5.	Nasjonal oversikt over praktisering av unntaksordningen	24
E.	Vurderinger om unntaksordningen for pasientgrupper	25
1.	Sentral behandling.....	25
2.	Kun fagmiljø sammen med foretaksledelse kan foreslå gruppeunntak.....	25
3.	Kriterier.....	25

F. Unntak etter nei-beslutninger	26
IX..... Vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel «compassionate use program», godkjenning-fritak eller kliniske studier.....	27
X. Ekspertpanel vs. unntaksordningen i Nye metoder	28
XI. Videreføring av behandling startet for egenbetaling hos privat aktør	29

I. Bakgrunn for oppdraget

23.06.22 fikk de regionale helseforetakene likelydende oppdrag i *Oppdragsdokument 2022 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021-2022)*:

«Stortinget har behandlet Meld. St. 28 (2020-2021) om prioritering i helse- og omsorgstjenesten, og sluttet seg til felles prinsipper for prioritering i hele helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene skal legge de reviderte prinsippene for prioritering til grunn. Det vises til stortingsbehandling av Dokument 8:233 S (2021-2022) og Innst. 359 S (2021-2022). De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Vest RHF, gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen i system for Nye metoder. De regionale helseforetakene skal herunder vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop. 55 L (2018-2019) og undersøke variasjon i praktiseringen av unntak for enkeltpasienter. Arbeidet skal vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen. Gjennomgangen skal også vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel «compassionate use program», godkjenning-fritak eller kliniske studier.»

II. Forståelse av oppdraget – omfang og avgrensninger

Den første del av teksten i Oppdragsdokumentet dreier seg om at RHF-ene skal legge til grunn det som har fremkommet ved Stortingets behandling av Meld. St. 38 (2020-2-21) og Dokument 8:233 S (2021-2022) i sin daglige drift og i sine prioriteringer. Det er ikke noe utredningsarbeid knyttet til dette.

Det oppdrag som svares ut i denne rapporten er beskrevet i siste del av avsnittet. RHF-ene har valgt å svare ut dette oppdraget i form av fem punkter basert på teksten i Oppdragsdokumentet:

1. Gjennomgå praktisering av unntaksordningen. (Besvares i kap. VI)

2. Vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop 55 L (2018-2019). (Besvares i kap. VII)
3. Undersøke variasjon i praktisering av unntak for enkeltpasienter. (Besvares i kap. VI)
4. Vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen. (Besvares i kap. VIII)
5. Vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel «compassionate use program», godkjennings-fritak eller kliniske studier. (Besvares i kap. IX)

Gjennomgangen av praktiseringen av unntaksordningen er gjort med utgangspunkt i tall innhentet for perioden 2020 – 2022.

Unntaksordningen i Nye metoder benyttes i all hovedsak for legemidler. Denne rapporten er derfor skrevet med utgangspunkt i et legemiddelperspektiv, men prinsippene som legges fram her vil også være overførbare til andre metoder enn legemidler, for eksempel prosedyrerelatert behandling.

III. Overordnet organisering – fremdrift

1. Mandat for arbeidet ble godkjent i interregionalt fagdirektørmøte 26.09.22.
2. I samsvar med mandat ble det nedsatt en interregional arbeidsgruppe med to deltagere fra hvert RHF. Tilknyttet denne gruppen ble det etablert en gruppe med en jurist fra hvert RHF. Begge grupper ble ledet fra Helse Vest, som også hadde sekretariat.

Juristgruppen har utarbeidet kapitel VII, det øvrige dokument er utarbeidet av arbeidsgruppen.

3. Sekretariatet for Nye metoder ble trukket inn i arbeidet, spesielt med tanke på deres kompetanse knyttet til punkt 5 i oppdraget.
4. Arbeidsgruppen rapporterte til interregionalt fagdirektørmøte.
5. Dialog med brukere/brukerorganisasjoner og tillitsvalgte ble ivaretatt av det interregionale fagdirektørmøtet.
6. Endelig rapportutkast ble behandlet i interregionalt AD-møte **dato**.

IV. Sammendrag og anbefalinger

Vil utformes etter interregionalt fagdirektørmøte 21.11.2022

V. Om dagens unntaksordning

Unntaksordningen i Nye metoder er beskrevet på systemets nettsider: [Unntaksordning \(nyemetoder.no\)](#).

En metode som er til vurdering i Nye metoder skal som hovedregel ikke tas i bruk til nye pasienter i spesialisthelsetjenesten. Det kan oppstå situasjoner der unntak fra denne regelen kan være aktuelt, og en unntaksordning er derfor etablert.

Pasienter som har påbegynt behandling med metoden før beslutning om vurdering i Nye metoder, kan fullføre behandlingen så lenge det er medisinsk begrunnet.

Det finnes mulighet for å søke om unntak på individ- og gruppenivå. Det er etablert ulike prosedyrer for disse.

Det er ikke mulig å søke om unntak etter at Beslutningsforum har besluttet å ikke innføre den aktuelle metode. Dette gjelder selv om man går i nye prisforhandlinger eller saken tas opp igjen til ny behandling, f.eks. pga. nytt pristilbud eller at det har tilkommet ny dokumentasjon.

A. Unntak for enkeltpasienter

Søknader om unntak for enkeltpasienter skal håndteres i det helseforetaket som har behandlingsansvaret for pasienten. Følgende kriterier gjelder for søknad for enkeltpasienter:

1. Det finnes markedsføringstillatelse i Norge for aktuell indikasjon.
2. Etablert behandling skal være kontraindisert, eller forsøkt og ikke tolerert på grunn av bivirkninger.
3. Det er grunn til å tro med bakgrunn i forelagt dokumentasjon, at effekt av behandling vil være vesentlig større enn for gruppen som helhet.

Hvis et helseforetak fatter beslutning om unntak for en pasient bosatt utenfor eget opptaksområde, har dette helseforetaket det økonomiske ansvar for alle utgifter til kjøp av det aktuelle medikament (ikke den samlede medisinske oppfølging).

B. Unntak for definerte pasientgrupper

Det er kun medisinske fagmiljøer som kan søke om unntak for en definert pasientgruppe. Fagmiljøet må ta saken opp med et helseforetak som deretter sender saken til vurdering hos RHF-fagdirektørene. Flere fagmiljø og flere helseforetak kan samarbeide om å legge frem saken. Det interregionale fagdirektørmøtet beslutter om man skal gi unntak og hvordan et evt. unntak skal være avgrenset (indikasjoner).

Unntak som er fattet på gruppenivå fremgår i en samlet oversikt på nettsidene til Nye metoder: [Metodevurdering \(nyemetoder.no\)](https://www.helse-vest.no/nyemetoder). Innvilgede gruppeunntak er også oppført på metodesiden til den enkelte metode.

For legemidler har det vært krav om at det skal foreligge markedsføringstillatelse for aktuell indikasjon også ved søknad om unntak for pasientgrupper.

VI. Gjennomgang av praktisering av unntaksordningen

A. Praktisering av unntaksordningen for enkeltpasienter

1. Nasjonal kartlegging

Det finnes ingen samlet, nasjonal oversikt over bruk av unntaksordningen for enkeltpasienter i norske sykehus i dag. De fire RHF-ene har derfor gjennomført en spørreundersøkelse i egne sykehus HF samt andre relevante sykehus for å kartlegge praktisering av unntaksordningen i perioden 2020-2022. De aktuelle spørsmålene var:

1. Hvordan er unntaksordningen gjort kjent i ditt HF/sykehus?
2. Hvordan er behandlingen av søknader organisert i ditt HF/sykehus?
3. Hvem behandler eventuelle søknader fra private ideelle sykehus i din region?
4. Hvordan behandles søknader om unntak i ditt HF hvis pasienten er bosatt i et annen HF-område?
5. Hvordan behandles søknader om unntak i ditt HF hvis pasienten er bosatt i et annen RHF-område?
6. Hva er antall innvilgete og avslåtte unntakssøknader for *hvert* av årene 2020, 2021 og 2022 (til og med august)?
7. Hva er fordelingen av innvilgete og avslåtte unntakssøknader på enkelt diagnoser og enkeltmedikamenter for perioden 2020-22 (til og med august)? (besvares i tabellen nedenfor)
8. Hvilket HF –område er hver enkelt pasient bosatt i? (besvares i tabellen nedenfor)
9. Ser dere noen utvikling over tid når det gjelder antall søknader og faglig/diagnostisk fordeling av disse?
10. Har dere andre innspill som dere mener er relevant?

For spørsmålene 7 og 8 var det vedlagt en tabell som skulle fylles ut og brukes til besvarelse.

Hvert RHF gikk deretter gjennom svarene fra egen region for å harmonisere rapporteringsform og sikre korrekt registrering av pasienter som hadde startet behandling etter individuelt unntak i et annet HF-område enn der de er bosatt.

De samlede resultater fra RHF-ene ble deretter gjennomgått for å harmonisere rapporteringsform og sikre korrekt registrering av pasienter som hadde startet behandling etter individuelt unntak i et annet RHF enn der de er bosatt.

2. Resultater – prosess for behandling av søknader (spm. 1-5, 9-10)

Helse Vest

I alle helseforetak og privat ideelle sykehus sendes søknad om unntak til fagdirektør. Vurdering skjer lokalt i foretaket og det er fagdirektør i det HF-et som skal betale behandlingen som tar endelig beslutning. Det er etablert rutiner for søknadsprosessen i alle foretak. Det er samarbeid mellom foretakene for pasienter som behandles i mer enn ett helseforetak/privat ideelt sykehus. Det er utarbeidet skriftlige prosedyrer i alle foretak og ordningen er godt kjent innenfor de spesialiteter der ordningen er mest relevant.

Generelt er det en økning i søknader i Helse Vest, spesielt innenfor kreftområde. Sett ut fra befolkningsstørrelse er det et lavt antall søknader.

Helse Sør-Øst

I alle helseforetakene og privat ideelle sykehus i sendes søknader om unntak fra klinisk miljø til stedlig fagdirektør. Søknadene blir vurdert av lokalt i foretaket og det er fagdirektør i det HF-et som skal betale behandlingen som tar endelig beslutning. Det er etablert rutiner for søknadsprosessen i alle foretak. Det er samarbeid mellom foretakene for pasienter som behandles i mer enn ett helseforetak/privat ideelt sykehus. Det er utarbeidet skriftlige prosedyrer i alle foretak og det rapporteres at ordningen er godt kjent innen de kliniske spesialiteter hvor ordningen er mest relevant.

Generelt er det en økning i søknader i Helse Sør-Øst, spesielt innenfor kreftområde. Sett ut fra befolkningsstørrelse er det et lavt antall søknader, det er imidlertid betydelig variasjon i antall unntakssøknader mellom helseforetakene – hvor det ved ett helseforetak er betydelig høyere antall søknader sammenlignet med helseforetakene i resten av regionen.

Helse Nord

Søknader om unntak rettes av behandlende lege sammen med nærmeste leder til medisinsk fagsjef, som beslutter om søknad om enkeltunntak skal innvilges eller ikke. Det er utarbeidet skriftlige rutiner/retningslinjer for dette ved de to største helseforetakene. Ved de to mindre helseforetakene er skriftlige rutiner under utarbeidelse. Ved spørsmål om søknad på gruppenivå sendes søknad til fagsjef i eget helseforetak, som videreformidler søknad til fagdirektør i RHF-et.

Samlet er det få søknader om unntak i regionen, og det er vanskelig å si noe om utviklingen over tid. Registreringen for 2020 var ikke komplett.

Helse Midt-Norge

Det er utarbeidet felles regional prosedyre for søknad om unntak, og ordningen er godt kjent i helseforetakene. Søknad sendes til fagdirektør. Alle søknader om unntak fra Nye metoder gjennomgås i regionalt fagdirektørmøte for å sikre lik praksis i regionen, men det er fagdirektør i HF-et som skal betale behandlingen som tar endelig beslutning.

3. Resultater – enkeltpasientsøknader 2020-2022 (spm. 6-8)

Behandlede unntakssøknader på enkeltpasienter fra 2020 til Q3 2022 per region:

År	Foretak	Innvilget	Avslag	Totalt antall saker
2020	Helse Nord	1	1	2
	Helse Midt	12	1	13
	Helse Vest	13	2	15
	Helse Sør-Øst	30	12	42
	Totalt			72
2021	Helse Nord	10	7	17
	Helse Midt	30	7	37
	Helse Vest	25	11	36

	Helse Sør-Øst	76	20	96
	Totalt			186
2022	Helse Nord	3	3	6
	Helse Midt	23	4	27
	Helse Vest	24	12	36
	Helse Sør-Øst	63	22	85
	Totalt			154
Totalt 2020,2021 og 2022				412 (310 innvilgede og 104 avslag)

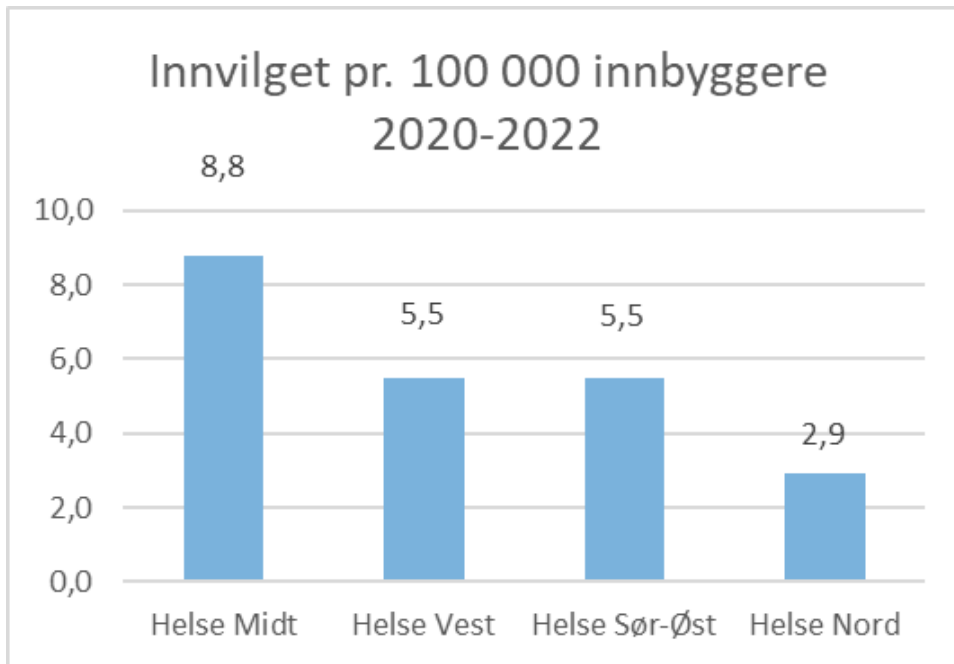
Tabell 1 Enkeltsøknader fra 2020 til Q3 2022

I tabellen ovenfor ser man alle registrerte unntakssøknader fordelt på RHF-ene. Av de innvilgede søknadene omfatter 93 søknader somatisk sykdom - ikke kreft, 207 søknader er kreftrelatert, og 10 søknader er innenfor psykiatri.

Det er usikkerhet knyttet til disse tallene. Ikke alle HF har fullstendige tall for 2020 og det foreligger naturlig nok heller ikke fullstendige tall for hele 2022. Innrapporteringen i 2022 er ulik, noen sykehus har rapportert tall frem til august, mens andre har rapportert tall til og med oktober. Det er ikke mulig å kontrollere om alle innvilgede unntak er innrapportert innad i det enkelte HF. Når det gjelder avslag kan det være ulik praksis for hva man søker unntak for i det enkelte HF og dette vil påvirke tallene. Innvilgede søknader gir derfor det beste bildet av praksis ved behandling av unntakssøknader.

Det er mange pasientgrupper med små tall for hver diagnose og indikasjon fordelt på mange HF, slik at tilfeldig variasjon innenfor hver pasientgruppe over tid vil være betydelig.

4. Vurdering av variasjon



Tabell 2 Innvilgede søknader pr. 100 000 innbygger pr. bosted i 2020-2022

Tabell viser antall innvilgede unntak pr. 100 000 innbyggere pr. region (basert på bostedsadresse).

Samlede tall for unntak pr. 100 000 innbyggere vil gi et overordnet inntrykk av praksis, men vil ikke si noen om geografisk likebehandling på tvers av diagnoser eller metoder.

B. Praktisering av unntaksordningen på pasientgruppenivå

1. Behandling av søknader

Beslutninger om gruppeunntak fattes i interregionalt fagdirektørmøte. Det har i hovedsak vært to begrunnelser for å innvilge søknader om unntak på pasientgruppenivå:

1. Når metoder som allerede er tatt i bruk meldes inn for vurdering i Nye metoder, og man ønsker å unngå at bruken skal avsluttes før vurderingen er ferdig og Beslutningsforum har behandlet saken.
2. Når metoden oppfattes som så lovende med tanke på kost-nytte effekt at man ikke ønsker å avvente bruk til vurdering er ferdig og Beslutningsforum har behandlet saken.

Disse to hensyn skal ivareta at enkeltpasienter ikke utsettes for uforsvarlighet på grunn av manglende helsehjelp i perioden frem til avgjørelse i Beslutningsforum.

2. Gruppesøknader 2020-2022

På nyemetoder.no/metodevurdering er det publisert informasjon om alle mottatte søknader om gruppeunntak. Her fremgår en oversikt over gjeldende unntak, tidligere unntak og vurderinger (ikke

gjeldende pga. beslutning fra Beslutningsforum foreligger), samt avslåtte søknader om unntak på pasientgruppenivå.

I perioden 2020 til oktober 2022 ble det totalt mottatt ti søknader om gruppeunntak. Åtte av disse ble innvilget, to ble avslått, jf. informasjon i tabell nedenfor.

Årstall	Metode	Diagnose/bruksområde	Beslutning	Kommentar	Fortsatt gjeldende?
2020	Hysterektomi	Ved kraftige menstruasjonsblødninger	Innvilget	Begrunnelse for innvilgning: Allerede i bruk.	Nei
2020	Kirurgi ved karpaltunnel-syndrom	Frigjøre trykk på nerven ved å dele det tverrgående karpale leddbåndet.	Innvilget	Begrunnelse for innvilgning: Allerede i bruk.	Nei
2020	Akromion-reseksjon	Impingementsyndrom i skulder.	Innvilget	Begrunnelse for innvilgning: Allerede i bruk	Nei
2021	Olaparib (Lynparza)	Monoterapi til behandling av metastatisk prostatakreft og BRCA 1/2 –mutasjoner (kimbane og/eller somatiske) som har progrediert etter tidligere behandling som inkluderte et nytt hormonlegemiddel	Innvilget	Begrunnelse for innvilgning: Lovende kliniske data.	Ja
2022	Cefiderokol (Fetroja)	Til behandling av alvorlige infeksjoner forårsaket av aerobe gramnegative bakterier	Innvilget	Begrunnelse for innvilgning: Lovende kliniske data, stort behov.	Nei
2022	Pembrolizumab (Keytruda) i kombinasjon med kjemoterapi, med eller uten bevacizumab	Vedvarende, tilbakevendende eller metastatisk livmorhalskreft hos voksne	Innvilget	Begrunnelse for innvilgning: Lovende kliniske data	Ja
2022	Pembrolizumab (Keytruda) eller Cemiplimab (Libtayo)	Til behandling av voksne med tilbakevendende eller metastatisk livmorhalskreft som har progrediert under eller etter behandling med kjemoterapi	Innvilget	Begrunnelse for innvilgning: Lovende kliniske data.	Ja
2022	Olaparib som monoterapi	Til behandling av pasienter med metastatisk kreft og biallelisk BRCA1/2 mutasjoner (inaktivering) som har progrediert på standard behandling, og som er deltakere i IMPRESS-Norway	Innvilget	Begrunnelse for innvilgning: Sikret tilgjengelighet til IMPRESS-studien	Ja
2022	Bruk av PD-1 hemmer, Pembroluzimab, i kombinasjon med kjemoterapi	Til førstelinjebeh av voksne med lokalavansert ikke-resektabelt eller metastatisk karsinom i spiserøret eller HER2-negativt	Avslag	Det ble ikke innvilget gruppeunntak da saken/metodevurderingen ifølge	Ikke aktuelt

		adenokarsinom i gastrosofagale overgang hos voksne med tumor som uttrykker PDL1 med CPS >10		SLV var under oversendelse til RHF-ene for beslutning.	
2022	Lu177-PSMA	Til metastatisk kastrasjonsrefraktær ca. prostatae	Avslag	Kostbar metode med usikkert kost-nytte-forhold.	Ikke aktuelt

Tabell 3 Gruppesøknader fra 2020 til oktober 2022

Per oktober 2022 er det fem gjeldende gruppeunntak i Norge. Fire av disse er innvilget i den aktuelle perioden 2020-2022, ett gjeldende unntak (PD-1 hemmer v/ MSI metastatisk tykk- og endetarmskreft – 2.linje) ble innvilget i 2019.

3. Vurderinger av ordningen med gruppeunntak

Innenfor Nye metoder følges som hovedprinsipp at en behandling som er startet for en pasient skal fortsette til den er fullført eller så lenge det er medisinsk indikasjon, selv om det senere kommer en nei-beslutning fra Beslutningsforum. Et gruppeunntak får derfor svært ulike konsekvenser avhengig av hvor lenge legemidlet vil brukes av den enkelte pasient. Dersom hver pasient skal bruke legemidlet i mange år, ev. livslangt på grunn av medfødt genetisk tilstand, vil et gruppeunntak i realiteten innføre medikamentet for alle pasienter som p.t. har behandlingsindikasjon før det er tatt en beslutning i Nye metoder. Leverandøren vil da ikke ha noen interesse av å gi rabatt, fordi man kan fortsette salg til maksimalpris, eventuelt til allerede gjeldende rabattert pris, til de pasienter som allerede har startet behandling på bakgrunn av gruppeunntaket.

Gruppeunntak vil derfor i hovedsak være aktuelt for metoder som vanligvis brukes kortvarig, for eksempel kreftmedikamenter. Det er naturlig at innvilgede gruppeunntak har dreid seg om kirurgiske prosedyrer og medikamentell kreftbehandling.

Problemstillingen om «Midlertidig finansiering av legemidler under metodevurdering» er omtalt i Meld. St. 34 (2015-2016) "[Prioriteringsmeldingen](#)" kap. 11.6.2.

Vi oppfatter at de regionale helseforetakenes praksis på dette området er i samsvar med departementets føringer.

VII. Vurdering av om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop. 55 L (2018-2019)

Dette kapitlet er utarbeidet av juristgruppen.

A. Innledning - oppdraget

I tilleggsdokumentet fra 23.06.22 til Oppdragsdokument 2022 fikk RHF-ene i oppdrag å gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen i Nye metoder. I mandatet for arbeidet fra RHF-enes interregionale fagdirektørmøte er det lagt opp til å etablere en juristgruppe for å vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop 55 L (2018-2019).

B. Hva er premissene i Prop 55 L (2018-2019)?

Premissene fremgår av forarbeidene til lovfestingen av systemet for Nye metoder

Systemet for nye metoder ble lovfestet i 2019 gjennom spesialisthelsetjenesteloven (spthjl.) §4-4

som pålegger de regionale helseforetakene å sørge for et felles system for å beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten. Samtidig ble det slått fast i sphtjl. § 2-1 a annet ledd at de regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med de tre prioriteringsvilkårene; nytten av tiltak i pasientbehandling, ressursbruk som tiltak legger beslag på og alvorlighetsgraden av de tilstander som skal behandles. Videre ble pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-1 b annet ledd endret ved å presisere at retten til nødvendig helsehjelp gjelder de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte og finansiere. Premissene for lovendringene fremgår av Prop 55 L (2018-2019) og Innstilling 93 L (2019-2020).

Beslutningsforum vurderer og tar stilling til hvilke behandlingsmetoder som både skal tas i bruk eller utfases ved norske sykehus, og dermed hvilke metoder som skal tilbys i spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsbeslutninger i spesialisthelsetjenesten som tas administrativt på overordnet nivå legger rammer for individuelle vurderinger av pasienter. Lovfestingen skal sikre at helsepersonell, pasienter og andre gis forutsigbarhet og forståelse for hvordan systemet henger sammen, sikre likeverdig tilgang uavhengig av bosted, og bidra til forutsigbarhet for pasienter og helsepersonell om hva som kan forventes av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Innstillingen til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen¹ inneholder flere uttalelser om forholdet mellom generelle metodevedtak og pasientenes individuelle rettigheter. På side 6 står:

«Komiteen legger til grunn at overordnede beslutninger om metoder ikke skal påvirke retten til individuelle vurderinger og rettigheter til nødvendig og forsvarlig medisinsk behandling. De individuelle vurderingene skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov og faktiske muligheter for å diagnostisere og behandle sykdom.»

Det ligger imidlertid en «spenning» mellom overordnede generelle metodevedtak og individuelle beslutninger om helsehjelp til enkeltpasienter, bl.a. fordi det er presisert at retten til nødvendig helsehjelp gjelder de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte og finansiere. Helseministeren fikk flere spørsmål om dette under komitebehandlingen som er tatt inn i innstillingen. Helsedirektoratet har i ettertid gitt noe veiledning, bl.a. gjennom rundskriv I-4/2019². Vi kommer tilbake til rundskrivet som etter vårt syn ikke løser alle spørsmål.

Gjeldende rett, inkludert lovendringene som ble foreslått i Prop 55 L

Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

Pasient og brukerrettighetsloven § 2-2 jfr. §2-1 b) annet ledd bestemmer at pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten har krav på en vurdering av om de har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke (kalt rettighetsvurderingen). Om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp avgjøres etter en konkret og individuell vurdering. Prioriteringsforskriften angir nærmere vilkårene for vurdering av hvem som har denne retten.

Forsvarlighetskravet

Forsvarlighetskravet setter en rettslig standard som helseforetakene ikke har lovlig adgang til å gå under. I dette ligger det at standarden på helsetjenestene skal være på et visst nivå.

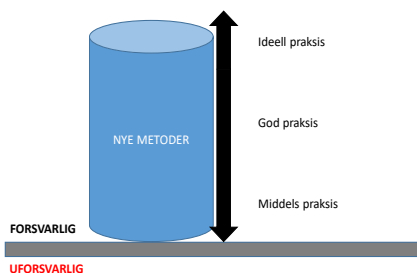
¹ Innst. 93 L (2019-2020)

² Rundskriv I-4/2019 – Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og forholdet til forsvarlighetskravet mm

Kjernen i forsvarlighetskravet er koblet til det som til enhver tid er definert som *etablert* behandling. Pasienter har et rettskrav på å få etablert behandling for den sykdommen vedkommende har. Prinsippene for prioritering skal bidra til å sikre pasienter likeverdig tilgang til sikre og trygge helsetjenester og rettferdig fordeling av helseressursene. Kjennetegnet ved nye behandlingsmetoder er at det ikke er tale om etablert behandling, og at de må metodevurderes for å vurderes opp mot prinsippene for prioritering og for å sikre at metodene er forsvarlige.

Bestemmelsen i pbrl. § 2-1 b) annet ledd som presiserer at retten til nødvendig helsehjelp gjelder de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte og finansiere, er ikke ment å senke terskelen for forsvarlighetskravet. Om/hvilken betydning presiseringen kan ha når det gjelder forsvarlighetskravet, kommer vi tilbake til. Det er imidlertid viktig å påpeke at pasientene ikke har beslutningsmyndighet med hensyn til å velge ulike metoder og valg av behandlingstiltak. Pasientene kan medvirke, men helsepersonellet har beslutningsmyndigheten. Det er dessuten først når en metode er gjort tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten at pasientens rett til å medvirke inntre. I valget mellom ulike behandlingsalternativ i ett pasientforløp er systemet for nye metoder sentralt fordi dette systemet gir rammene for hva som er tilgjengelig for helsepersonellet.

Nye metoder ligger i skjønnsrommet over forsvarlighetskravet, og over hva pasienten har et rettskrav på å få av tjenester. Med skjønnsrommet menes det som ligger mellom den til enhver tid best tilgjengelige medisin og forsvarlighetskravets nedre grense.



Klage- og domstolsbehandling

Det følger av Prop. 55 L at beslutninger som blir truffet i systemet for nye metoder ikke er enkeltvedtak og derfor ikke kan påklages. Dette ble presisert i sptjl. § 4-4 tredje ledd i forbindelse med lovfestingen.

Beslutninger som behandlende lege tar om hvilken helsehjelp den enkelte pasient skal få kan imidlertid pasienten påklage til Statsforvalteren. Rammene for klageinstansen vil være om retten til nødvendig helsehjelp er oppfylt i det enkelte tilfellet, og om pasienten får forsvarlig helsehjelp. Klageinstansen skal altså ikke ta stilling til om en ny metode skal gjøres tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten, men om det helsetilbudet pasienten *faktisk mottar* er forsvarlig. Spørsmålet kan da bli om det vil kunne være uforsvarlig at pasienten ikke mottar et aktuelt medikament som er til vurdering eller har fått nei hos Nye metoder.

Menneskerettigheter og internasjonal rett

Grunnloven har bestemmelser om respekt for menneskerettigheter og retten til liv³ som får betydning for statens plikt til å organisere helsetilbudet. Retten til helse er også særskilt regulert i ØSK⁴ artikkel 12 og CRPD⁵ artikkel 25 som både krever likebehandling og aktiv tilrettelegging. EMK artikkel 2, 8 og 14 og avgjørelsene fra EMD⁶ vil i særlig grad kunne komme inn når domstolene prøver om vår lovgivning og praksis er tilstrekkelig for å oppfylle våre internasjonale forpliktelser. Dette kan dreie seg om brudd på menneskerettigheter, forbud mot diskriminering og retten til helse.

C. Unntaksordningen

Skillet mellom beslutninger i Nye metoder og beslutninger om nødvendig og forsvarlig helsehjelp til enkeltpasienter

Prioriteringsbeslutninger på overordnet nivå må holdes tydelig adskilt fra individuelle vurderinger og beslutninger om hvilken helsehjelp den enkelte pasient skal få. Nye metoder tar stilling til og setter rammer for hvilke metoder som skal være tilgjengelig for klinikerne, mens klinikerne/behandlende lege vurderer konkret hvilken helsehjelp den enkelte pasient har krav på til enhver tid. Positive beslutninger som fattes i systemet for nye metoder blir implementert i faglige retningslinjer, og blir dermed en del av klinikerens beslutningsgrunnlag. På denne måten skapes en faglig kobling mellom beslutninger på gruppenivå og de individuelle vurderingene som klinikerne foretar i møtene med pasienter.

Ved oppstarten av pasientforløpet tar klinikerer gjennom rettighetsvurderingen stilling til om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke, mens forsvarlighetskravet styrer pasientens videre helsehjelp gjennom forløpet. Individuelle vurderinger av hvilken helsehjelp konkrete pasienter skal få kan m.a.o. skje på flere tidspunkter, og vil derfor kunne skje både i perioden før, under og etter at en metode er til vurdering i Nye metoder.

Statsforvalteren har i løpet av de siste årene behandlet flere klager fra pasienter som har fått nei til å ta i bruk en ny metode som Beslutningsforum har sagt nei til. Vurderingstemaet har da vært om helsehjelpen pasienten er tilbudt er forsvarlig, eller om man er i en slik unntakssituasjon at den nye metoden vil være nødvendig å ta i bruk for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp. Etter en klagesak om immunterapi i 2019, ga HOD ut [Rundskriv I-4/2019](#) som blant annet presiserer at spesialisthelsetjenesten ikke kan levere tjenester som ligger under forsvarlighetskravet. Videre at dette gjelder uavhengig av begrunnelse, som f.eks. økonomi. Rundskrivet sier (side 4):

«Den klare hovedregel er at tjenesten og behandlende helsepersonell avgjør hvilket tilbud som skal ytes pasienten. Det finnes ett unntak, dersom det kun er en bestemt type tjeneste eller tilbud som er eneste alternativ for å yte et forsvarlig tilbud, så har også pasienten et rettskrav på tjenesten. Det er imidlertid ytterst sjelden at det kun vil være en type tjeneste eller tilbud som vil innebære at pasienten får forsvarlig helsehjelp. For eksempel vil unntaket ikke få anvendelse i tilfeller hvor helsepersonellet har valget mellom en type etablert behandling, en annen type utprøvende behandling eller off-label bruk av et legemiddel. I et slikt tilfelle, under forutsetning at alle tre alternativene fremstår som forsvarlige, vil tjenesten og helsepersonellet avgjøre hvilket tilbud som skal ytes til pasienten.»

³ Grunnloven §§ 92, 93 og 102

⁴ FN konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

⁵ FN konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne

⁶ Den europeiske menneskerettskonvensjonen og den europeiske menneskerettsdomstolen

Erfaring har vist at det ikke er så ytterst sjelden at denne situasjonen oppstår, og rundskrivet går ikke i dybden på det vanskelige spørsmålet om pasienter da vil kunne ha rettskrav på å ta i bruk en slik ikke etablert metode helt uavhengig av økonomi jf. at kjernen i forsvarlighetskravet skal være koblet opp mot det som til enhver tid er definert som etablert behandling og metoden ikke omfattes av de tjenestene spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte og finansiere⁷.

Nærmere om unntaksordningen i Nye metoder

I tiden en metode/medikament er til vurdering hos Nye metoder, kan man søke om både gruppeunntak og unntak for enkeltpasienter. Ved gruppeunntak har praksis hele tiden vært at relevant fagmiljø og foretaksledelse i minst et helseforetak kan ta opp saker om unntak for en definert pasientgruppe. Beslutningen skjer hos RHF-fagdirektørene i interregionalt fagdirektørmøte. Frem til 2018 var forutsetningen for unntak for enkeltpasienter at pasienten «skiller seg klart fra pasientgruppen for øvrig». I løpet av 2018 ble vilkårene for unntak for enkeltpasienter endret til at; 1) ved individuelle søknader etter unntaksregelen er det en forutsetning at det finnes markedsføringstillatelse for aktuell indikasjon, 2) at etablert behandling skal være kontraindisert-, eller forsøkt og ikke tolerert på grunn av bivirkninger, 3) at det er grunn til å tro, med bakgrunn i forelagt dokumentasjon, at effekt av behandling vil være vesentlig større enn for gruppen som helhet. De tre prioriteringskriteriene; nytte-, alvorlighet- og ressurskriteriet gjelder på samme måte i unntaksordningen som i øvrige aktiviteter i helsetjenesten.

Vi legger til grunn at unntaksordningen ble etablert som en sikkerhetsventil for å fange opp grupper/individer med et gunstigere kost/nytte forhold eller et større absolutt prognosetap enn gjennomsnittet for gruppen som helhet. Det må bety at meningen var at unntaksordningen skal kunne gi grupper og enkeltpasienter som oppfyller vilkårene noe mer enn det som følger av en løpende forsvarlighetsvurdering. Hvis ikke ville unntaksordningen ha vært overflødig.

Vi legger videre til grunn at unntaksordningsbeslutningene fortsatt dreier seg om overordnede beslutninger om hvilke metoder som skal stilles til rådighet for klinikerne, og ikke individuelle vurderingen av helsehjelp til konkrete pasienter som er omtalt i punktet over.

I prop 55 L (side 53) tydeliggjøres forskjellen mellom systemet for Nye metoder og pasientens rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste slik:

«det tas ikke direkte stilling til om metoden skal brukes overfor konkrete pasienter eller pasientgrupper, men om det skal åpnes for at metoden kan brukes i den offentlige spesialisthelsetjenesten».

Også for den individuelle unntaksordningen er det m.a.o. tale om beslutninger på to nivåer: 1) fagdirektørens overordnede beslutning om unntaksvis eventuelt å gjøre et medikament tilgjengelig for en konkret pasient og 2) behandlende leges endelige beslutning om medikamentet skal tas i bruk i behandlingen av pasienten. I praksis vil man kanskje kunne si at beslutningen reelt sett er tatt når medikamentet er stilt til rådighet, men prinsipielt sett er dette to ulike typer avgjørelser. Den første er en «Nye metoder beslutning», mens den andre er en ordinær beslutning om hva slags helsehjelp pasienten skal få. Det er ikke klagerett på den første beslutningen, mens den andre beslutningen kan påklages til Statsforvalteren.

⁷ Jf. pbrl. § 2-1 b annet ledd siste punktum

D. Vurdering

Hvordan praktiseres unntaksordningene?

For å kunne vurdere om unntaksordningene praktiseres i tråd med premissene i Prop. 55 L (2018-2019) må vi vite hvordan ordningen faktisk praktiseres. De to unntaksordningene som er etablert, skiller seg i stor grad fra hverandre. I den individuelle ordningen har fagdirektør på helseforetaksnivå en viktig rolle, mens gruppeunntak avgjøres i det interregionale fagdirektørmøte. Det er en viss sammenheng mellom ordningene fordi like søknader om individuelle unntak kan komme inn som kan tyde på at det kan være aktuelt å heller etablere en gruppeunntaksordning. Derfor er det viktig at RHF-ene får informasjon om hvilke individuelle unntak som innvilges. Vi vil i det følgende begrense oss til å omtale den individuelle ordningen. Vi viser for øvrig til omtale av gruppeunntaksordningen under kapittel VI i rapporten.

Arbeidsgruppen har gjennomført en spørreundersøkelse og hentet inn tall på antall avslag/innvilgelse i den individuelle ordningen i hvert helseforetak i perioden 2020-2022. Kartleggingen opplyser også om diagnose og medikament. Det er ikke etablert felles rutiner/prosedyrer for å samle inn data ved bruk av unntaksordningen. Kartleggingen som nå er foretatt gir sparsomme opplysninger og vil derfor kun gi et overordnet bilde av hvordan unntaksordningene praktiseres. I tillegg er det som nevnt i rapporten knyttet usikkerhet til tallene.

Fordi tallene bare gir et overordnet bilde, er det vanskelig å kunne konkludere endelig om den individuelle ordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop. 55 L (2018-2019). For å vurdere om like tilfeller behandles likt, må man ha tilgang på ytterligere informasjon (pasientjournal). Det er derfor ikke mulig å vurdere om hensynet til likebehandling er ivaretatt. Kartleggingen viser imidlertid at det er et fåtall søknader per år. Tallene indikerer at Helse Midt-Norge innvilger noen flere unntak, samtidig som et helseforetak i Helse Sør-Øst skiller seg noe ut med flest unntak. HF som har høyere tall, anbefales å undersøke årsaken til disse.

For det tilfellet at like tilfeller faktisk behandles ulikt, kan flere tiltak bidra til å utligne forskjellene. Vi anbefaler rutiner for å jevnlig registrere bruk av unntaksordningen og rapportere til interregionalt fagdirektørmøte. Rapporteringen bør standardiseres, og inneholde tilstrekkelige opplysninger til å vurdere om ordningen praktiseres i tråd med forutsetningene.

Det kan likevel synes som om unntaksordningene gir noen pasienter og pasientgrupper mer optimalt tilpasset behandling og dermed fungerer som den sikkerhetsventilen som unntaksordningene er ment å være.

Skillet mellom beslutninger i Nye metoder og beslutninger om nødvendig og forsvarlig helsehjelp til enkeltpasienter

Det er som nevnt viktig å skille tydelig mellom det som er ment å være overordnede prioriteringsbeslutninger om hvilke metoder som skal være tilgjengelig for klinikerne, og de konkrete beslutningene som tas om behandling av den enkelte pasient. Den individuelle unntaksordningen utfordrer dette, da også den overordnede beslutningen jo bare vil gjelde en konkret pasient.

Prosedyren for unntak for enkeltpasienter får etter vår mening ikke dette skillet godt nok frem, noe som kan gjøre det vanskelig å håndtere slike saker i praksis. Konkrete vurderinger av enkeltpasienters

helsehjelp hører hjemme i klinikken, og endelig beslutning om hva enkeltpasienter skal få av nødvendig helsehjelp må tas av behandlende lege. Utydelig skille kan reise spørsmål om fagdirektørens beslutning egentlig er en beslutning om hvilken helsehjelp en konkret pasient skal få, noe som igjen kan reise spørsmål om krav til saksbehandling, dokumentasjonsplikt, klagerett mm. Fagdirektørens rolle bør derfor beskrives bedre, samtidig som vi anbefaler at prosedyren bygges ut og spisses med en beskrivelse av hvordan slike individuelle unntakssaker bør saksbehandles.

Nødvendig og forsvarlig helsehjelp til enkeltpasienter

Spørsmålet om den enkelte pasient får nødvendig og forsvarlig helsehjelp kan som nevnt pasienten klage inn til Statsforvalteren. Vi erfarer at pasienter i økende grad selv finansierer utprøving av nye medikamenter privat, og deretter anmoder det offentlige om å overta behandlingen hvis den viser seg å ha noe effekt. Dette er gjerne medikamenter som enten er til vurdering i Nye metoder eller har fått nei, ofte pga. manglende kostnadseffektivitet/svært høy pris. Det kan både dreie seg om behandling privat i Norge og i utlandet. I en del saker foreligger det også en vurdering/anbefaling fra Ekspertpanelet som ytterligere legger press på foretakene til å ta i bruk en metode for en konkret pasient som spesialisthelsetjenesten på overordnet nivå (foreløpig) har besluttet ikke å ta i bruk.

Slike saker er krevende, og gjeldende regelverk og rundskriv gir liten veiledning. Særlig spørsmålet om pasienter kan ha rettskrav på å ta i bruk en ikke etablert metode uavhengig av økonomi er vanskelig. Eksempelvis dersom denne behandlingen er eneste aktuelle behandling med kurativ effekt og som vil gi forsvarlig helsehjelp. Dette har vært tema i enkelte klagesaker. Etter vår vurdering har ikke sentrale juridiske føringer i forarbeider og i regelverk god nok sammenheng. Kjernen i forsvarlighetskravet skal være koblet opp mot det som til enhver tid er definert som etablert behandling. I de tilfellene Statsforvalteren mener pasienten kan ha krav på et medikament som ikke omfattes av de tjenestene spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte og finansiere, kan det reises spørsmål om hvordan forholdet til forsvarlighetskravet skal vurderes. Selv om disse problemstillingene ikke direkte inngår i det aktuelle oppdraget fra departementet om unntaksordningen, mener vi det er naturlig å peke på de utfordrende juridiske og faglige spørsmålene som helseforetakene må håndtere i slike saker. Departementet bør her bidra til å klargjøre.

VIII. Vurdering av forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i unntaksordningen

A. Generelt om unntaksordningen

Det er viktig å holde fast ved at en unntaksordning i Nye metoder ikke skal være en ordning for delvis innføring. Antall saker, både hva gjelder enkeltsøknader og gruppeunntak, er og skal fortsatt være lavt. Organisering av unntaksordningen må være tilpasset dette faktum.

Søknader til unntaksordningen i Nye metoder må vurderes etter samme prioriteringskriteriene som gjelder for alle øvrige aktiviteter i helsetjenesten: nytte, alvorlighet og ressursbruk.

Prisen på nye legemidler er hovedgrunnen til at ikke alle medikamenter kan innføres raskt. Nye legemidler er uten unntak svært dyre, vil oftest ha patent mange år frem i tid og kanskje også være

uten reell konkurranse. Alle unntak vil redusere insentivene for industrien til å levere pliktig dokumentasjon. All bruk av legemidler til en svært høy pris svekker muligheten for å forhandle frem en lavere pris.

Ressursbruk knyttet til praktisering av ordningen må også sees i lys av behov for prioritering innenfor spesialisthelsetjenesten. Man må unngå at de ordningene som etableres blir urimelig ressurskrevende, gitt at drift av ordningene må tas fra de samme rammer som all annen virksomhet i spesialisthelsetjenesten.

En ordning som gir likebehandling av alle pasienter nasjonalt, vil forutsette et system som er rigid og ressurskrevende. Fleksible, pasientnære systemer som legger til rette for raske og skreddersydde beslutninger i møte med enkeltpasienter vil medføre ulikheter på nasjonalt nivå. Det er ikke mulig å etablere et system som gir gjennomført likebehandling av både enkeltpasienter og pasientgrupper samtidig som alle individuelle faktorer ved enkeltpasienter hensyntas i beslutningen. En løsning må bli et kompromiss mellom disse hensyn.

B. Bruk av ressurskriteriet innenfor unntaksordningen

De tre prioriteringskriterier, nytte-, alvorlighet- og ressurskriteriet, utgjør også den overordnede føringen for unntaksordningen som for øvrige aktiviteter i helsetjenesten. Dette vil kunne få konsekvenser for behandling av unntakssaker generelt, og unntakssøknader for enkeltpasienter spesielt..

Det er ønskelig å gjøre de fleste nye legemidler tilgjengelige for bruk i spesialisthelsetjenesten, men mulighetene er erfaringsmessig begrenset av svært høye priser. Samtidig er foreliggende dokumentasjonen om forventet nytte-effekt av nye metoder ofte mangelfull på tidspunktet for beslutning. Nye behandlinger må vurderes opp mot alternativkostnaden, dvs. nytten for andre pasienter som ellers kunne vært realisert med de samme ressursene. Dette gjelder også for unntakssøknader.

For medikamenter vil vurderingen av ressurskriteriet for den aktuelle pasient være basert på en rabattert pris tilbudt av leverandør før behandling i Beslutningsforum, eventuelt en unntaksbeslutning hvor det ikke foreligger rabatt slik at maksimalpris blir gjeldende. Bakgrunnen for dette er at leverandørenes rabatttilbud vanligvis er knyttet til forventet salgsvolum etter en ja-beslutning i Beslutningsforum, og ikke gjelder før en slik foreligger.

Dette åpner for tre alternativer:

- Medikamentet/virkestoffet er til vurdering uten at det tidligere er innført for andre indikasjoner. Etter en nei-beslutning vil derfor medikament til pasienter som får unntak måtte betales med maksimalpris.
- Medikamentet er tidligere innført til en eller flere andre indikasjoner, der det allerede finnes en avtale om rabatt. En nei-beslutning for ny indikasjon vil ikke føre til en økning av det samlede volumet av medikamentet man kjøper, der dette kunne dannet grunnlag for rabatt. Pasienter som får unntak, må derfor få medikament til eksisterende rabatt og ikke en økt rabatt.
- Medikamentet er tidligere innført til en eller flere andre indikasjoner, der det allerede finnes en avtale om rabatt, og der det i forbindelse med rabatt-tilbud for ny indikasjon ikke har

skjedd noen økning av rabatten. Pasienter som får unntak må derfor få medikament med allerede eksisterende rabatt, som er den samme som man ville fått ved en ja-beslutning.

Ved de to første alternativene må derfor et unntak kunne oppfylle de tre prioriteringskriteriene (inkludert ressurskriteriet) med en høyere pris enn det som ville ligge til grunn for Beslutningsforums vurdering.

For medfødte genetiske tilstander vil ny behandling som regel dreie seg om genuint nye virkestoffer, og første kulepunkt over vil derfor ofte være gjeldende ved disse tilstander.

Ved nei-beslutninger er det ofte stor avstand mellom priskrav fra leverandør og øverste akseptable pris for RHF-ene, slik at behandling ikke er kostnadseffektiv selv for enkeltpasienter innad i gruppen som bør prioriteres høyere enn gjennomsnittet ut fra de tre hovedkriterier for prioritering. Utover i prosessen kan rabatttilbudet fra legemiddelfirmaet bli bedre og avstanden bli mindre, men det får ingen konsekvenser i enkeltsaker gitt at man ved unntak fortsatt må betale maksimalpris for medikamentet frem til en evt. beslutning om innføring.

Disse forhold redusere betydelig det antall pasienter der det er aktuelt å gi unntak basert på at de som enkeltmennesker skiller seg fra den gruppe den aktuelle metoden vurderes opp mot under behandling i Nye metoder: Manglende eller redusert rabatt ved unntaksbehandling påvirker betydelig ressurskriteriet som skal være en del av prioriteringsgrunnet.

Vurdering av forbedringer og endringer - anbefaling

Alle aktører som skal søke eller vurdere søknader om unntak ved medikamentell behandling, må ta inn den faktiske kostnad for medikamentet ved vurdering av de tre prioriteringskriteriene (nytte-, alvorlighet- og ressurskriteriet) knyttet til søknad og beslutning.

C. Krav om markedsføringstillatelse

Ved søknader om unntak for bruk av legemidler som er under vurdering i Nye metoder har det vært krav om MT for aktuell indikasjon. Kravet gjelder både unntak for enkeltpasienter og gruppeunntak. Kravet ble etablert like etter etablering av Nye metoder for å unngå et stort antall enkeltsøknader i svært tidlig fase av medikamentutviklingen. Samtidig har man i Nye metoder tatt inn nye legemidler/indikasjoner til vurdering tidlig for å unngå forsinkelser, også før MT er gitt.

Det kan være andre grunner enn rent medisinske for at leverandør ikke søker, eller utsetter å søke om MT. Denne problemstillingen blir sannsynligvis vanligere når det kommer stadig flere skreddersydde legemidler for stadig mindre pasientgrupper.

Et avslag på å behandle unntakssøknader kun basert på et formelt krav, ikke hva som foreligger av forskningsmessig dokumentasjon, kan være meget utfordrende å forsvare. Gruppeunntak for rituximab ved MS viser at det er behov for å kunne innføre gruppeunntak også der det ikke foreligger MT.

En fjerning av krav om MT for genuint nye legemidler i unntaksordningen vil medføre risiko for situasjoner der det er uklarhet om leveringssituasjon/leveringsstabilitet og pris. Leveringssikkerheten for uregistrerte legemidler er det oftest liten eller ingen kontroll på. Legemiddelverket fastsetter maksimalpriser på markedsførte, reseptpliktige legemidler i Norge. Det er ingen prisregulering på legemidler som ikke er markedsført i Norge.

Medikamentets sikkerhets vurderes i forbindelse med MT-søknad. Forutsetning for MT er at legemidlet har en nytte som overstiger risikoen ved bruk. Dette er en relevant problemstilling for behandling der kun lav risiko er akseptabel. En stor del av aktuelle unntakssaker vil imidlertid gjelde avansert kreftsykdom og andre alvorlige tilstander med kort forventet levetid. I disse tilfellene kan behandling med høy eller usikker risiko være akseptabelt, og ofte et lite onde vurdert opp mot forventet sykdomsutvikling uten den aktuelle behandling.

Det finnes allerede ordninger som åpner for tilgang til legemidler forut for MT-tidspunktet. Legemiddelindustrien har mulighet til å tilby behandlingen til pasienter i spesialisthelsetjenesten gjennom avtalene om «compassionate use».

Vurdering av forbedringer og endringer - anbefaling

For enkeltpasientsøknader som vurderes lokalt i helseforetakene bør krav om markedsføringstillatelse i Norge for aktuell indikasjon beholdes.

Søknader om gruppeunntak vurderes av fagdirektørene, noe som gir god mulighet for oversikt og kontroll. Det bør være åpning for å innvilge gruppeunntak for legemidler selv om MT for aktuell indikasjon ikke foreligger. Dette forhindrer ikke at man tar inn manglende (evt. betinget) MT som et moment i vurderingen av søknaden.

D. Vurderinger om unntaksordning for enkeltpasienter

1. Sted for behandling av søknader om enkeltpasienter

I henhold til dagens ordning skal søknader om unntak for enkeltpasienter håndteres i det helseforetak som har behandlingsansvaret for pasienten.

For diagnostikk og behandling som ikke omfattes av Nye metoder, foregår nesten alle medisinske vurderinger og prioriteringer desentralt. Man prøver å begrense uønsket variasjon gjennom bl.a. retningslinjer, prosedyrer, helseatlas og kvalitetsregistre. Utover de nasjonale tjenester har man kun helt unntaksvis sentralisert kliniske beslutninger og prioriteringer til et nasjonalt nivå.

Hvis målet er en optimal likeverdig behandling geografisk og på tvers av fagområder, må man i praksis etablere en nasjonal ordning for vurdering av unntakssøknader. Det vil i praksis si en modell som ligner på Ekspertpanelet, men som vil få et langt videre ansvarsområde (f.eks. alle faser av sykdom), og ha besluttende myndighet, som dermed flyttes ut av behandlende og finansierende HF.

Så langt har holdningen vært at hvert HF behandler sakene som enkeltsaker, der man har ulike ordninger for å informere hverandre på tvers innad i hver region. Bakgrunnen for dette har vært et ønske om raske beslutninger basert på informasjon fra hele pasientjournalen. Et sentralisert system vil bli ressurskrevende både økonomisk og for fagfolks tidsbruk

Fastholdes prinsippet om at enkeltsaker behandles lokalt, må det godtas at dette kan føre til geografiske forskjeller, hvor like eller liknende saker ikke nødvendigvis behandles likt, eller overhodet blir søkt inn. På samme måte er det utbredte geografiske og faglige forskjeller i bruk av metoder som allerede er innført og vel etablert innen diagnostikk og behandling.

Vurdering av forbedringer og endringer - anbefaling

- Det anbefales at unntakssøknader behandles og avgjøres i hvert enkelt HF.
- På samme måte som for andre kliniske problemstillinger bør helseforetak samarbeide med andre og større foretak ved søknader på områder der helseforetaket selv har begrenset kompetanse.
- Der det søkes unntak i et annet HF enn der pasienten bor, må søknaden behandles ved et samarbeid mellom de to involverte HF.
- RHF-ene bør samordne hvordan man med færrest mulig parametere registrerer enkeltsøknader og utfall av disse i en felles, sentral oversikt, slik at man på tvers av HF og regioner kan sammenligne praksis.
- Innad i hver region bør HF-ene regelmessig gjennomgå praksis for å kalibrere denne mellom HF-ene, og for å diskutere prinsipielle og presedensskapende enkeltsøknader. Dette kan organiseres i regi av de regionale fagdirektørmøtene.
- Regionene bør minst en gang årlig sammenligne sin praksis. Dette kan skje i regi av det interregionale fagdirektørmøtet.
- Klargjøre den formelle rollen til fagdirektør i HF-ene i beslutningsprosessen knyttet til søknader om unntak for enkeltpasienter, jf. beskrivelse av denne problemstilling i kap. 4 i dokumentet utarbeidet av juristgruppen.

2. Kriterier

Dagens kriterier er:

1. Det finnes markedsføringstillatelse i Norge for aktuell indikasjon.
2. Etablert behandling skal være kontraindisert, eller forsøkt og ikke tolerert på grunn av bivirkninger.
3. Det er grunn til å tro med bakgrunn i forelagt dokumentasjon, at effekt av behandling vil være vesentlig større enn for gruppen som helhet.

Kriteriene for unntak skal kunne brukes i mange ulike situasjoner:

- Det er mange ulike aktuelle diagnoser med svært ulikt klinisk bilde.
- Innenfor hver diagnose vil man ha ulike faser av sykdommen, med ulike behandlingsmuligheter og mulige behandlingseffekter.
- Den aktuelle behandling kan være aktuell å kombinere med ulike typer annen behandling.
- Enkeltpasientene vil ha ulik grad av komorbiditet.
- Det foreligger vanligvis lite dokumentasjon om klinisk effekt av den aktuelle metode, spesielt med tanke på langsiktig effekt.
- Unntak kan måtte vurderes i situasjoner der man må betale maksimalpris for medikamentet, eller kan ha ulike rabattavtaler, slik at ressurskriteriet kan variere mye.

Dette gjør det vanskelig og i praksis uønsket å lage spesifikke kriterier som kan medføre utilsiktede begrensninger ved vurderingen av den enkelte pasient.

Man har derfor, etter tidligere grundige vurderinger, laget relativt åpne kriterier. Det er ønskelig å beholde disse, og heller presisere og supplere slik det er gjort nedenfor.

Vurdering av forbedringer og endringer - anbefaling:

Kriteriene foreslås beholdt, men tydeliggjort på hvert punkt med tillegg på punkt 2 og 3:

1. Legemiddelet har markedsføringstillatelse i Norge for aktuell indikasjon.
2. Etablert behandling skal være kontraindisert, eller forsøkt og ikke tolerert på grunn av bivirkninger. Manglende effekt av etablert behandling er ikke et kriterium for å innvilge unntak.
3. Det er grunn til å tro med bakgrunn i forelagt dokumentasjon, at effekt av behandling vil være vesentlig større enn for gruppen som helhet. Dette gjelder uavhengig av pasientgruppens størrelse.

3. Tidsperiode for praktisering av unntaksordningen relatert til ja-beslutninger

Det er behov for å fastslå om unntaksordningen for enkeltpasienter bare skal gjelde frem til dato for en ja-beslutning i Beslutningsforum, eller om denne skal kunne praktisere frem til datoen ja-beslutningen gjelder fra. Normalt er denne perioden kort, og går på rent praktisk tilrettelegging. Imidlertid kan det også dreie seg om flere måneder, f.eks. frem til iverksetting av nye avtaler etter et anbud.

Vurdere forbedringer og mulige endringer - anbefaling:

En logisk løsning er at unntaksordningen gjelder frem til datoen ja-beslutningen gjelder fra. I tidsrommet fra en ja-beslutning til tidspunktet denne beslutning gjelder fra er situasjonen egentlig uendret fra situasjonen før ja-beslutningen: Metoden er enda ikke innført, og pris for behandlingen er den samme som før ja-beslutning ble fattet. Den eneste forskjell er at man ved start av en langvarig behandling evt. vil få en rabatt for den aktuelle pasient når man kommer lenger ut i behandlingsforløpet og passerer dato for iverksetting av ja-beslutningen, og dermed for den rabattordning som ofte er knyttet til ja-beslutningen.

Det er praktisk viktig at en slik ordning ikke misbrukes til et generelt frislipp i perioden fra beslutning til dato beslutningen gjelder fra, så det ikke unødig kjøpes inn medikamenter til full pris før rabattavtale aktiveres.

4. Likebehandling av pasienter på tvers av foretak og regioner

Det er ønskelig med en harmonisering av praktisering av unntaksordningen. Dette gjelder både for hver diagnose, for bruk av hver enkeltmetode, på tvers av ulike sykdomsgrupper, og geografisk.

Det er allerede i dag et utstrakt samarbeid innad i hver region der man mellom fagdirektørene går igjennom praksis og diskuterer vanskelige og prinsipielle enkeltsaker. Dette bør fortsette, slik det er foreslått under kap VIII-D-1.

5. Nasjonal oversikt over praktisering av unntaksordningen

En mulig løsning for å holde oversikt over praktisering av unntaksordningen er opprettelse av et nasjonalt register. Et felles nasjonalt register over unntakssøknader og behandling av disse kan ha to hovedhensikter:

1. Å holde oversikt over omfang og overordnet fordeling av unntakssøknader og innvilgede søknader i landet som helhet. Man kan derved se om det er tydelige forskjeller geografisk eller mellom ulike diagnoser og fagområder.
2. Å ha et register som kan brukes som et verktøy ved behandlingen av den enkelte unntakssøknad.

Under punkt 1 kan man lage et register som tar inn få parametere. I hovedsak vil dette dreie seg om hoveddiagnose og metode/medikament.

Skal man kunne ha nytte av et register ved behandling av enkeltsaker, der man skal kunne se hvordan like eller lignende enkeltsøknader har vært behandlet i andre helseforetak, må registreringen være langt mer omfattende.

Det vil være behov for informasjon om:

- Hoveddiagnose og relevante subklassifiseringer av sykdommen. Dette gjelder også eventuell presisjonsmedisinsk diagnostikk og klassifisering.
- Hvor i sykdomsforløpet pasienten er.
- Tidligere behandling.
- Hva det er aktuelt å kombinere den omsøkte behandlingen med.
- Komorbiditet.

Dette vil innebære en omfattende registrering, og svært mange små subgrupper dersom det ved behandling av enkeltsøknader skal være mulig å finne relevante pasienter for sammenligning. Informasjonen som skal legges inn må være standardisert.

Jo mer komplisert et slikt system skal være, jo mer omfattende blir også de prosesser man må ha for å ivareta personvern i henhold til gjeldende lovverk.

Et alternativ til å opprette et nytt register for dette formål er å bruke eksisterende registre. De nasjonale kvalitetsregistre har ikke uttømmende dekning i forhold til aktuelle diagnoser og er derfor ikke egnet. Derimot vil pasientadministrative data for alle pasienter behandlet i det offentlige helsevesen bli registrert i Norsk Pasientregister. Disse oppdateres månedlig og RHF-ene har tilgang til både anonymiserte og personidentifiserbare data som er egnet til dette formål forutsatt at det innføres en kode for behandling som dekkes etter unntakssøknader. Dette vil være en enkel og billig løsning som vil kunne gi tilstrekkelig informasjon for å overvåke ordningen. Dette forutsetter at NPR får som oppgave å tilrettelegge for en slik løsning.

Vurdere forbedringer og endringer - anbefaling:

Vi anbefaler at det innføres en fortløpende registrering av beslutninger i unntaksordningen for enkeltpasienter gjennom koding via NPR, jf. beskrivelse over. Dette vil gi et godt grunnlag for å følge praktiseringen både på kort og lang sikt.

Å innføre en egen ordning for saksbehandling av unntakssøknader på tvers av helseforetak og regioner vil være for kostbart og tidkrevende.

E. Vurderinger om unntaksordningen for pasientgrupper

1. Sentral behandling

Dagens praksis med at unntaksordningen for pasientgrupper behandles sentralt i interregionalt fagdirektørmøte fungerer godt. En videreføring av dagens ordning anbefales.

2. Kun fagmiljø sammen med foretaksledelse kan foreslå gruppeunntak

Forslag om å innføre en metode på gruppenivå bør skje ved at det sendes forslag til Nye metoder på ordinær måte. Dette bør være den ordinære veien inn i systemet, og det bør for fagfolk ikke skapes uklarhet om at det kan brukes en alternativ vei der en ny metode – f.eks. for en subgruppe – kan søkes innført via gruppeunntak.

Dagens system for søknad om gruppeunntak forutsetter at det minst finnes ett HF der aktuelle fagfolk mener at gruppeunntak bør innvilges, og der en HF-ledelse som må ta ansvar for de økonomiske konsekvenser er enig i denne vurderingen. Denne ordningen sikrer at det både er gjennomført en rent medisinsk vurdering, og en prioritering innenfor den samlede ressursramme i minst et HF før søknaden sendes.

Dette prinsipp bør videreføres. Det foreslås ikke endringer av hvem som kan søke om gruppeunntak innenfor unntaksordningen i Nye metoder.

3. Kriterier

Det er behov for å tydeliggjøre kriterier for når det er aktuelt å innvilge gruppeunntak. Gruppeunntak vil i hovedsak være aktuelt i følgende situasjoner:

1. Når metoder som allerede er i bruk meldes til vurdering i Nye metoder, og når det ikke er ønsket at bruken skal avsluttes mens vurderingen foregår og Beslutningsforum behandler saken.
2. Når en ny metode oppfattes som så lovende hva gjelder kost-nytte verdi at man ikke ønsker å avvente bruk til vurderingen er ferdig og Beslutningsforum har behandlet saken.

MT bør ikke være en absolutt forutsetning for å innvilge gruppeunntak. Avgjørende her vil være hva som foreligger av vitenskapelige publikasjoner og registerdata. Manglende eller betinget MT tas med i vurderingen av søknaden.

F. Unntak etter nei-beslutninger

Dagens unntaksordning gir ikke mulighet for å søke unntak for enkeltpasienter etter at Beslutningsforum har besluttet å ikke innføre metoden. Dette gjelder også dersom en metode som er besluttet ikke innført tas opp igjen for ny vurdering i Nye metoder, f.eks. etter nye kliniske data eller nytt pristilbud. Metoden kan etter dette bare tas i bruk dersom Beslutningsforum beslutter å innføre metoden.

Hovedargumentet for en ordning med individuelle unntak etter en nei-beslutning er at avgjørelsene i Beslutningsforum bygger på vurderinger som gjøres på gruppenivå. Innenfor disse gruppene vil det kunne være undergrupper eller enkeltindivider som har et gunstigere kost-/nytteforhold eller et større absolutt prognosetap enn gjennomsnittet for gruppen som helhet.

Spørsmålet om en eventuell unntaksordning også etter en nei-beslutning er derfor egentlig et spørsmål om hvordan variasjon innad i en pasientgruppe med hensyn til å oppfylle de tre prioriteringskriterier alvorlighet, nytte og ressursbruk skal håndteres.

Variasjonen innad i pasientgruppen kan ytre seg på to måter:

- En subgruppe kan forventes å ha bedre effekt av behandlingen enn gruppen som helhet. Med de ofte sparsomme kliniske data som er tilgjengelige, og alle de metodologiske problemer ved retrospektive subgruppeanalyser man ser selv i større og mer modne kliniske studier, vil dette ofte være vanskelig å dokumentere og kvantifisere i saker som kommer til Beslutningsforum.
- En subgruppe har ikke nødvendigvis bedre forventet effekt av behandlingen, men vil i utgangspunktet ha et betydelig større absolutt prognosetap enn gruppen som helhet.

Dette er prinsipielt viktige problemstillinger, men vil få praktisk konsekvens for behandling av relativt få pasienter. Slike unntak vil ofte måtte skje til maksimalpris om det dreier seg om et nytt medikament, eller allerede oppnådd rabatt fra en tidligere innføring av medikamentet på en annen indikasjon, slik at kostnadseffektiviteten blir dårligere. Viser her til kap. VIII-B "Bruk av ressurskriteriet innenfor unntaksordningen" over. Dette kan likevel medføre et stort antall søknader dersom det åpnes for individuelle unntak etter nei-beslutninger.

Det er vanligvis en betydelig avstand mellom tilbudt pris som har inngått i Beslutningsforums vurdering og som på tross av prisrabatt har ført til en beslutning om ikke å innføre metoden, og kjøp av medikament til enkeltpasienter etter en nei-beslutning. Selv en begrenset bruk av en

unntaksordning vil gi leverandøren betydelige inntekter, og kan redusere leverandørens insentiv til å gi et nytt og bedre pristilbud. Ved vurdering av dette alternativet må man veie mot hverandre hensynet til pasienter som kunne være aktuelle for et unntak mot hensynet til at hele pasientgruppen raskere får tilgang til den aktuelle behandling. Det er derfor ikke gitt at en liberal unntaksordning etter en nei-beslutning tjener den aktuelle pasientgruppe sett under ett. Ressurser både for å betale for unntaks-behandling og drifte en slik unntaksordning må tas innenfor spesialisthelsetjenestens ramme, på bekostning av andre pasientgrupper.

En slik ordning ville møte de samme problemstillinger som en unntaksordning før behandling i Beslutningsforum. Man kan ha en desentralisert behandling og beslutning som kan foregå raskt og med lite ressursbruk, som vil resultere i forskjeller på tvers geografisk og mellom fagområder. Alternativet kan være å innføre en sentralisert/nasjonal behandling som vil ta lengre tid og kreve vesentlig mere ressurser. Skal en sentralisert søknadsbehandling sikre geografisk likebehandling, må beslutningsmyndighet for om den aktuelle behandling kan tilbys den aktuelle enkeltpasient flyttes til denne instans, ut av det HF som har behandlingsansvaret.

Et alternativ til å innføre en unntaksordning etter nei-beslutninger, er å tydeliggjøre vurderinger av variasjon innad i pasientgrupper i prosessen frem til behandling i Beslutningsforum, og i vurderingene i Beslutningsforum. Ulikhet innad i den aktuelle pasientgruppe når det gjelder de tre prioriteringskriteriene beskrives og vurderes spesifikt når saken forberedes av Legemiddelverket, sekretariat og de regionale fagdirektører for Beslutningsforums medlemmer. Basert på dette vurderer man om en nei-beslutning kan føre til at en subgruppe som samlet oppfyller de tre prioriteringskriterier finnes. Et premiss for en slik vurdering er at alder i dag ikke er et selvstendig prioriteringskriterium. Hvis svaret etter denne vurderingen er at en slik subgruppe finnes, må det tas stilling til hvordan tilbudet til denne gruppen skal håndteres.

Dette blir en del av oppfølgingen av Beslutningsforums avgjørelse.

Vurdere forbedringer og endringer - anbefaling:

Det anbefales ikke å innføre en unntaksmulighet etter nei-beslutninger i Beslutningsforum.

Det anbefales at variasjon innad i pasientgrupper hva gjelder de tre prioriteringskriterier tas inn i prosessen frem til behandling i Beslutningsforum og i Beslutningsforums vurdering/behandling av sakene/metodene.

IX. Vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel «compassionate use program», godkjennings-fritak eller kliniske studier

Det finnes ulike ordninger for tilgang til legemidler som ikke er innført av Beslutningsforum i spesialisthelsetjenesten. Hvilken ordning som kan benyttes avhenger av forutsetningene som gjelder for bruk av det aktuelle legemidlet og den aktuelle kliniske situasjonen. Unntaksordningen gjelder for legemidler som er under vurdering i Nye metoder. I tillegg er det mulig for leger i spesialisthelsetjenesten å få tilgang til nye legemidler eller legemidler som ikke er godkjent for

aktuell indikasjon gjennom f.eks. kliniske studier, «compassionate use»-ordninger, eller ved å søke om bruk utenfor godkjent indikasjon.

De ulike ordningene bygger på forskjellige forutsetninger og delvis på separate og avgrensede avtaler inngått med eksterne, private aktører. Behandlingen av den enkelte pasient med den enkelte metode må skje innfor den avtale eller ordning som gjelder for akkurat dette tilfelle. De ulike ordningene må derfor praktiseres uavhengig av hverandre, det vil ikke være mulig å samle disse i et felles, enkelt system.

Dagens ordninger er kompliserte og vanskelig å forholde seg til for klinikerne, som vil møte hver ordning sjelden, kanskje med flere års mellomrom. Det at ordningene må praktiseres uavhengig av hverandre bør likevel ikke være til hinder for at man prøver å legge til rette for en enklere navigering gjennom disse ordningene for leger i en klinisk hverdag. Helseforetakene bør etablere en enklest mulig praksis for klinikere som i enkelttilfeller ønsker å bruke legemidler som omfattes av disse ordningene.

I stedet for å gi et stort antall klinikere opplæring og jevnlig repetisjon om mange og kompliserte ordninger som stadig endrer seg og som de sjelden skal bruke, heller sørger for å ha et lite antall medarbeidere i HF-ene som kjenner alle de ulike ordningene, som kan motta søknader fra klinikere og kan sørge for at disse behandles videre under riktig ordning. For små helseforetak kan det være aktuelt å samarbeide med et større helseforetak om en slik ordning. Ordningen kan minne om de forskningsstøttefunksjoner HF-ene har for å hjelpe kliniske forskere til å forholde seg til et komplisert regelverk.

Selv om de enkelte ordninger må behandles separat, vil det være en fordel om en eventuell registrering av bruk av ordningene med beslutninger kan skje i et samlet system, f.eks. ved bruk av NPR-koder.

X. Ekspertpanel vs. unntaksordningen i Nye metoder

Forholdet til Ekspertpanelet er ikke eksplisitt tatt med i oppdraget, men omtales likevel kort:

Fra Ekspertpanelets mandat:

“Ekspertpanelet skal gi pasient og behandlende lege informasjon, vurderinger og råd om eventuell videre behandling og/eller mulighet for å delta i kliniske studier. Uttalelsene fra Ekspertpanelet er rådgivende.

Ekspertpanelet skal ikke tilrå behandling som for den aktuelle indikasjon er under vurdering i system for Nye metoder, men kan peke på og omtale unntaksordningen som er etablert. Ekspertpanelet kan ikke tilrå behandling der Beslutningsforum har sagt nei til å innføre metoden for den aktuelle indikasjon.”

Der Ekspertpanelet er rådgivende, vil man i unntaksordningen konkret ta stilling til om en gitt behandling skal tilbys. Ekspertpanelet gjør ikke helseøkonomiske vurderinger. Det er HF som behandler enkeltsøknader som må forholde seg til de tre hovedkriterier for prioritering, og dermed den omsøkte behandlingens kostnadseffektivitet overfor den aktuelle pasient.

Begge ordninger kan praktiseres samtidig, og det er ikke grunnlag for å endre dem av hensyn til hverandre. Ekspertpanelet har nylig vært evaluert, og det er gjort mindre endringer for å følge opp dette.

Det er viktig at alle aktører er klar over og opptrer ryddig når det gjelder hvilke saker som sendes hvor, og kriteriene for hvordan de enkelte saker behandles innenfor hver sin ordning.

XI. Videreføring av behandling startet for egenbetaling hos privat aktør

Pasienter kan for egen regning starte behandling hos privat kommersiell aktør med behandling som for den aktuelle indikasjon enten er til vurdering i Nye metoder, eller der Beslutningsforum har sagt nei til innføring.

Gitt at pasienten har påviselig nytte av behandlingen, vil pasienter kunne bli henvist til videreføring av denne behandling i den offentlig finansierte helsetjeneste. En viktig faktor i vurdering av slike henvisninger er at pasienter som har respondert på en gitt behandling, ofte vil ha større nytte av å videreføre denne, enn den forventede nytte av samme behandling gitt til en uselektert pasientpopulasjon med samme tilstand.

Denne problemstilling har HOD behandlet og gitt føringen for i Rundskriv I-4/2019 - "*Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og forholdet til forsvarlighetskravet mm*". Vår tolkning av konklusjonene i rundskrivet er at vurdering av henvisninger til offentlig spesialisthelsetjenesten må ta utgangspunkt i den kliniske situasjon pasienten er i på henvisningstidspunktet, uavhengig av hvem som har gitt behandlingen før henvisning og hvordan denne behandlingen har vært finansiert. Dette er en prinsipielt viktig problemstilling der tjenesten har behov for en utvetydig avklaring. Dette skyldes at det er forskjell på ulike pasienters økonomiske og praktiske mulighet til å kunne oppsøke privat kommersiell behandling for å avklare om de har effekt av den aktuelle behandling, og dermed komme i en posisjon der de vil kunne få videre behandling gitt og betalt av offentlige midler.

Unntaksordningen bør forbeholdes beslutninger om å starte ny behandling med en gitt metode, ikke videreføring. Videreføring av egenfinansiert behandling gitt av privat kommersiell aktør vil være en ordning som for den enkelte vil avhenge av betalingsevne. Det anbefales at denne type henvisninger ikke behandles som en unntakssøknad, men behandles individuelt basert på ordinære kriterier for prioritering. Det vil være ulogisk dersom videreføring av behandling som har fått nei i Beslutningsforum registreres som et unntak så lenge man ikke har en unntaksordning etter nei-beslutninger.

Selv om videreføring av egenfinansiert behandling ikke bør være en del av unntaksordningen bør også denne typen behandling registreres i et samlet system, f.eks. ved bruk av NPR-koder.

MANDAT FOR FELLES INTERREGIONALT ARBEID OM UNNTAKSORDNINGEN INNENFOR NYE METODER - OPPFØLGING AV «Oppdragsdokument 2022 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021-2022)».

I. Oppdrag fra HOD.

I *Oppdragsdokument 2022 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021-2022)* til RHF-ene fra 23.06.22. står:

Stortinget har behandlet Meld. St. 28 (2020-2021) om prioritering i helse- og omsorgstjenesten, og sluttet seg til felles prinsipper for prioritering i hele helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene skal legge de reviderte prinsippene for prioritering til grunn. Det vises til stortingsbehandling av Dokument 8:233 S (2021-2022) og Innst. 359 S (2021-2022). De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Vest RHF, gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen i system for Nye metoder. De regionale helseforetakene skal herunder vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premisene i Prop. 55 L (2018-2019) og undersøke variasjon i praktiseringen av unntak for enkeltpasienter. Arbeidet skal vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen. Gjennomgangen skal også vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel «compassionate use program», godkjenning-fritak eller kliniske studier.

Den første del av dette punktet dreier seg om at RHF-ene skal legge til grunn det som har fremkommet ved Stortingets behandling av Meld. St. 38 (2020-2-21) og Dokument 8:233 S (2021-2022) i sin daglige drift og i sine prioriteringer. Det er ikke noe utredningsarbeid knyttet til dette.

Når det gjelder unntaksordningen skal RHF-ene i samsvar med oppdragsdokumentet sammen, og under ledelse av Helse Vest:

1. Gjennomgå praktisering av unntaksordningen.
2. Vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premisene i Prop 55 L (2018-2019).
3. Undersøke variasjon i praktisering av unntak for enkeltpasienter.
4. Vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen.
5. Vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel «compassionate use program», godkjenning-fritak eller kliniske studier.

II. Praktisk gjennomføring.

A. Overordnet organisering.

1. Det nedsettes en interregional arbeidsgruppe med to deltagere fra hvert RHF. Tilknyttet denne gruppen etableres en gruppe jurister med en representant fra hvert RHF.
2. Hver av gruppene ledes av en representant for Helse Vest.

3. Sekretariatet for Nye metoder fungere som sekretariat for arbeidet. Sekretariatet vil også kunne bidra med erfaringer fra beslektede problemstillinger, bl.a. til arbeidet med punkt 5 over.
4. Arbeidsgruppen rapporterer til Interregionalt fagdirektørmøte. Ved behov kan fagdirektørmøtet under arbeidet legge frem problemstillinger til avklaring for det interregionale AD-møtet.
5. Det vil underveis være behov for dialog med brukere/brukerorganisasjoner og relevante tillitsvalgte. Denne dialog ivaretas av fagdirektørmøtet.
6. Endelig rapport legges frem for interregionalt AD-møte.
7. Rapport oversendes HOD senest i forbindelse med Årlig melding for 2022.

B. Rekkefølge og beskrivelse av hver av de fem enkelte punkter i oppdraget.

1a. Gjennomgå praktisering av unntaksordningen: Praktisering av unntak for enkeltpasienter – kartlegging.

Dette må startes først, da resultatene her vil danne mye av kunnskapsgrunnlaget for de de øvrige trinn.

Det er viktig å presisere at man kun kartlegger praktisering av dagens unntaksordning, ikke alle mulige andre prosedyrer for compassionate use, off licence etc.

Man må kartlegge hvordan ordningen praktiseres og fungerer i hvert HF, og i relevante private ideelle sykehus:

Mulige og aktuelle spørsmål:

- Hvordan er unntaksordningen gjort kjent i det enkelte HF/sykehus?
- Hvordan er behandlingen av søknader organisert i det enkelte HF/Sykehus?
- Hvem behandler eventuelle søknader fra relevante private ideelle sykehus?
- Hvordan behandles søknader om unntak i et HF hvis pasienten er bosatt i et annen HF-område?
- Hvordan behandles søknader om unntak i et HF hvis pasienten er bosatt i et annen RHF-område?
- Antall innvilget og avslått for hver av årene 2020, -21 og -22 (til og med august).
- Fordeling på diagnoser og medikamenter for perioden 2020-22 (til og med august).
- Oversikt over i hvilke HF –område hver enkelt pasientene er bosatt.
- Om man ser noen utvikling over tid når det gjelder antall søknader og faglig/diagnostisk fordeling av disse.
- Andre innspill det enkelte HF/sykehus mener er relevant.

Når resultatene fra HF-ene er samlet inn, kan disse samordnes i RHF-et, slik at man får en samlet oversikt over fordeling av pasienter i regionen pr. HF-område.

Man må mellom RHF-ene også utveksle informasjon om pasienter som har fått innvilget unntak i en annen region enn der de er bosatt.

Samlet sett vil man dermed få oversikt over fordeling mellom de enkelte HF-områder, og kunne angi antall innvilgede/avslåtte søknader pr. 100 000 innbyggere. Videre om det er noen tydelige utviklingstrekk.

1b. Gjennomgå praktisering av unntaksordningen: Praktisering av unntak på gruppenivå.

Dette punktet blir vesentlig enklere, da det kun vil dreie seg om søknader om gruppeunntak behandlet i interregionalt fagdirektørmøte, eller der fagdirektørene på eget initiativ behandler et gruppeunntak.

Supplerende er det aktuelt å spørre om det er gruppeunntak som burde ha vært vurdert, men ikke har blitt det p.g.a. manglende søknad eller manglende oppmerksomhet fra fagdirektørene.

2. Vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop 55 L (2018-2019).

Denne vurdering skal omfatte praksis så langt, og dermed kun omfatte unntaksordningen frem til beslutning i Beslutningsforum. Den skal ikke dreie seg om pasienter som ikke får behandling med grunnlag i en nei-beslutninger i Beslutningsforum. Denne siste problemstilling behandles under punkt 4 nedenfor.

I Prop 55 L (2018-2019) er det særlig Kap.9 (s. 47-57) som er relevant.

Arbeidet kan starte raskt, men det vil være av verdi å ha resultatene av kartleggingen under punkt 1 over før endelig konklusjon.

Denne vurdering gjøres av juristgruppen, der arbeidsgruppen trekkes inn før endelig dokument utformes.

3. Undersøke variasjon i praktisering av unntak for enkeltpasienter.

For å besvare dette spørsmålet må man bygge på resultatene av kartleggingen under punkt 1a over.

4. Vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen.

For å besvare dette spørsmålet må man ha svar på innsamling av informasjon som beskrevet under avsnitt A over.

I denne del av arbeidet må vurderes en eventuell unntaksordning også for perioden etter en nei-beslutning i Beslutningsforum, og hvordan denne i så fall skal utformes.

Denne vurderingen må bygge på kartleggingen under punkt 1 over. Vedlagte problemnotat vil kunne danne grunnlag. Arbeidsgruppen må ha anledning til å foreslå endringer også utover de alternativer som er belyst i problemnotatet.

5. Vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel «compassionate use program», godkjennings-fritak eller kliniske studier.

Sekretariatet i Nye metoder vil ha betydelig kompetanse og innsikt når det gjelder bl.a. utredning om bruk av medikamenter utenfor godkjent indikasjon, og vil kunne trekkes inn i arbeidet.

C. Dialog med tillitsvalgte.

Dialog med tillitsvalgte ivaretas av fagdirektørene. Det er størst behov for å ha dialog med representanter for legene, som er de som i direkte møte med pasienter og pårørende skal gjennomføre beslutningene tatt i Nye metoder, og gjennomføre den unntaksordning som til enhver tid gjelder.

D. Dialog med pasienter og brukere.

Dialogen ivaretas av fagdirektørene, evt. i samarbeid med AD-ene i RHF-ene.

E. Tidsplan:

26.09.22.

Mandat behandles i interregional fagdirektørmøte.

03.10.22.

Frist for utsending av spørreundersøkelse til HF/sykehus om behandling av unntak for enkeltpasienter.

04.10.22.

Frist for etablering av arbeidsgruppe og juristgruppe.

Arbeidsgruppe starter deretter arbeidet med punktene 1b og 5.

Juristgruppe starter deretter arbeidet med punkt 2.

24.10.22.

Frist for innsending av svar fra HF/sykehus på spørreundersøkelse om behandling av unntak for enkeltpasienter.

24.10.22.- 31.10.22.

Hvert RHF går igjennom og systematiserer innsendte rapporter fra HF/sykehus i egen region når det gjelder unntak for enkeltpasienter. Disse resultater samordnes, så man får en samlet nasjonal oversikt basert på pasientenes bosted, uavhengig av hvor unntaket er innvilget.

01.11.22.- 11.11.22.

- Juristgruppe: Basert på tidligere arbeid og resultatene av undersøkelsen under punkt 1a, utformes svar på punkt 2. Endelig utforming skjer i samarbeid med arbeidsgruppen.

- Arbeidsgruppen: Basert på tidligere arbeid og resultatene av undersøkelsen under punkt 1a, utformes svar på punktene 1a, 1b, 2, 3, 4 og 5.

11.11.22.

Et samlet utkast til rapport sendes til interregionalt fagdirektørmøte med sikte på behandling 21.11.22.

12.12.22.

Behandling av samlet rapport i interregionalt AD-møte.

Møtedato: 09. desember 2022

Vår ref.:
2022/140-29

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
02.12.2022

RBU-sak 104-2022

Orienteringssak

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Tilgang til bioingeniører og fødeavdeling på Stokmarknes – *mundlig*

Forslag til vedtak:

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

Framlagte sak tas til orientering.

Bodø, 02. desember 2022

Marit Lind
konstituert administrerende direktør