

Felles regional rapport

BÆREKRAFTIG UTVIKLING AV KOMPETANSE OG KAPASITET I PSYKISK HELSEVERN OG TSB



Foto: Svein Lunde, SUS

OPPSUMMERING

Det er behov for å sikre robuste og stabile fagmiljøer innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I foretaksgruppen Helse Vest er det stor variasjon i spesialistkapasitet. Helse Bergen HF har hatt en tydelig økning i antall leger og psykologer de siste 10 årene. De øvrige helseforetakene i regionen har ikke styrket sin kapasitet i samme grad som Helse Bergen.

Medarbeidere opplever at arbeidsbyrden har økt, at det stadig er mindre tid til å følge opp hver enkelt pasient, inkludert i Helse Bergen. Det formidles om krav til økt aktivitet for å redusere ventelister med mål om å sørge for at pasienter raskere får tilgang til utredning og behandling, uten tilsvarende tilføring av faglig kapasitet. Det formidles også at det pålegges flere oppgaver som ikke er direkte relatert til pasientbehandling, blant annet stadig nye krav til rapportering, for eksempel pakkeforløp/pasientforløp psykisk helse og rus. Medarbeidere rapporterer at høyt arbeidspress er den fremste grunnen til at de forlater tjenestene, eller søker seg til enheter der man er mer skjermet fra for høyt arbeidspress.

Helseforetakene har konstatert at det er utfordrende å beholde og rekruttere tilstrekkelig spesialistkompetanse for å opprettholde et behandlingstilbud med gode stabile fagmiljø og god kvalitet. Det har vært vedvarende høy ekstern turnover for spesialister, som ved flere enheter har utfordret faglig stabilitet. En stor andel av medarbeiderne fortsetter sin yrkeskarriere i privat sektor. Dette fremgår av en rapport utarbeidet i Helse Vest; Ekstern turnover¹.

Det har vært en tiltagende aggressiv rekruttering av medarbeidere fra enkelte private kommersielle aktører, som har forsterket utfordringen med å beholde og rekruttere leger og psykologer i offentlig spesialisthelsetjeneste. Flere enheter har ledige spesialiststillinger. Dette øker arbeidsbelastningen til de gjenværende medarbeiderne.

Veksten i psykologstillinger i kommunehelsetjenesten har hatt som mål å øke forebygging og etablere lavterskeltilbud. Opptrappingsplan for psykisk helse fra 2023 understreker videre behov for utbygging av lavterskeltjenester i kommunene. Samtidig er det flere henvisninger og økende antall oppgaver for spesialister i offentlig spesialisthelsetjeneste, og det en forventning om videre styrking av tjenesten innen PHV og TSB. Nasjonal framskrivningsmodell for aktivitet i PHV og TSB estimerer at *dersom behovet for helsetjenester løses på samme måte som i dag* vil det kreve en styrking av tilbudet i Helse Vest som tilsvarer om lag 10% flere spesialiststillinger over en 20 års periode. Det trekkes også fram at flere pasientgrupper ikke har et tilstrekkelig tilbud i spesialisthelsetjenesten i dag, og at deres tilbud må styrkes på kort sikt.

Riksrevisjon har påpekt at man over tid har hatt utfordringer med å sikre en helhetlig ressursmessig prioritering av sektoren i tråd med politiske føringer. Grunnene til dette

¹ Ekstern turnover (2022)

er sammensatte, men arbeidsgruppen anser det som sentralt at både regionale helseforetak og helseforetak sørger for at sektoren prioriteres i tilstrekkelig grad, slik at en kan oppnå en **balanse mellom ressurser og oppgaver**. For Bedringsundersøkelser fra alle helseforetakene over tid peker på ubalanse mellom ressurser og oppgaver som det største strukturelle enkeltproblemet i sektoren i arbeidet med å rekruttere og beholde personell. Det vil dermed være nødvendig for helseforetakene å arbeide med både utfordringer i tråd med endringene i tjenestebehov i framtiden, men også de strukturelle utfordringene som preger sektoren i nåtid. Hvis man ikke oppnår en balanse mellom oppgaver og ressurser vil tiltakene som foreslås i det følgende ha begrenset effekt.

For å møte utfordringene og fortsatt sikre et tjenestetilbud av høy kvalitet er det nødvendig å benytte handlingsrommet på flere arenaer.

Prosjektet har foreslått konkrete tiltak som på lang sikt vil bidra til en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenester innen PHV og TSB.

- Utarbeide god informasjon til innbyggerne og bygge helsekompetanse gjennom digital infrastruktur.
- Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner/fastleger.
- Bedre samhandling og oppgavefordeling innad i spesialisthelsetjenesten.
- Gjennomføre god og langsiktig planlegging av oppgaver.
- Utvikle og ta i bruk mindre behandlerintensive behandlingsformer.
- Tildele riktige oppgaver til riktige yrkesgrupper.
- Forenkle koding og registrering og unngå unødvendig rapportering.
- Oppdatere og forenkle veiledere og retningslinjer.
- Endre regulatoriske bestemmelser og prioriteringsveiledere.

Det er store ulikheter i organiseringen og behovene i PHBU, PHVO og TSB, mellom poliklinikk og døgnpost, samt mellom behandlingsstedene. Prosjektet kommer ikke med konkrete anbefalinger på hvordan tiltakene skal gjennomføres. Det er viktig at helseforetakene selv sørger for at tiltakene tilpasses den enkelte enhet. I tillegg skal Helse Vest i sin dialog med sentrale myndigheter framheve disse tiltakene, for å understøtte og ikke minst bidra til at tiltakene som er avhengig av nasjonale innsatser og strategier for å lykkes, blir ivaretatt. Dette gjelder spesielt arbeidet med regulatoriske bestemmelser og prioriteringsveiledere, der det er viktig å sikre hensiktsmessig, velregulert og tydelig oppgavedeling mellom sykehus og kommune.

Det skal opprettes felles regionale prosjekt for tiltakene, hvor det sikres god involvering, tilpasning og forankring i avdelingene. Det forutsettes at foretaksgruppen Helse Vest i fellesskap sørger for høy grad av gjennomføring.

Samtidig vil det viktigste tiltaket på kort sikt være å beholde, utvikle og rekruttere faglig spesialistkapasitet. For å oppnå dette er det nødvendig å tilstrebe at ressursene er tilpasset behovene i tjenestene, og at oppgavene som forventes av medarbeidere er tilpasset ressursene. I tillegg må helseforetakene gjennomføre flere kortsiktige målrettede tiltak, som prosjektet har identifisert gjennom fem miniprojekter:

1. Rekruttere flere psykologstudenter.
2. Gi god introduksjon til nye medarbeidere.
3. Beholde og utvikle medarbeidere.
4. Innføre metodebok.no.
5. LiS 1 i tredelt turnus.

Det vil være svært viktig at helseforetakene setter raskt i gang med gjennomføring av de kortsiktige tiltakene for å stabilisere fagmiljøene innen psykisk helsevern og TSB.

Dersom de foreslåtte tiltakene for en langsiktig bærekraftig utvikling gjennomføres, samtidig som helseforetakene beholder og rekrutterer den tilgjengelige faglige kompetansen, vil foretaksgruppen Helse Vest være i stand til å dekke det framtidige behovet for helsetjenester innen psykisk helsevern og TSB i regionen.

INNHOOLD

1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Formål	7
2. Utfordringsbildet	9
2.1 Medarbeidere opplever høy arbeidsbelastning	9
2.2 Styrking av kapasitet i kommunal helsetjeneste og sterk økning i privat sektor utfordrer faglig stabilitet i spesialisthelsetjenesten	12
2.3 Videre behov for tjenester innen psykisk helsevern og TSB	14
3. Mulighetsrom	20
3.1 Strategier og tiltak for en langsiktig bærekraftig utvikling	20
3.2 Kortsiktige tiltak for å beholde og rekruttere kompetente medarbeidere	25
3.3 Regionen kan dekke behovet for helsetjenester innen PHV og TSB	26
4. Konklusjon	30

Vedlegg

Vedlegg 1: Scenariohistorier

Vedlegg 2: Miniprosjekter

Vedlegg 3: Prosjektdirektiv

Vedlegg 4: Gjennomføringsprosess

Vedlegg 5: Analysenotat

Vedlegg 6: Høringssvar til helsepersonellkommisjonen sin rapport fra Helse Vest

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Det er et økende behov for å sikre robuste og stabile fagmiljø som skal yte helsetjenester innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig, spesialisert behandling for pasienter med rus- og avhengighetsproblemer (TSB). Antallet henvisninger har vært økende over flere år, og ekstern turnover har ved flere enheter utfordret faglig stabilitet. Medarbeidere opplever at arbeidsbyrden har vært økende.

I 2020/2021 gjennomførte Riksrevisjonen² en gjennomgang av tilbudet innen psykiske helsetjenester i Norge. I sin rapport påpeker Riksrevisjonen at mange med psykiske lidelser må vente lenge på helsehjelp, og at mange ikke får hjelp når de trenger det. De skriver også at «siden 2014 har det vært et uttalt mål for spesialisthelsetjenesten at psykisk helsevern skal prioriteres over somatikken, målet er også kalt den gylne regel. De regionale helseforetakene har ikke klart å nå målet på seks år.» Tiltak for å beholde, utvikle og rekruttere tilstrekkelig faglig kapasitet er den viktigste prioriteringen.

Helseforetakene konstaterer at det er utfordrende å beholde og rekruttere tilstrekkelig faglig kapasitet for å opprettholde stabile og gode fagmiljø. Robuste fagmiljø er en grunnleggende forutsetning for gode tjenester. En undersøkelse utført i Helse Vest³ viser at psykologer og psykologspesialister er blant yrkesgruppene hvor flest medarbeidere avslutter sitt arbeidsforhold. Medarbeidere rapporterer at høyt arbeidspress er den fremste årsaken til at de velger å jobbe andre steder.

Det er også en utfordring å sikre tilstrekkelig faglig kapasitet gjennom rekruttering. Det er vanskelig å rekruttere leger til ledige utdanningsstillinger (LiS-stillinger). Det er ledige stillinger både innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), psykisk helsevern for voksne (PHVO) og TSB. Det kan medføre at helseforetakene i Helse Vest i økende grad må basere seg på å rekruttere psykologer med lisens. Disse medarbeiderne har tatt utdanningen i utlandet og er ikke autorisert som selvstendig helsepersonell før de har gjennomført lisensperioden. Dette krever tettere oppfølging og er ekstra ressurskrevende for andre medarbeidere. Det er høy grad av uønsket variasjon mellom foretakene innen både spesialistkompetanse og evnen til å rekruttere leger og psykologer.

For å løse det framtidige bemanningsbehovet på en bærekraftig måte er det nødvendig med tiltak og løsninger som kombinerer god kvalitet og pasientsikkerhet med et godt arbeidsmiljø for alle medarbeidere. Det forutsetter ekstra innsats og satsing i Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger, som er den delen av regionen som har størst utfordringer med å beholde og rekruttere medarbeidere.

² Dokument 3:13 (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester

³ [Ekstern turnover \(2022\)](#)

I de regionale helseforetakenes innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023⁴ presenteres flere tiltak som kan bidra til å utvikle helsetjenestene innen PHV og TSB. Det er hensiktsmessig å bygge videre på tiltakene i dette arbeidet. I rapporten ble det pekt på en helhetlig tilnærming til pasientens behov, utredning av organisering og arbeidsdeling (internt i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene), tidlig innsats for barn og unge, og styrket ledelse og bedre kunnskapsgrunnlag.

Helseforetakene er i oppstarten av felles henvisningsmottak, «En vei inn», for psykisk helsevern, for å sikre at alle henvisninger innen PHV blir rettighetsvurdert og tildelt pasientrettigheter av helseforetakene. Det er inngått avtale med profesjonsforeningene «En vei inn/Felles henvisningsmottak» som innebærer at alle henvisninger rettighetsvurderes (gis rett eller ikke rett til utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten). Avtalespesialister vil få «tildelt» pasienter i tråd med forutsetningen som er etablert/under etablering i helseforetakene. Det kan ta noe tid før effektene av reformen kan ses. Det er lagt til grunn at helseforetakene vil få flere henvisninger og at kapasiteten hos avtalespesialistene ikke er samstemt ved oppstarten i hvert av helseforetakene, noe som kan føre til noe lengre ventetid i en overgangsperiode. På sikt har ordningen som mål om samlet god utnyttelse av kapasiteten, at alle henviste pasienter får vurdert sin henvisning i tråd med nasjonale prioriteringsveiledere og gode pasientforløp. Det vil derimot ta tid før en vil se de forventede effektene. Det vises til felles rapport fra de fire regionale helseforetakene, «Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen»⁵.

1.2 Formål

Formålet med prosjektet er å *beskrive en bærekraftig retning for kompetanseutvikling og behov for spesialistkapasitet innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Vest*. Prosjektet skal analysere, vurdere, utfordre og til sist utarbeide en strategisk plan for foretaksgruppen.

Prosjektet skal gi foretaksledelse, ledere og medarbeidere bedre innsikt i det framtidige behovet for faglig spesialistkapasitet innen PHV og TSB, og innsikt i hvilke faktorer som vil spille inn i helseforetakenes evne til å skape bærekraftige fagmiljø. Det skal presenteres langsiktige tiltak som kan bidra til at helseforetakene utvikler og ivaretar kompetanse og løser bemanningsbehovet på en *bærekraftig måte*. En god balanse mellom oppgaver og ressurser er avgjørende for å oppnå bærekraft. God oppgavedeling mellom tjenestenivå og yrkesgrupper, samt tydelighet på hvem som gjør hva, vil ha avgjørende betydning. I tillegg bør arbeidsprosesser effektiviseres, og man bør utnytte mulighetsrommet som digitalisering skaper.

⁴ Innspill til nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 (2019)

⁵ [Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen \(2022\)](#)

Prosjektet skal også anbefale tiltak som på kort sikt kan bidra til å rekruttere og beholde spesialistkompetanse i helseforetakene. Målet er at helseforetakene i Helse Vest dekker behovet for faglig kompetanse i PHV og TSB, samtidig som krav til kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas, og samtidig som medarbeidere opplever et godt arbeidsmiljø med en rimelig balanse mellom oppgaver og ressurser.

Prosjektdirektiv for prosjektet kan leses i [Vedlegg 3](#).

2. UTFORDRINGSBILDET

2.1 Medarbeidere opplever høy arbeidsbelastning

De fire helseforetakene i Helse Vest tilbyr spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og TSB til regionens 1,1 millioner innbyggere. Dette skjer i samarbeid med de private ideelle virksomhetene i regionen; Betanien sykehus, Jæren DPS, Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Solli DPS og Voss DPS, samt øvrige private aktører og en rekke avtalepsykologer og -psykiatere.

I 2022 var det totalt 1574 spesialister og leger/psykologer i spesialisering knyttet til PHV og TSB i Helse Vest.

Antall medarbeidere i 2022

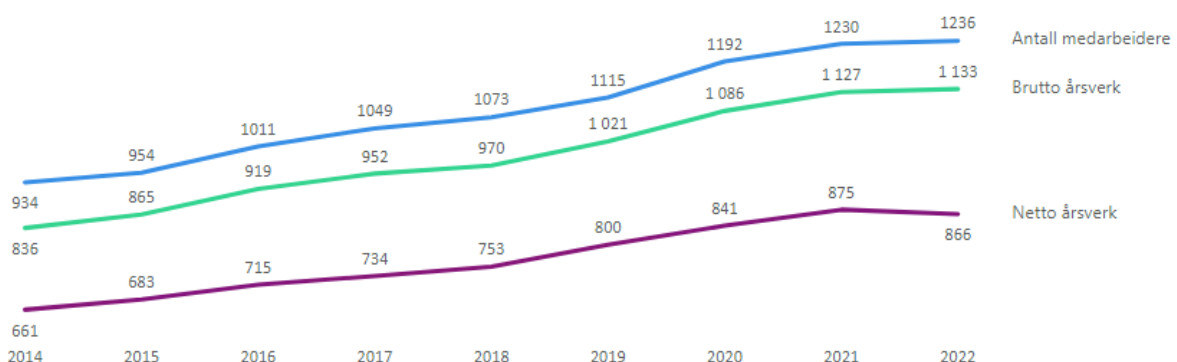
Helseforetak	BUP	TSB	VOP	Private ideelle	Avtalepraksis	Total
Helse Bergen HF	200	104	327	170	72	870
Helse Fonna HF	60	8	129		15	202
Helse Førde HF	44	1	67		9	116
Helse Stavanger HF	122	27	170	39	33	386
Total	427	139	692	209	129	1 574

Tabell 1: Antall spesialister og leger/psykologer i spesialisering i Helse Vest i 2022. Kilde: Agresso og rapporterte tall fra private ideelle og avtalespesialister.

Spesialistene har det overordnede faglige ansvaret for utredning og behandling av pasienter i helseforetakene. Tilstrekkelig spesialistkompetanse er en forutsetning for å dekke behovet for spesialisthelsetjeneste innen PHV og TSB, og er nødvendig for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.

Helseforetakene har hatt en vekst av spesialister og leger/psykologer i spesialisering i tråd med befolkningsutvikling. Helse Bergen HF har hatt den største veksten, med en økning på rundt 5% årlig fra 2014.

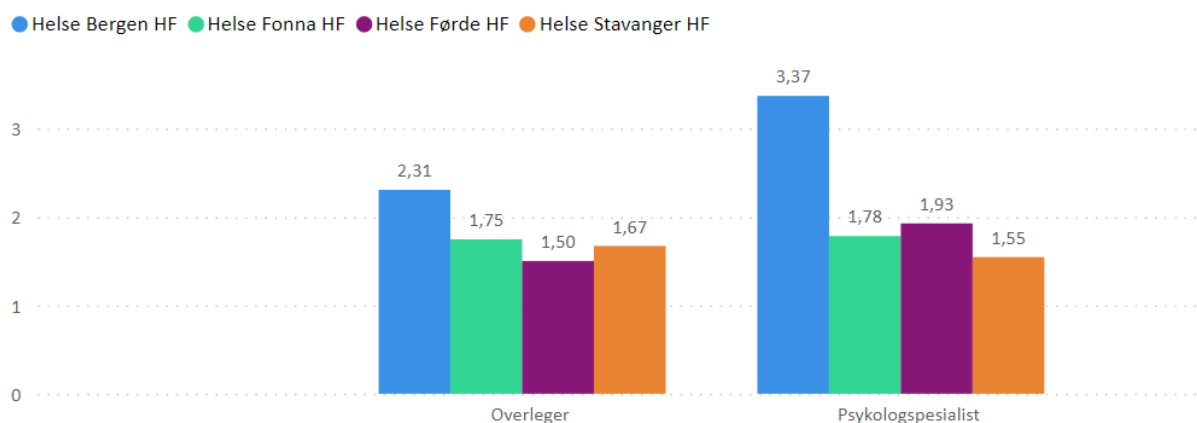
Historisk utvikling medarbeidere



Figur 1: Utvikling av spesialister og leger/psykologer i spesialisering i helseforetakene i Helse Vest. Kilde: Agresso.

Sett opp mot befolkning er det uønsket høy variasjon i spesialistkompetanse mellom foretakene, spesielt med tanke på psykologspesialister. Helse Bergen har dobbelt så mange psykologspesialister per innbygger som de andre foretakene, noe som utfordrer målet om et likeverdig helsetilbud til befolkningen. Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde formidler at deres klinikker har en høy andel lisenspsykologer ansatt i ordinære psykologstillinger. Disse medarbeiderne setter økt press på andre medarbeidere som følge av krav til veiledning, oppfølging og rulling.

Utførte årsverk per 10 000 innbygger



Figur 2: Antall utførte spesialistårsverk i 2022 pr 1000 innbygger (faktisk utførte arbeidstimer) for de fire helseforetakene, ekskludert regionale funksjoner. Kun offentlig helsetjeneste. Helse Bergen har en høyere andel spesialister per innbygger. Kilde: Agresso.

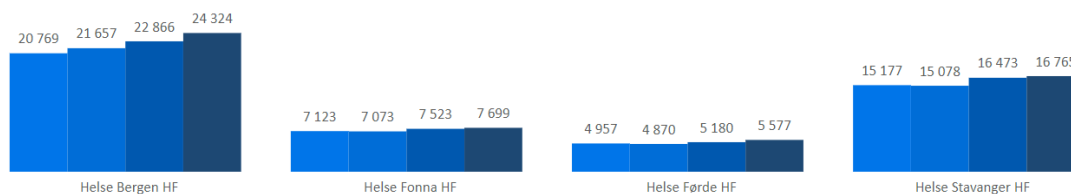
Medarbeidere i klinikkene formidler om en stadig mer krevende arbeidshverdag, hvor det er mindre tid til å følge opp hver enkelt pasient. Dette kommer blant annet av krav om høyere aktivitet, økt antall pasienter, krav til lavere andel pasienter som ikke får rett til helsehjelp, samhandling med kommunehelsetjenesten, krav om vurderingssamtaler for alle henviste pasienter, krav om kortere ventetider, høyere krav til kvalitet gjennom registrering og normering av pasientforløp, økt registeringsbyrde, endringer i lovkrav som fører til flere dømte til behandling samt endringer i sykkelighet i befolkningen, både over tid og gjennom pandemien.⁶

I PHBU har det i etterkant av pandemien vært en sterk økning i antall nye henvisninger, uten at faglig spesialistkapasitet har økt i samme takt. Dette fører til lengre opphold mellom hver pasientkonsultasjon. Medarbeidere formidler at de ikke har kapasitet til å gi oppfølging til pasienter hyppig nok til at behandlingen har ønsket effekt. Helseforetakene og RHF-et har vært bekymret for situasjonen og har understreket at det har vært en krevende situasjon for medarbeiderne som har ansvar for disse pasientene.

⁶ sak-05521-vedl.-1-plan-for-styrking-av-helsetjenester-i-fengsel.pdf (helse-vest.no)

Historisk utvikling av antall pasienter

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022



Figur 3: Antall pasienter i behandling i foretaksgruppen Helse Vest - inkludert private ideelle og avtalespesialister. Kilde: Norsk pasientregister (NPR)

I PHVO har det over en lengre periode vært en dreining fra døgnbehandling til poliklinisk behandling, med tilsvarende nedgang i antall døgnplasser. I Helse Vest er det 40% færre døgnplasser i dag enn i 2002⁷. Medarbeidere formidler at pasienter skrives ut tidligere enn ønsket på grunn av mangel på plass ved døgnposter. Samtidig har det vært en betydelig økning i antall pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern de siste 10 årene. Denne gruppen krever en stadig høyere andel av døgnplassen i sikkerhetspsykiatrien, med langvarig behandling. Det foretrekker andre svært syke pasienter som burde hatt et tilbud innen sikkerhetspsykiatrien. Ny lov om tvungent psykisk helsevern fra 2017 har ført til økte krav til dokumentasjon i tvangssaker, og dette krever stadig mer av den faglige kapasiteten. I døgnbehandling viser nyere nasjonal statistikk at antallet tvangsvedtak øker⁸, noe som legger beslag på tid og ressurser hos leger og psykologspesialister. Dette går på bekostning av oppfølging av pasienter med behov for tett oppfølging sammen med kommunehelsetjenesten. Av alle døgnopphold i voksenpsykiatrien i Helse Vest, genererte 14,5% av oppholdene en reinnleggelse mellom 2018 og 2022⁹.

I tillegg til økt behov for helsetjenester beskriver medarbeidere at de bruker mer tid enn tidligere på andre oppgaver enn direkte pasientbehandling. Andre viktige oppgaver enn direkte pasientbehandling, som veiledning, undervisning og tverrfaglige møter, har også anerkjennelse i fagmiljøene. Imidlertid fører nye krav til rapportering som ikke kan knyttes til elektronisk pasientjournal (EPJ) til behov for dobbeltregistrering – eksempelvis til nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS) og register for pakkeforløp/pasientforløp PHV og TSB. Dette er ressurskrevende og oppleves lite klinisk meningsfullt. Samtidig er det en gjennomgående tilbakemelding at EPJ-funksjonaliteten medarbeiderne har tilgjengelig er lite brukervennlig og med lav automatiseringsgrad. En kartlegging gjort av prosjektet viser at medarbeidere bruker mellom 1 og 2 timer i uken på registrering og rapportering. En lignende undersøkelse ved poliklinikker for PHVO i Helse Stavanger HF¹⁰ viser at medarbeidere bruker i gjennomsnitt 5,6% av sin tid på rapportering som ikke oppleves meningsfullt.

⁷ 04511: Psykisk helsevern for voksne, etter region, år og statistikkvariabel. Statistikkbanken (ssb.no)

⁸ Bedre beslutninger, bedre behandling - regjeringen.no

⁹ Lokal rapport: Reinnleggingar - Power BI Report Server (helse-vest.no)

¹⁰ Analyse av dagens situasjon på de allmenne poliklinikkene i KPHV HST, 2020

Det er et pågående arbeid med å vurdere krav til registrering for det som skal bli nasjonale pasientforløp. Nasjonale evalueringer¹¹ så langt indikerer at pakkeforløpene i liten grad fungerer etter hensikten, og oppleves som lite meningsfulle.

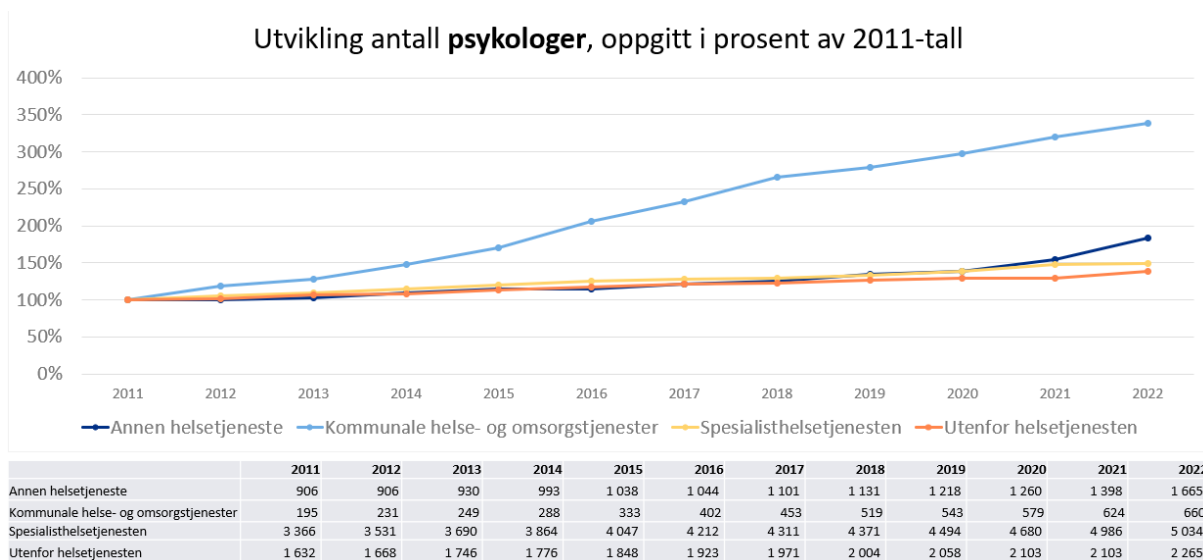
Helseforetakene har en utfordrende økonomisk situasjon. Det siste året har tjenestene innen psykisk helsevern og TSB i flere helseforetak opplevd å måtte redusere antall medarbeidere. Dette legger ytterligere press på de gjenværende medarbeiderne. Samtidig har det vært en dreining der spesialister har utført andre gruppers arbeid. Eksempelvis har pasienter med omfattende økonomiske utfordringer fått bistand fra spesialister selv om dette er en oppgave andre grupper har rett kompetanse til. Et eksempel er at spesialister blir sosionomer og sosionomene blir delvis behandlere.

2.2 Styrking av kapasitet i kommunal helsetjeneste og sterk økning i privat sektor utfordrer faglig stabilitet i spesialisthelsetjenesten

Gjennom undersøkelsen Ekstern turnover, utført av Helse Vest i 2022, kommer det fram at psykologer og psykologspesialister er blant yrkesgruppene i helseforetakene med høyest andel turnover, med henholdsvis 12,4% og 6,8% årlig. Om lag 60% av psykologene og 75% av psykologspesialistene som avslutter sitt arbeidsforhold i helseforetakene fortsetter sin karriere utenfor offentlig spesialisthelsetjeneste, enten i kommersiell sektor, i ideell sektor eller i kommunal sektor. Interne undersøkelser fra blant annet Helse Stavanger antyder at et gjennomgående tema for de som slutter er ønsket om å få en bedre arbeidshverdag, med mindre omfattende krav til den enkeltes profesjonsutøvelse, og større grad av frihet i arbeidshverdagen.

Undersøkelsen viser at 27% av psykologer og psykologspesialister fortsetter sin yrkeskarriere i kommunal sektor. Som en del av regjeringens handlingsplan for kvalitet og kompetanse i kommunal helse og omsorgstjeneste har det vært et mål om at alle kommuner skal ha tilgang til psykologkompetanse. Kommunene har over en lengre periode rekruttert psykologer og psykologspesialister, som i stor grad er rekruttert fra offentlig spesialisthelsetjeneste. Kommunene har hatt en prosentvis høy vekst på grunn av et lavt antall psykologer i utgangsåret. Spesialisthelsetjenesten har hatt den høyeste veksten i antall psykologer. Det har likevel ikke vært mulig å erstatte tapt faglig kapasitet i samme tempo som veksten i andre sektorer har blitt forsterket.

¹¹ [Microsoft Word - Rapport 2 pakkeforløp revidert 1 mars \(helsedirektoratet.no\)](#)

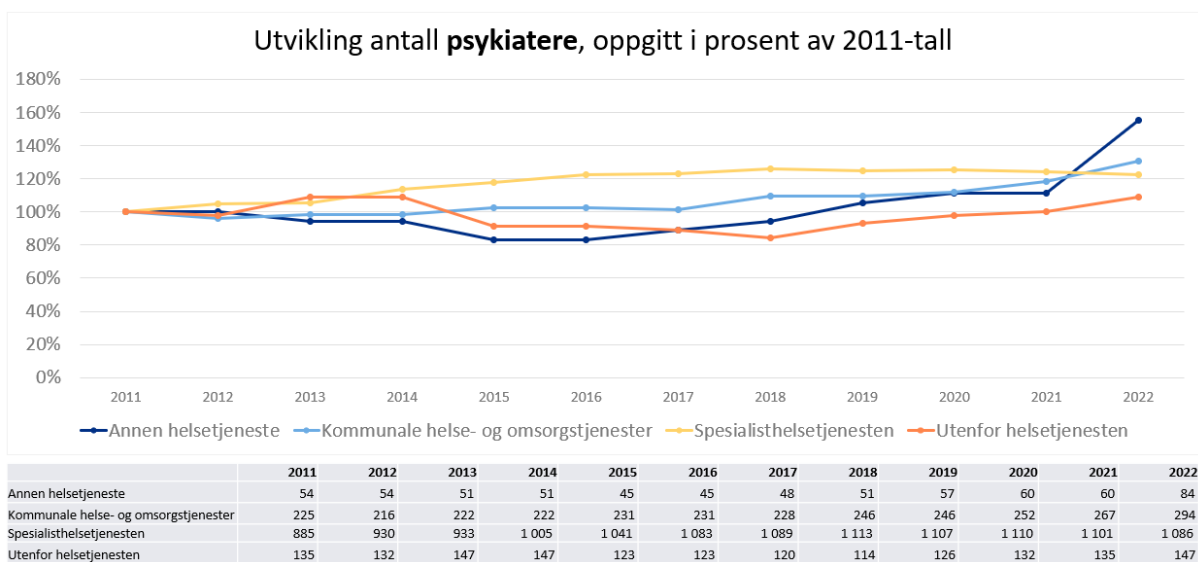


Figur 4: Kommunale helsetjenester har styrket sin psykologkapasitet over en 10 års-periode. Nasjonale tall. Kilde: SSB.

I den senere tiden har det vært en tiltagende aggressiv rekruttering av medarbeidere fra enkelte private kommersielle aktører, blant annet fra bemanningsbyråer og andre nye forretningskonsepter. Medarbeidere oppsøkes direkte, og mottar uoppfordret tilbud om ansettelse i andre virksomheter, med tilbud om høyere lønn, tilpasset arbeidstid og ansettelsesbonus. En lang rekke aktører knytter til seg ansatte i helseforetakene som selvstendig næringsdrivende og tilbyr disse igjen enten som vikarer til helseforetak, som del av tilbud til Helfo, eller som helt private tilbud. Denne situasjonen forsterker arbeidsbelastningen for dem det gjelder og hindrer rekruttering og ansettelse i utdanningsstillinger. De regionale helseforetakene gjennomfører flere tiltak for å få oversikt over situasjonen, blant annet er det gjennomført 3. parts revisjoner blant rammeavtaleleverandører.¹²

I tillegg har det vært utfordrende å sikre tilstrekkelig faglig kapasitet gjennom rekruttering. Det er vanskelig å rekruttere leger til ledige utdanningsstillinger (LiS-stillinger), og i tre av fire helseforetak ansettes lisenspsykologer i psykologstillinger. Flere av avdelingene har ledige stillinger både for psykologer og psykiatere.

¹² [Sykehusinnkjøp HF \(sykehusinnkjop.no\)](http://sykehusinnkjop HF (sykehusinnkjop.no))



Figur 5: I 2022 er det en kraftig økning i antall psykiatere i annen helsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten er den eneste tjenesten med reell nedgang i antall psykiatere i 2022. Nasjonale tall. Kilde SSB

Kombinasjonen av høy ekstern turnover og utfordringer med å rekruttere nye medarbeidere i utdanningsstillinger fører til økt belastning for de gjenværende medarbeiderne. Hyppig utskiftning av medarbeidere fører til et ustabil faglig miljø, med direkte negative effekter på arbeidsmiljøet, som igjen gjør det utfordrende å beholde tilstrekkelig faglig kapasitet.

Uønsket turnover reduserer faglig kapasitet og krever kontinuerlig opplæring av nye medarbeidere. I tillegg må de medarbeidere som er igjen ta over pasienter for medarbeidere som slutter. Dette påvirker pasientforløpene og kapasiteten til å utrede/behandle nyhenviste pasienter. Medarbeidere må prioritere introduksjon, opplæring og oppfølging av nye medarbeidere, som igjen reduserer mulighetene for god utnyttelse av faglig kapasitet. Dersom medarbeidere tiltrekkes til kommunal og privat sektor framfor spesialisthelsetjenesten vil det forsterke situasjonen. Konkurransen mellom helseforetak og kommune er sammensatt, da kommune og spesialisthelsetjeneste er gjensidig avhengige av hverandre, og man trenger god kompetanse og kapasitet på begge tjenestenivå. Dersom det ikke er balanse mellom tilstrømming av medarbeidere til de ulike sektorene kan resultatet bli at helseforetakene har ansvar for at psykologer oppnår sin spesialisering og at legene blir spesialister, men raskt mister den faglige kompetansen. På sikt vil det være en høy risiko for at helseforetakene ikke kan sikre tilstrekkelig faglig kapasitet *for de pasientene som trenger det aller mest*, som vil være en alvorlig situasjon.

2.3 Videre behov for tjenester innen psykisk helsevern og TSB

Høsten 2022 ble det lagt fram en revidert versjon av nasjonal framskrivningsmodell for PHV og TSB¹³. Modellen estimerer behov for spesialisthelsetjenester i et 20 års-perspektiv, og legger føringer for videre arbeid og prioriteringer i tjenesten, inkludert behov for faglig spesialistkompetanse innen PHV og TSB. Modellen tar høyde for at

¹³ [Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(2022\)](#)

dagens tilbud ikke dekker det faktiske behovet for helsetjenester for enkelte pasientgrupper¹⁴, og framskrivningen gjenspeiler delvis gapet mellom tilgjengelig personell og faktisk personellbehov i dag.

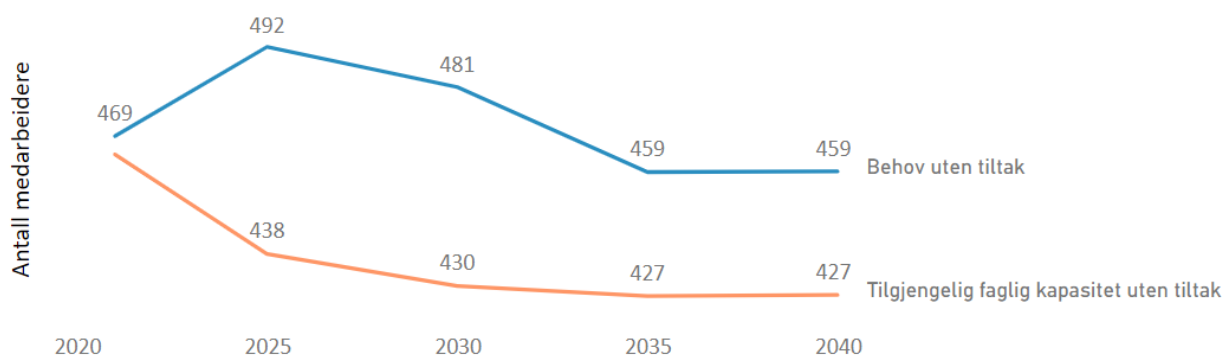
Dette delkapittelet adresserer de viktigste konsekvensene av nasjonal framskrivningsmodell, og hvordan dette vil påvirke behovet for faglig kompetanse i Helse Vest.

For **psykisk helsevern for barn og unge** anslår framskrivningsmodellen at det er behov for å legge til rette for en generell økning av tilbudet, med en særlig styrking av det politikliniske tilbudet. Dette tilsvarer til sammen om lag 10% økning av poliklinisk kapasitet over 20 år. Samtidig er det ønsket en fortsatt dreining fra døgnbehandling til poliklinisk oppfølging og FACT (fleksibel aktiv oppsøkende behandling). Kommunene har over tid bygd opp sin kapasitet, og det er viktig at denne kapasiteten brukes til klinisk arbeid i lavterskeltilbud for lettere psykiske lidelser.

I framskrivningsmodellen er det lagt spesielt vekt på styrking av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser. Denne pasientgruppen utgjør 30% av samlet forbruk av liggedøgn i PHBU. Modellen anbefaler en umiddelbar styrking av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser, sammen med en videre årlig styrking fram mot 2040.

Figur 6 viser behovet for spesialistkompetanse i BUP i Helse Vest dersom tjenesten utvikles som presentert i nasjonal framskrivningsmodell og *behovet for helsetjenester blir løst på samme måte som i dag*. På grunn av forventet endring i demografisk sammensetning vil det totale behovet for spesialistkompetanse i PHBU nå dagens nivå i løpet av en 20 års-periode.

Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for BUP



Figur 6: Forventet utvikling i behov for og tilgjengelig faglig kapasitet i BUP dersom helsetjenester blir løst på samme måte som i dag, og hvis dagens nivå av ekstern turnover fortsetter. Inkludert private ideelle og avtalespesialister. Utgangspunktet i 2021 har ikke tatt stilling til om det er balanse mellom behov og tilgjengelig kompetanse. Kilde: Nasjonal bemanningsmodell.

For **psykisk helsevern for voksne** anbefaler revidert framskrivningsmodell en styrking av behandlingstilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser (psykose, bipolare

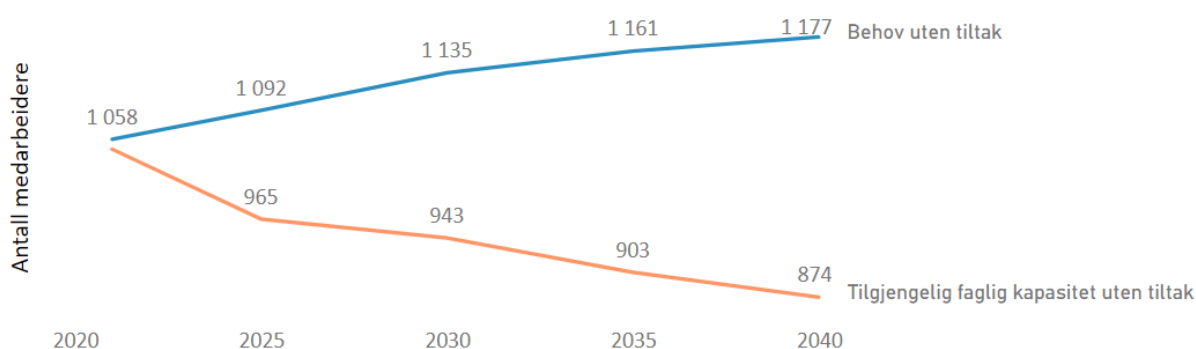
¹⁴ Spiseforstyrrelser, alkoholrelaterte lidelser, tilpasningsforstyrrelser og eldre.

lidelser og alvorlig depresjon), på kort og mellomlang sikt. I framskrivningsmodellen er det foreslått en videre dreining fra døgnbehandling til poliklinisk behandling og FACT.

Pasienter med psykose er den gruppen pasienter som krever den største andelen av behandlerkapasiteten i VOP, blant annet på grunn av et høyt forbruk av døgnbehandling. Om lag 17% av den faglige spesialistkompetansen i tjenesten i Helse Vest går med til oppfølging og behandling av pasienter med psykose. Samtidig har denne pasientgruppen høy andel reinnleggelser i dag. En styrking av tilbudet til denne gruppen vil kreve en sterk økning i faglig ressurser.

I tillegg til en styrking av tilbudet til pasienter med alvorlige lidelser anbefales en generell årlig vekst i perioden. Det totale behovet for spesialister innen VOP i Helse Vest basert på utviklingen i nasjonal framskrivningsmodell presenteres i Figur 7.

Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for VOP



Figur 7: Forventet utvikling i behov for og tilgjengelig faglig kapasitet i VOP dersom helsetjenester blir løst på samme måte som i dag, og hvis dagens nivå av ekstern turnover fortsetter. Inkludert private ideelle og avtalespesialister. Utgangspunktet i 2021 har ikke tatt stilling til om det er balanse mellom behov og tilgjengelig kompetanse. Kilde: Nasjonal bemanningsmodell.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et ungt fagområde med behov for kompetanseheving og videreutvikling av basistjenester.

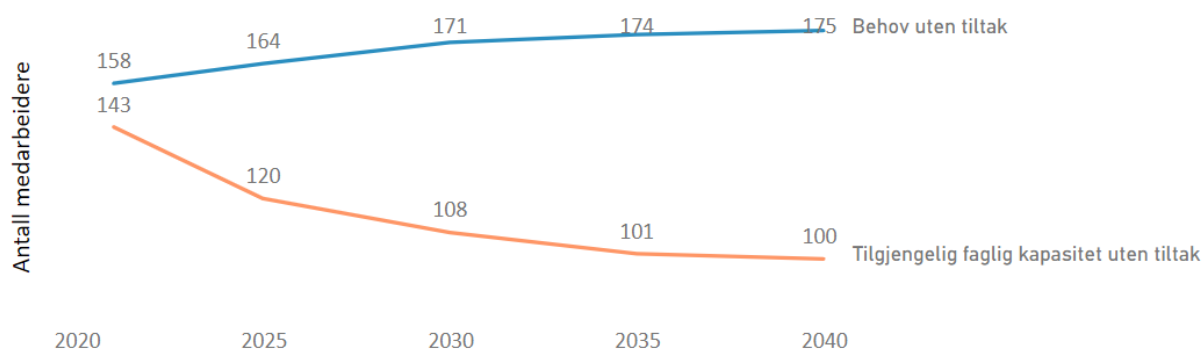
Framskrivningsmodellen legger til grunn at forekomsten av alkoholrelaterte lidelser er høyere enn dagens forbruk av helsetjenester tilsier. Det estimeres at behovet for polikliniske kontakter for denne pasientgruppen er 35% høyere i Helse Vest enn dagens tilbud. Totalt for 20 års-perioden, inkludert demografisk utvikling, utgjør dette 50% flere konsultasjoner for denne pasientgruppen enn dagens nivå.

Det er også for TSB foreslått en årlig styrking av det polikliniske tilbudet for alle pasientgrupper, samt en dreining fra døgnbehandling til poliklinisk behandling og FACT. Dette utgjør en 12% økning i behov for spesialistkompetanse på poliklinikk, hvor hoveddelen av dette er knyttet til styrking av tilbudet til pasienter med alkoholrelaterte lidelser.

Da TSB er det fagområdet med størst variasjon av spesialistdekning, vil behovene og tiltakene være større med tanke på variasjon mellom helseforetakene (se Tabell 1).

Pasientgruppen med høyest aktivitet innen TSB er pasienter i LAR-behandling. Det er estimert en økning på 13% for denne pasientgruppen. Ettersom mye av oppfølgingen av denne pasientgruppen utføres av annet helsepersonell, hovedsakelig sykepleiere og sosionomer, vil ikke dette i samme grad påvirke behovet for spesialistkompetanse. Det vil imidlertid kreve økt faglig kapasitet innen andre yrkesgrupper som sykepleiere, vernepleiere og sosionomer, og noe økt behov for spesialistkompetanse.

Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for TSB

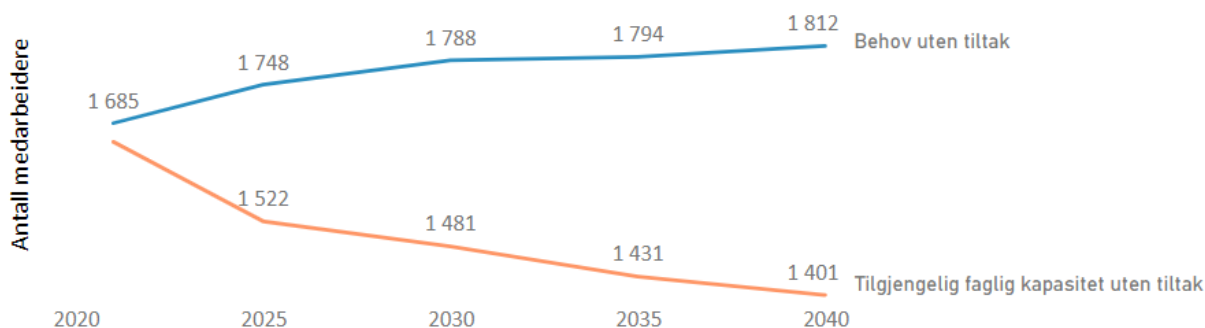


Figur 8: Forventet utvikling i behov for og tilgjengelig faglig kapasitet i TSB dersom helsetjenester blir løst på samme måte som i dag, og hvis dagens nivå av ekstern turnover fortsetter. Inkludert private ideelle og avtalespesialister. Utgangspunktet i 2021 har ikke tatt stilling til om det er balanse mellom behov og tilgjengelig kompetanse. Kilde: Nasjonal bemanningsmodell.

Oppsummert vil det ifølge nasjonal framskrivningsmodell være behov for å øke spesialistkapasiteten i Helse Vest med om lag 10% fra i dag til 2040, inkludert private ideelle og avtalespesialister. Hoveddelen av denne økningen er forventet å inntreffe på kort sikt, med en anbefaling om rask styrking av tilbudet fram mot 2025.

For de mindre helseforetakene betyr dette en kraftig styrking på kort sikt, og deretter en nedgang på lengre sikt, når den forventede demografiske utviklingen reduserer behovet for helsetjenester. For de store helseforetakene betyr det en jevn styrking av tilbudet gjennom hele framskrivingsperioden.

Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for alle tjenesteområder



Figur 9: Utvikling i behov for faglig kapasitet basert på nasjonal framskrivningsmodell, dersom tjenestene organiseres på samme måte som i dag, og hvis dagens nivå av ekstern turnover fortsetter. Inkludert avtalespesialister og private ideelle. Utgangspunktet i 2021 har ikke tatt stilling til om det er balanse mellom behov og tilgjengelig kompetanse. Kilde: Nasjonal bemanningsmodell.

Dersom vi fortsetter å organisere tjenesten som i dag vil styrking av psykiatri og rus kreve en tilsvarende økning i bemanningsbehov. *Figur 9* viser utvikling i behov for- og tilgjengelig faglig kompetanse dersom behovet for helsetjenester løses *på samme måte som i dag*. Det innebærer at **oppgavene løses på samme måte som dagens praksis**, og at det er **ingen endring i oppgavedeling** mellom sektorer, fagområder eller yrkesgrupper. Det er lagt til grunn at klinikkene opprettholder samme antall LiS-stillinger som i dag, og at alle ferdigutdannede LiS får en overlegetstilling i samme helseforetak. Det er også lagt til grunn at alle psykologstudenter som uteksamineres i regionen blir ansatt i helseforetak for en periode som er nødvendig for å bygge opp tilstrekkelig faglig kapasitet i helseforetakene¹⁵.

En oversikt over utvikling per helseforetak er presisert i Vedlegg 5: Analysenotat.

Behov for tjenester innen psykisk helsevern og TSB er i større grad styrt av samfunnsmessige og politiske drivere enn de somatiske fagene. *Det vil derfor knytte seg stor usikkerhet* til framskrivning av aktivitet og behov i PHV og TSB. Framskrivningen er basert på SSB sin demografiske framskrivning med middels utvikling i fruktbarhet, forventet levealder og netto innvandring. Det er ikke tatt høyde for en fortsettelse av dagens geopolitiske situasjon og en mulig fortsatt høy migrasjon.

En forutsetning i nasjonal framskrivningsmodell er; «styrke tilbudet» er ensbetydende med å øke aktiviteten. Framskrivningsmodellen tar i liten grad stilling til om aktiviteter som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten kan tilbys utenfor helseforetakene ved bruk av selvhjelpsprogrammer og internettassistert behandling, eller endringer i fordeling av oppgaver mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Eksempelvis ved at kommunene i større grad benytter veksten av psykologer til å sørge for at innbyggere med milde og moderate psykiske utfordringer får oppfølging i kommunal regi.

Framskrivningen av bemanning forutsetter at ressursene brukes på samme måte som de gjør i dag. Den tar ikke høyde for om ressursene brukes effektivt eller ikke, tar ikke stilling til nye utrednings- og behandlingsmetoder eller ny og bedre oppgavedeling, og tar heller ikke hensyn til variasjon mellom helseforetakene. Framskrivningen viser heller ikke tydelig nok geografiske variasjoner på samme måte som når en vurderer faktiske forhold ved det enkelte helseforetak.

Dette gjør at framskrivningen bli overordnet og sannsynligvis høyst unøyaktig. Like fullt vises mulige konsekvenser dersom det ikke settes inn tiltak umiddelbart. Dersom tjenesten fortsetter å løse behovene på samme måte som i dag, vil en styrking av tilbudet innen PHV og TSB i den skala som anbefales i nasjonal framskrivningsmodell kreve en videre økning av spesialistkompetanse for alle fagfelt. Med dagens nivå ekstern turnover og utfordringer med å rekruttere nye medarbeidere vil *helseforetakene i foretaksgruppen Helse Vest ikke være i stand til å møte det framtidige behovet for spesialisthelsetjenester.*

¹⁵ Kandidatmåltall for psykologstudenter ved Universitetet i Bergen er 80 pr år.

Det vil være helt nødvendig å utvikle nye måter å arbeide på, og å sikre tilstrekkelig personellressurser gjennom å skape bærekraftige arbeidsforhold og robuste fagmiljø som igjen bidrar til og attraktivt fag- og arbeidsmiljø.

Dette blir også understreket i Helsepersonellkommisjonen sin utredning. Den forventede demografiske utviklingen fører til en nedgang av innbyggere i arbeidsfør alder. Helsepersonellkommisjonen viser til at det vil bli større konkurranse om den tilgjengelige arbeidskraften i alle sektorer og mellom alle sektorer.

Helsepersonellkommisjonen sin rapport gjengir prognoser fra SSB som anslår rikelig tilgang på psykologer og balanse i etterspørsel etter leger, samtidig som disse prognosene historisk har vist seg å ikke inntreffe. Det er viktig å bemerke at framskrivninger ikke gir en fasit på utviklingen i tiårene som ligger foran oss. Arbeidsmarkedet er vanskelig å forutsi, det varierer betydelig, og er avhengig av mange forhold

Helse Vest har i sin felles høringsuttalelse lagt vekt på at Helseforetakene bør likebehandles med hensyn til rekrutteringsutfordringene i fremtiden. Slik det er beskrevet i kommisjonens rapport kan det forstås slik at andre næringer og bransjer skal ha fortrinn i arbeidsmarkedet. Helse Vest forutsetter at helseforetakene skal ha like vilkår i arbeidsmarkedet og kan spille på hele virkemiddelapparatet for å sikre en god offentlig spesialisthelsetjeneste. De viktige uttalelsene i Helse Vest sin høringsuttalelse er lagt til grunn i dette arbeidet. Se Vedlegg 6: Hørings svar til helsepersonellkommisjonen sin rapport fra Helse Vest.

I tillegg er det understreket at samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten legger til grunn at sektorene opptrer som samarbeidspartnere. Det er et felles ansvar som skal løses av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som krever tydelig samordnet mandat og forutsigbar, velregulert og tydelig oppgavedeling.

3. MULIGHETSROM

3.1 Strategier og tiltak for en langsiktig bærekraftig utvikling

For å dekke det framtidige behovet for helsetjenester innen PHV og TSB og opprettholde god kvalitet og pasientsikkerhet er det nødvendig å tenke nytt rundt hvordan tjenesten organiseres. For å opprettholde en bærekraftig utvikling av helsetjenestene er det behov for en langsiktig strategi som tar høyde for et samfunn i stadig endring.

I delprosjektet «Strategisk kompetanseplanlegging» har arbeidsgruppen utforsket fire framtidsscenarioer som hver på sin måte skisserer endringer som kan påvirke behovet for faglig spesialistkapasitet i PHV og TSB på lang sikt. Scenarioene illustrerer mulighetsrommet for organisering i sektoren innen flere temaer.

Det presiseres at det ikke er tatt stilling til om scenarioene er realistiske eller gjennomførbare. Scenarioene representerer en ønsket framtid hvor tjenesten fungerer vesentlig bedre enn nå. Uavhengig av disse forutsetningene inneholder scenarioene beskrivelse av hva som kan være gode strategiske mål for tjenesten. Formålet med scenarioene er å synliggjøre hva som kan bidra i en nødvendig og ønsket utvikling og hvordan tjenesten kan organiseres best mulig, for å gi rom for å diskutere effekten av de ulike tiltakene. Uten et grundig underlag og scenarioer i kombinasjon med framskrivninger er sannsynligheten svært høy for at tjenesten ikke setter i verk tiltak tidlig nok for å sikre en robust faglig kapasitet og gode fagmiljø med et godt arbeidsmiljø. Scenarioene er ingen fasit, men det gir likevel gode beskrivelser av viktige tiltak og strategiske mål.

Scenarioene kan leses i sin helhet i Vedlegg 1: Scenariohistorier.

Scenario 1: Forutsigbare, sammenhengende, planlagte og helhetlige pasientforløp

- Samarbeid om forebyggende arbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester og tydelig definerte retningslinjer for hvor pasienter skal få oppfølging. Dette reduserer unødvendig bruk av spesialisthelsetjenester og gir spesialisthelsetjenesten mulighet til raskere utredning og behandling for pasienter som har størst behov for spesialisthelsetjenester.
- Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester får tett og samtidig oppfølging av både kommune og spesialisthelsetjeneste, og det legges til rette for arenafleksibel behandling. Pasientene får helhetlige, sammenhengende, forutsigbare og planlagte pasientforløp der hver av sektorene spiller på lag.

Scenario 2: God utnyttelse av ny faglig kunnskap og nye behandlingsmetoder

- Pasientene har mulighet til å bidra i valg av behandlingsform, og det er flere behandlingsmetoder å velge mellom.

- Det skapes mer kunnskap om ikke-medikamentelle behandlingsformer, Behandlingsformene tas i bruk dersom det foreligger kunnskapsgrunnlag og god kost-nytte-effekt.
- Nye, persontilpassede medisiner gir bedre effekt og færre bivirkninger, og psykologiske behandlingsformer personaliseres.

Scenario 3: Digitalisering og nye behandlingsverktøy gjør behandlingen lettere tilgjengelig og gir rom for bedre pasienttilpasning

- Pasienter med moderate lidelser som har nytte av det, får behandling gjennom en kombinasjon av teknologi og ordinære tjenester.
- Telefon- og videokonsultasjoner er mindre byrdefullt og reduserer reisetid for pasienten. Selvhjelpsprogrammer, terapeutveiledet internettbehandling, digital psykoedukasjon og VR/avatar-terapi er aktivt brukt i behandlingen, samt i ventetidsperioden.
- Pasienter med behov for langvarige tjenester følges opp ved hjelp av digital, skjemabasert monitorering. Oppfølging tilpasses pasienten i ulike sykdomsfaser.
- Teknologiske løsninger utvikles på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste, og gjøres tilgjengelig gjennom nasjonale plattformer.

Scenario 4: Avklart oppgavedeling og god oppgaveplanlegging

- Det er balanse mellom oppgaver og ressurser i tjenesten for den enkelte medarbeider.
- Nye medarbeidere har gode introduksjonsprogrammer, og får tett oppfølging av erfarne spesialister.
- Det arbeides gjennomgående i team der alle medarbeidere har klart definerte oppgaver.
- Det etableres gode oppgavemønstre og oppgaveplaner slik at aktiviteten planlegges godt. Det legger grunnlag for at klinikere får støtte til oppgaver andre kan avlaste dem med.
- Spesialister har mulighet til å fordype seg i fagutvikling og forskning.
- Ledere har satt av tid til å følge opp medarbeidere, og er tydelig involvert i fagutvikling og forskning.

For å utnytte det fulle potensialet og mulighetsrommene som er beskrevet i framtidsscenarioene er det nødvendig å se historiene i sammenheng. Ved å ta med seg momenter fra alle de fire framtidshistoriene er det mulig å oppnå en utvikling som er bærekraftig i et generasjonsperspektiv, samtidig som arbeidsbelastningen for den enkelte medarbeider er rimelig.

Prosjektet har beskrevet det framtidsscenarioet som på lang sikt vil gjøre det mulig å opprettholde tilstrekkelig faglig spesialistkapasitet innen PHV og TSB på en bærekraftig måte, som samtidig ivaretar høye krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

Målbilde: En bærekraftig utvikling som bygger på stabile gode fagmiljø, rekrutterer, utdanner og beholder faglig kapasitet.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene har utviklet gode arenaer for samhandling for kommunens innbyggere som trenger tilbud om utredning og behandling. Kommunene har godt utbygde tilbud til innbyggere med milde psykiske utfordringer og rusutfordringer, og rett til spesialisthelsetjenester vurderes i sammenheng med det kommunale tilbudet. Det er tydelig definerte retningslinjer for hvem som skal gi tjenester til innbyggere med ulike behov. Det er opprettet lokale nettverk som møtes i jevnlig samarbeidsmøter hvor det er rom for å drøfte konkrete problemstillinger, og hvor spesialister veileder og gir råd til kommunens instanser. Dette har ført til et kompetanseløft blant medarbeidere i kommunen.

Innbyggerne har enkel tilgang til god informasjon om hva de kan forvente av tilbudet i henholdsvis kommunen og spesialisthelsetjenesten. Digital psykoedukasjon og selvhjelp brukes aktivt for å hjelpe både innbyggere og pasienter til å forstå og håndtere egen utfordring eller lidelse.

Pasienter med langvarige behov for helsetjenester får forutsigbare, sammenhengende, planlagte og helhetlige pasientforløp. Det er tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Oppfølgings- og behandlingsplan, kriseplan og epikrise er tilgjengelig umiddelbart etter at pasient har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten, og det er fokus på funksjonsvurdering som supplement til diagnostisk vurdering. Det bidrar til å gi riktig tilbud til pasienten i kommunen for alle med behov.

I spesialisthelsetjenesten er det opprettet samhandlingsnettverk mellom PHV, TSB og somatikk. Nettverkene fungerer på alle nivåer – klinikere, mellomledere og ledere. Alle har god kompetanse om hverandres fagfelt og vet hvordan de best kan koordinere tiltak sammen til det beste for pasienten. Det er definerte forløp for de store pasientgruppene.

Flere yrkesgrupper jobber i team rundt pasienten. Alle har tydelig definerte oppgaver som er i tråd med den utdanningen og kvalifikasjonene de har til å utføre oppgaver, noe som gir pasientene kvalitet i alle ledd. Spesialistene utarbeider konkrete behandlingsplaner og strukturerte forløp som følges opp av teamene. Sosionomer utfører sosialfaglig arbeid, og har spisskompetanse på NAV, arbeid og barnevern. Helsesekretærer gjør organisatorisk og administrativt arbeid, og det er ansatt jurister i foretakene som bistår spesialister med juridiske spørsmål.

Det gjøres god og langsiktig planlegging, og medarbeiderne har en forutsigbar arbeidshverdag. Det er balanse mellom arbeidsoppgaver og tilgjengelig tid, og tid til faglig fordykning og vedlikehold av kompetanse.

Rutiner og systemer for koding og registrering er tilpasset arbeidshverdagen til klinikere samtidig som de innfrir forutsetninger for nasjonale pasientforløp. Deler av registreringen gjøres av pasientene selv eller skjer ved hjelp av automatiserte løsninger. Det er nasjonal koordinering av helse- og velferdsteknologisk innovasjon, som tar utgangspunkt i både klinikere og pasienters behov.

For å oppnå den ønskede framtidshistorien er det behov for handlinger som kan løfte tjenesten i ønsket retning. Det følgende er forslag til konkrete tiltak som sammen kan bidra til å oppnå målbildet og skape en bærekraftig utvikling i PHV og TSB. Prosjektet har identifisert dette som tiltak som vil ha stor effekt på bruk av spesialistkompetanse på mellomlang og lang sikt.

- **Utarbeide god informasjon til innbyggerne og bygge helsekompetanse gjennom digital infrastruktur**
 - Utarbeide brukervennlig informasjon til innbyggerne om tilbud og hva som kan forventes av henholdsvis kommunen, fastlegene og spesialisthelsetjenesten.
 - Øke takten i utvikling av psykoedukasjon – utvikle enkle veiledninger som er tilgjengelige for pasienter, pårørende, fastleger og kommunale tjenester, som gir kunnskap og informasjon om spesifikke diagnoser. Veiledninger kan formidles gjennom f.eks. filmer og spillteknologi tilrettelagt for barn og unge.
- **Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner/fastleger**
 - Etablere lokale nettverk og forpliktende samarbeidsmøter, hvor spesialisthelsetjenesten og kommunene samhandler om utvikling av pasienttilbud, og hvor kompetansen i kommunene styrkes.
 - Vurdere felleskonsultasjoner med pasient, fastlege og spesialist som et alternativ til henvisning til DPS/BUP ved moderate til alvorlige psykiatriske tilstander.
 - Måltrettet arbeid mot samhandlingen mellom fastleger og øvrige kommunale tjenester for pasienter som ikke har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
 - Spesialisthelsetjenesten skal sørge for kontinuitet for den enkelte pasient med særlig krevende pasientforløp. Slik kan fastlegen og de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten samarbeide best mulig for den enkelte pasient. Dette gjelder spesielt pasienter med psykose eller rus- og voldsproblematikk.
- **Bedre samhandling og oppgavefordeling innad i spesialisthelsetjenesten**
 - Etablere formaliserte drøftingsmøter som skal sikre samhandling mellom tjenesteområdene på alle nivåer – både medarbeidere, mellomledere og ledere, tilsvarende MDT-møter for kreftpasienter.
 - Definere forløp for store pasientgrupper som går på tvers av tjenesteområder, tilsvarende modell for Barn og unges helsetjeneste.
 - Utnytte samlokalisering av tjenesteområdene til å bygge opp under samhandling.
- **Gjennomføre god og langsiktig planlegging av oppgaver**
 - Planlegge oppgaver og tildele timer i god tid som et godt grunnlag for stabil drift, god utnyttelse av faglig kapasitet og forutsigbarhet for

pasienter og andre samarbeidspartnere. Legge til rette for gode oppgavemønstre.

- **Utvikle og ta i bruk mindre behandlerintensive behandlingsformer**
 - Ta i bruk selvhjelpsprogrammer, digital psykoedukasjon og internettassistert behandling som e-mestring og Ung Mestring.
 - Utvikle og ta i bruk VR-teknologi, simulering og avatar-terapi som supplement til terapeutisk behandling.
- **Tildele riktige oppgaver til riktige yrkesgrupper**
 - Etablere prosjekter med mål om å opprette gode og stabile team rundt pasientbehandlingen, hvor det er avklart og definert hva yrkesgruppene skal bidra med. Prosjektene skal beskrive bruk av rett kompetanse til rett oppgave. Det skal legges til grunn at behandlere skal ha behandleroppgaver, og de øvrige yrkesgruppene skal utføre oppgaver som de er utdannet til å gjøre¹⁶.
- **Forenkle koding og registrering og unngå unødvendig rapportering**
 - Aktivt ta i bruk ny teknologi og utvikle og videreutvikle felles systemer som kan forenkle dokumentasjon, datainnhenting og informasjonsdeling gjennom egenregistrering og automatisering.
 - Delta i nasjonalt prosjekt for gjennomgang av rapporteringskrav i psykisk helsevern og TSB med mål om å forenkle registrering og rapportering.
 - Ved eventuelle nye rapporteringskrav skal klinikere delta i prosessen ved utvikling, for å sikre at registrering kan gjennomføres i eksisterende systemer, og i henhold til gjeldende arbeidsprosesser. Ved nye rapporteringskrav eller krav om ressurskrevende arbeidsprosesser skal det gjennomføres ulempeanalyser før innføring.
- **Oppdatere og forenkle veiledere og retningslinjer**
 - Oppdatere og konkretisere veiledere og retningslinjer, og bidra til at de gjenspeiler god oppgavefordeling mellom tjenestenivå.
- **Endre regulatoriske bestemmelser og prioriteringsveiledere**
 - Revidere prioriteringsveiledere til å gjenspeile og understøtte differensiert oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.
 - Forenkle arbeid med vedtak og 3 måneders-kontroller i PHV
 - Lovverket skal gjenspeile og understøtte differensiert oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.
 - Pasienter skal være tilknyttet spesialisthelsetjenesten eller kommunene.

Flere av tiltakene sammenfaller med pågående initiativer. Nasjonalt prosjekt for gjennomgang av rapporteringskrav i PHV og TSB pågår nå. I januar 2023 åpnet en ROP-enhet (enhet for rus – og psykiske lidelser) i Helse Bergen. Oslo Universitetssykehus har opprettet en egen enhet for akuttpsykiatrisk konsultasjon/liaison, for veiledning og

¹⁶ I henhold til Helsepersonellkommissjonen sin rapport: NOU 2023:4, Tid for handling

støtte til pasienter og kommunale tjenester i akutte situasjoner. Slike initiativer må styrkes og videreutvikles.

Tiltakene må leses i lys av at det er store forskjeller mellom BUP, VOP og TSB, mellom poliklinikk og døgnpost, og mellom behandlingssteder. For å sikre at tiltakene tilpasses den enkelte enhet er det nødvendig å involvere medarbeidere i gjennomføringen. Det er svært viktig å ta hensyn til egenarten i sektorene og i helseforetakene.

Det kan opprettes felles regionale prosjekt for enkelte av tiltakene der det er hensiktsmessig. Det er avgjørende å sikre god involvering, tilpasning og forankring i avdelingene for at tiltakene skal ha nødvendig legitimitet i de kliniske miljøene.

3.2 Kortsiktige tiltak for å beholde og rekruttere kompetente medarbeidere

For å kunne gjennomføre de foreslåtte tiltakene er det nødvendig å stabilisere fagmiljøene og sikre tilgangen til faglig kompetanse på kort sikt. Det er viktig å gjøre helseforetakene i stand til å beholde og rekruttere tilstrekkelig antall medarbeidere for å dekke det akutte behovet som er i dag. Det er nødvendig å sette inn umiddelbare tiltak som vil fungere på kort sikt, for å gi klinikkene rom og overskudd til å arbeide med de viktige langsiktige tiltakene.

Gjennom delprosjektet «Styrking av kapasitet» er det gjennomført fem miniprojekter hvor det er identifisert fem hovedområder som på kort sikt kan bidra til å rekruttere og beholde spesialistkompetanse i Helse Vest. Endelige prosjektrapporter for hvert av de fem områdene og konkrete tiltak for gjennomføring ligger i Vedlegg 2: Miniprojekter. Her følger en oppsummering.

1. Rekruttere flere psykologstudenter

Utnytte alle praksisplassene i Helse Vest som er tilgjengelig for psykologstudenter, og sikre stabil og nødvendig rekruttering av psykologer til foretaksgruppen Helse Vest.

2. Gi god introduksjon til nye medarbeidere

Ta godt imot nye medarbeidere og sikre faglig ivaretagelse på arbeidsplassen, slik at nyansatte blir trygge og motiverte og ønsker å bli værende på arbeidsplassen.

3. Beholde og utvikle medarbeidere

Sikre at medarbeidere får gode arbeidsforhold som stimulerer til faglig og personlig utvikling og reduserer ekstern turnover.

4. Innføre metodebok.no

Innføre metodebok.no som en portal til metodebibliotekene slik at behandlere blir tryggere i sine valg av utredning og behandlingsverktøy, noe som vil gi bedre kvalitet på behandlingen og større helsegevinst for pasientene.

5. LiS 1 i tredelt turnus

La flere leger bli kjent med fagområdene PHV og TSB gjennom tredelt LiS 1-turnus, slik at man både på kort og lang sikt vil øke rekruttering av leger. Flere

leger vil få bedre kompetanse innen PHV og TSB, noe som vil bygge opp under samhandling og felles kunnskap om hverandres fagområder.

Det er svært viktig at helseforetakene raskt setter gang med gjennomføring av de kortsiktige tiltakene. Det aller viktigste for tjenesten vil være å beholde og utvikle kompetente medarbeidere for å opprettholde sterke fagmiljøer, og å rekruttere nye medarbeidere som kan være med å løfte sektoren inn i en bærekraftig framtid.

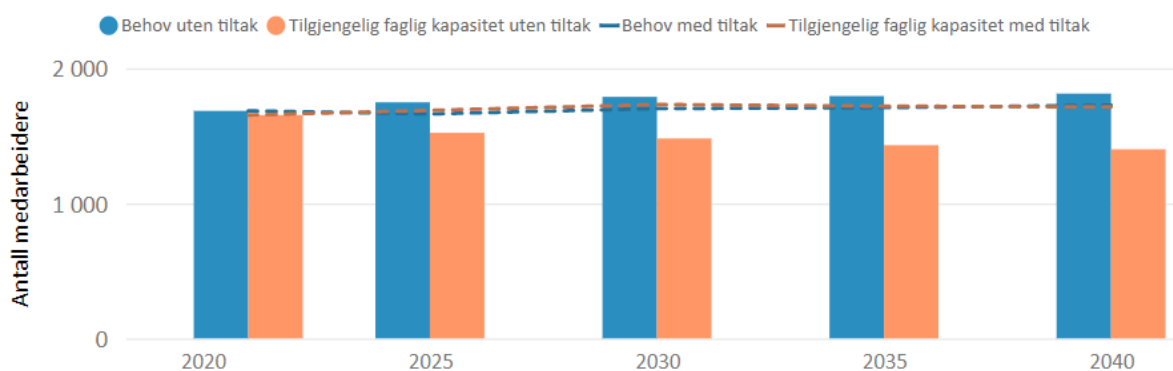
Fokus på gode arbeidsforhold og trygge rammer for faglig egenutvikling for eksisterende og nye medarbeidere vil være et viktig bidrag til å stabilisere fagmiljøene. En umiddelbar igangsetting av de foreslåtte konkrete tiltakene vil raskere gi rom for langsiktig og strategisk planlegging av tjenestene.

Det må samtidig sikres at utdanningskapasiteten på Vestlandet for leger og psykologer justeres i tråd med sektorens behov i framtiden, slik at helseforetakene har tilgang på lokalt forankret og etablert kompetanse.

3.3 Regionen kan dekke behovet for helsetjenester innen PHV og TSB

Dersom de foreslåtte tiltakene for en langsiktig bærekraftig utvikling gjennomføres og gir forventede effekter, samtidig som helseforetakene beholder og rekrutterer tilstrekkelig faglig kompetanse, vil foretaksgruppen Helse Vest være i stand til å dekke det framtidige behovet for helsetjenester innen psykisk helsevern og TSB i regionen.

Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for alle helseforetak



Figur 10: Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet med og uten tiltak. Inkludert private ideelle og avtalespesialister. Utgangspunktet i 2021 har ikke tatt stilling til om det er balanse mellom behov og tilgjengelig kompetanse. Kilde: Nasjonal bemanningsmodell.

Figuren viser utvikling i behov for og tilgjengelig faglig kompetanse med og uten tiltak. Det er lagt til grunn en styrking av tilbudet i henhold til nasjonal framskrivning for PHV og TSB, men et lavere behov innen milde og moderate på grunn av et styrket tilbud i kommunen¹⁷. Det er også lagt til grunn at medarbeidere bruker noe mindre tid på rapportering og administrativt arbeid. Til sist er det forutsatt en halvering av årlig ekstern turnover. Det er med andre ord lagt til grunn at man i stor grad lykkes med alle tiltak og reduserer uønsket ekstern turnover så langt det er mulig. Arbeidsgruppen vil

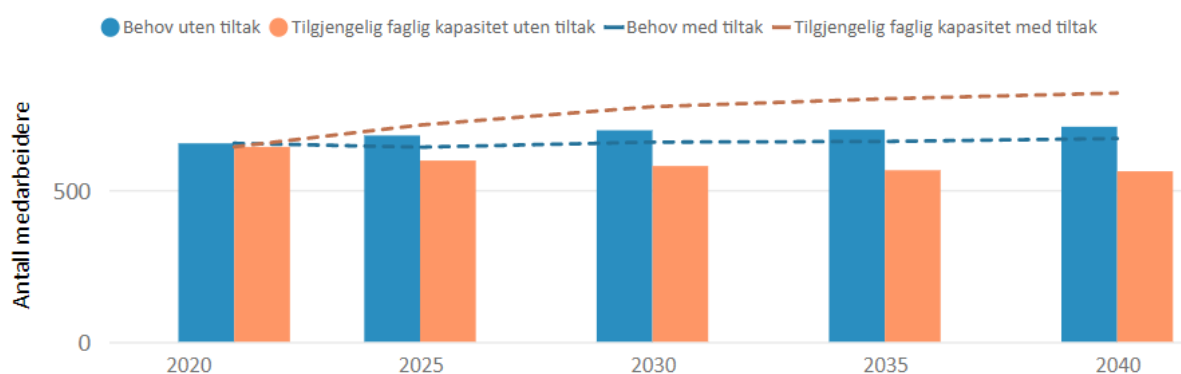
¹⁷ 10% reduksjon i polikliniske konsultasjoner for mild/moderat depresjon og 5% reduksjon i polikliniske konsultasjoner for milde angstlidelser og symptomdiagnoser.

her bemerke at mange utviklingstrekk har pekt i motsatt retning det siste tiåret, med økt registreringsbyrde, flere oppgaver i det enkelte pasientforløp og at det stilles krav til at spesialisthelsetjenesten skal ta ansvar for mangelfull oppbygging og organisering av det kommunale tilbudet. Arbeidsgruppen advarer mot å faktisk planlegge bemanning i tjenestene med forutsetningen om at man vil lykkes fullt ut, men at tiltakene bør forstås som strategiske mål for arbeidet framover for å sikre bærekraft. Tiltak som ikke virker, bør avvikes og erstattes av tiltak som kan forventes å gi den virkningen som er nødvendig.

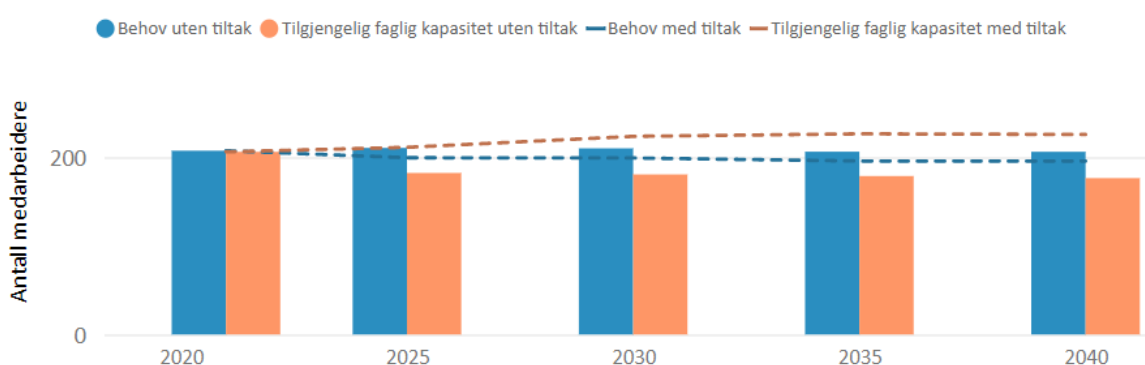
Det vil bli gjort en analyse av henvisninger, rett til behandling og ikke rett til behandling, antall pasienter i forløp sammenholdt med antall netto månedsverk for perioden 2019 til i dag. Dette kan bidra til et felles kunnskapsgrunnlag for utviklingen så langt og legge grunnlag for å tett oppfølging de neste årene.

Nedenfor presenteres framskrevet utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet for hvert av de fire helseforetakene.

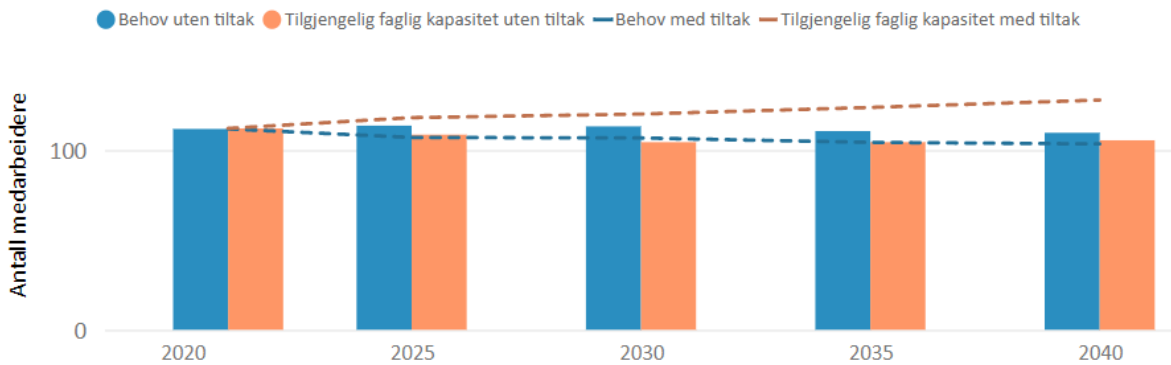
Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for Helse Bergen HF



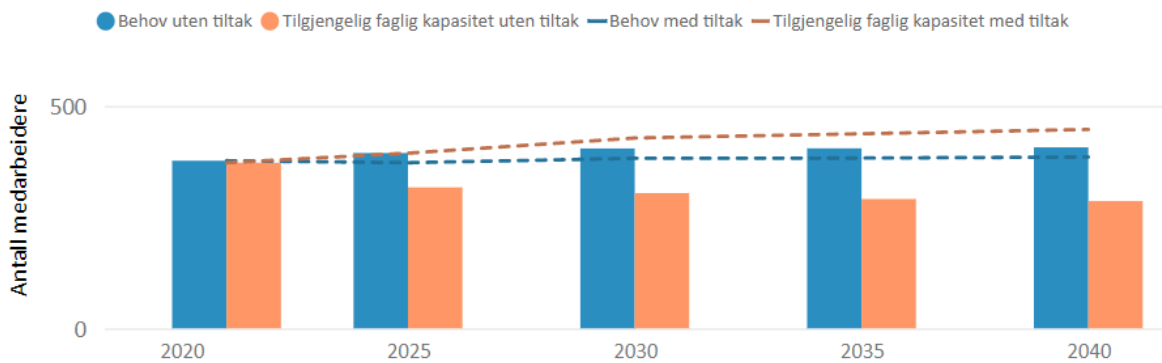
Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for Helse Fonna HF



Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for Helse Førde HF



Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for Helse Stavanger HF



Figur 11: Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet med og uten tiltak for hvert av helseforetakene. Utgangspunktet i 2021 har ikke tatt stilling til om det er balanse mellom behov og tilgjengelig kompetanse. Kilde: Nasjonal bemanningsmodell.

Dersom tiltakene gjennomføres, vil det isolert sett være mulig for helseforetakene å dekke behovet for faglig kapasitet i helseforetakene, gitt at alle nyutdannede medarbeidere på Vestlandet får jobb i offentlig spesialisthelsetjeneste for en periode som er nødvendig for å bygge opp tilstrekkelig faglig kapasitet i helseforetakene. Dette gir et handlingsrom som sikrer at spesialister kan bruke tilstrekkelig tid med hver enkelt pasient og gi oppfølging hyppig nok til å gi god behandling. Samtidig sikres det at alle spesialister kan ta ut spesialistpermisjon som de har krav på, og har kapasitet til forskning og videreutdanning.

For å kunne oppnå dette er det essensielt å beholde faglig kompetanse og opprettholde god rekruttering av spesialister og leger/psykologer i spesialisering i helseforetakene.

Samtidig viser Figur 10 at med utgangspunkt i det *totale behovet* for spesialisthelsetjenester i regionen, inkludert private ideelle og avtalespesialister, **vil det kun så vidt være mulig å dekke behovet med dagens utdanningsnivå for spesialister med de gitte forutsetningene**. I tillegg forventes det at kommunene vil videreføre sin rekruttering av psykologer. Dette behovet kan dekkes gjennom eksempelvis flere LIS-stillinger innen psykisk helsevern og TSB, og opprettelse av profesjonsstudium i

psykologi ved Universitetet i Stavanger (UiS). Foretaksgruppen Helse Vest bør bidra til å avklare hva som må til for å få NOKUT-godkjenning av studiet ved UiS, eventuelt bidra til å løse utfordringen. Nytt utdanningstilbud ved UiS vil være et langsiktig tiltak.

Det presiseres at effekten av de presenterte tiltakene er estimat. Den faktiske utviklingen i behov for helsetjenester er høyst usikker, og avhenger av mange faktorer det ikke er mulig å ta hensyn til i ordinære modeller. Det er ikke sikkert at det er mulig å oppnå det presenterte målbildet så raskt som ønsket. Det er imidlertid helt nødvendig for tjenesten å ha en mål å strekke seg etter. Gjennom de konkrete tiltakene som er presentert i rapporten vil helseforetakene komme et skritt nærmere målet om tilstrekkelig faglig spesialistkompetanse i psykisk helsevern og TSB, god ivaretagelse av kvalitet og pasientsikkerhet, og et godt arbeidsmiljø for alle medarbeidere.

4. KONKLUSJON

Psykisk helsevern og TSB er prioriterte områder som skal ha særlig strategisk fokus. Det er et mål å prioritere tilbudet til pasienter med behov for tjenester i PHV og TSB. Styrking og prioritering av psykisk helsevern er et av hovedmålene i styringsdokument fastsatt av styret i Helse Vest¹⁸. Det forventes at behovet for helsetjenester i PHV og TSB vil øke i årene framover.

Helsepersonellkommissjonen har i sin rapport tydelig pekt på at helseforetakene vil stå i sterk konkurranse om personell i framtiden. En økning i spesialistkompetanse tilsvarende det helseforetakene har sett de siste årene vil være svært vanskelig å oppnå. Dersom helsetjenesten fortsatt organiseres **på samme måte som i dag, vil det derfor ikke være mulig å dekke behovet for helsetjenester innen PHV og TSB for innbyggerne i Helse Vest sitt opptaksområde**. Det vil være nødvendig å ta stilling til andre løsninger for å likevel kunne opprettholde og styrke helsetjenester av høy kvalitet innen PHV og TSB.

Det viktigste for foretaksgruppen Helse Vest på kort sikt vil være å beholde de medarbeiderne en har, sørge for god rekruttering og stabilisere tilgangen til faglig kompetanse. For å beholde og rekruttere gode og motiverte medarbeidere er det nødvendig med fokus på tre nøkkelaktiviteter.

- **Legge til rette for gode arbeidsforhold** og stimulere til faglig og personlig utvikling for alle medarbeidere, for å beholde og utvikle medarbeidere.
- **Ivareta nye medarbeidere**, gjøre dem trygge på kollegene og trygge i valg av faglig metode, slik at de ønsker å bli værende på arbeidsplassen.
- **Synliggjøre klinikkene som en god arbeidsplass** for nyutdannede så tidlig som mulig ved å utnytte alle praksisplasser for psykologstudenter og ha flere LiS 1-leger i tredelt turnus.

For å møte utfordringene på lang sikt og fortsatt sikre et tjenestetilbud av høy kvalitet er det nødvendig å benytte seg av mulighetsrommet på flere arenaer. Prosjektet har foreslått konkrete tiltak som over tid vil bidra til å dekke behovet for spesialistkompetanse i PHV og TSB. Det krever nytenkning rundt hvordan tjenesten skal organiseres for å opprettholde en bærekraftig utvikling.

Tjenestene må organisere seg slik at innbyggerne får **behandlingstilbud på lavest mulige nivå**. Det vil være essensielt å bygge videre på samhandlingsinitiativer mellom sektorene. Kommunene har over tid bygd opp sin kapasitet, og det er viktig at kapasiteten som nå finnes i kommunene brukes til klinisk arbeid i lavterskeltilbud for

¹⁸ Se eksempel – styringsdokument for Helse Stavanger: [styringsdokument-2023-helse-stavanger-hf.pdf \(helse-vest.no\)](https://www.helse-vest.no/Portals/0/tyringsdokument-2023-helse-stavanger-hf.pdf)

lettere psykiske lidelser. Det må utarbeides god rollefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester for å gi pasientene forutsigbare, sammenhengende, planlagte og helhetlige pasientforløp. Gjennom god digital infrastruktur kan det bygges helsekompetanse gjennom god og brukervennlig informasjon til innbyggerne. De tilgjengelige tilbudene i både kommune og spesialisthelsetjeneste må gjøres godt kjent for fastleger, pasienter og pårørende.

Det er nødvendig å redusere arbeidsbelastningen på medarbeidere gjennom å sikre at **behandlere bruker tid på behandlingsrettede oppgaver**. Alle yrkesgrupper må gjøre de oppgavene som de er utdannet til, og det må være avklart og definert hva hver enkelt yrkesgruppe skal bidra med. I tillegg vil det være viktig å unngå all unødvendig rapportering og repeterende koding og registrering, all unødvendig rapportering. Det bør derfor raskt utredes hvordan gjentagende registrering kan avlastes ved robotisering, et tiltak som har vært nyttig og vist god effekt for andre fagområder. Videre bør helseforetakene aktivt utvikle og ta i bruk nye behandlingsformer som kan bidra til å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen uten at det krever økte personellressurser. Det er fortsatt lav dekning av allerede tilgjengelige digitale helsetjenester for disse pasientgruppene.

Gjennom **strukturert samhandling og planlegging** kan det etableres stabil drift og forutsigbarhet for medarbeidere, pasienter og samarbeidspartnere. God og langsiktig planlegging legger et godt grunnlag for god utnyttelse av faglig kapasitet. Det vil gjøre det enklere å samhandle på tvers av tjenesteområder og sektorer, både innad i og utenfor spesialisthelsetjenesten.

Avslutningsvis er det svært viktig at tjenesten kan forholde seg til et **godt regulatorisk rammeverk** som legger til rette for god drift. Krav om rapportering må være tilpasset arbeidsprosessene i klinikkene. Oppgaver som tillegges tjenesten må ha nytteverdi og stå i samsvar med tildelte ressurser – og ikke gå på bekostning av kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er nødvendig med en **bærekraftig balanse mellom oppgaver og ressurser** for medarbeidere i PHV og TSB. Det må sikres arbeidsbetingelser som gjør at leger og psykologer ønsker å bli værende i sektoren, slik at tverrfaglige team og pasientforløp kan bygges rundt deres kompetanse og vurderinger.

Denne rapporten presenterer en rekke tiltak som skal bidra til å forsterke stabiliteten og sikre tilstrekkelig spesialistkapasitet og -kompetanse i PHV og TSB. Tiltakene er tett sammenvevd. Det vil være avgjørende og nødvendig å se tiltaksområdene i sammenheng med hverandre.

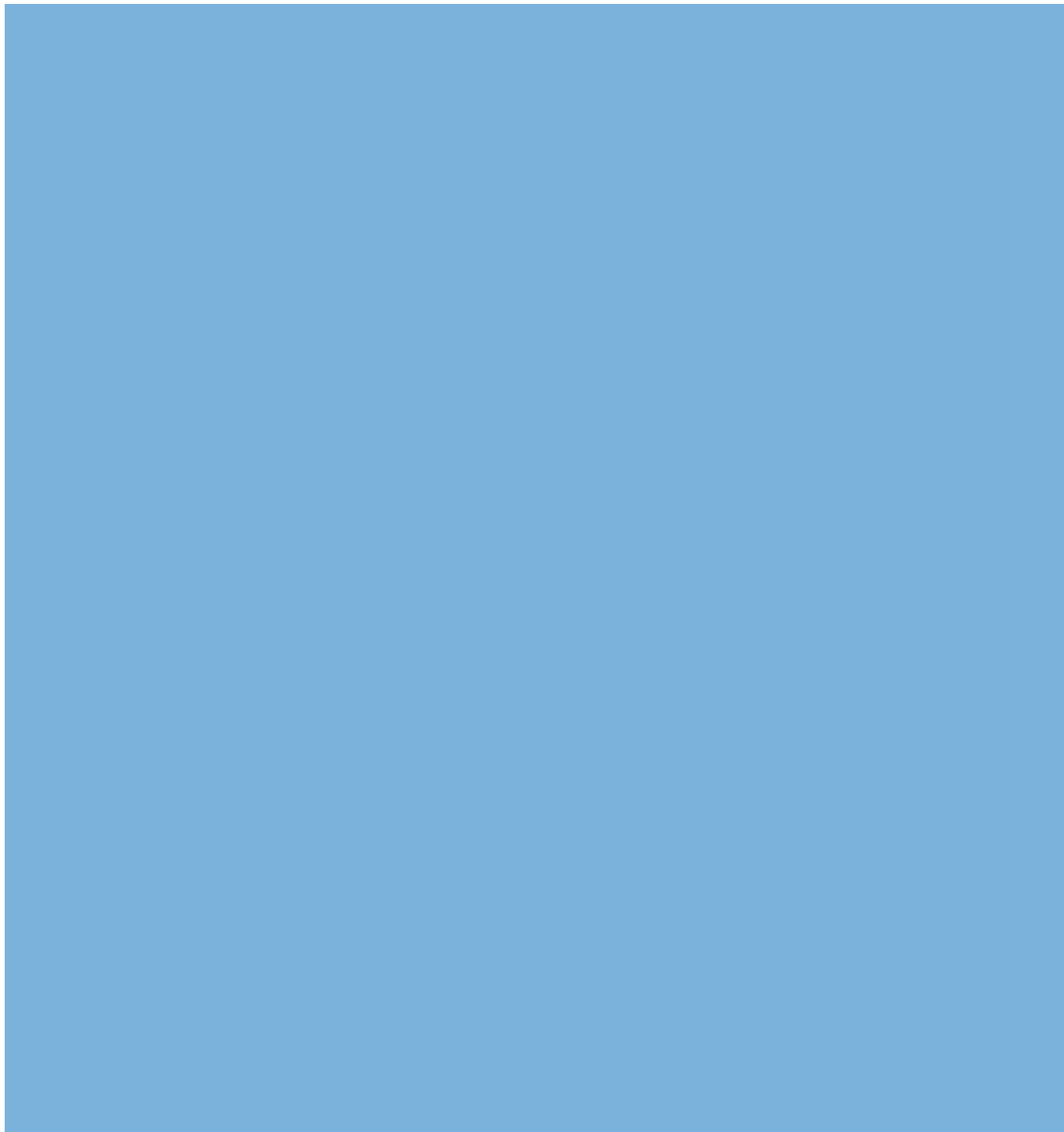
Helseforetakene skal legge rapporten til grunn som et av flere virkemidler for å oppnå forutsetningen i styringskravene i styringsdokumentet, og iverksette de prosesser som må til for å gjennomføre de foreslåtte tiltakene. Det skal opprettes felles regionale

prosjekt for å sikre gjennomføring av tiltakene. Det er viktig at hver enkelt enhet sikrer god involvering og forankring og gjennomfører tiltakene ut fra egne forutsetninger. Helseforetakene må lage handlingsplaner for å beholde og rekruttere psykologer og leger i PHV og TSB. Tiltakene må evalueres og eventuelt justeres jevnlig.

Det skal være en visjon for hver av helseforetakene å jobbe for en bærekraftig utvikling av tjenestetilbudet for psykisk helsevern og TSB, som samtidig balanseres mot andre prioriterte områder i helseforetakene. ***Det forutsettes rask handling og endringsvilje på alle nivåer i helsetjenesten.*** Dette er viktig for å sikre kapasitet, pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingen, og samtidig sikre en trygg og forutsigbar arbeidshverdag for medarbeidere og ledere.

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no



VEDLEGG



Foto: Svein Lund, SUS

VEDLEGG 1: SCENARIOHISTORIER

SCENARIO 1: FORUTSIGBARE, SAMMENHENGENDE, PLANLAGTE OG HELHETLIGE PASIENTFORLØP

Forebygging i samarbeid med kommunen

Det er utstrakt bruk av forebyggende arbeid, spesielt mot barn og unge. Tilpasset spillteknologi er integrert i barnehager og i skolens helsetjeneste. Dette gjør at barn og unge er mer forberedt på «det virkelige livet», og håndterer mindre plager på egen hånd før problemene blir for store. Det er helsearbeidere knyttet til barnehager og skoler som har kompetanse til å gjenkjenne behov for oppfølging tidlig. Disse gir rådgivning og veiledning til barn og foreldre. Det er etablert integrerte arenafleksible tjenester som gir oppfølging av barn og unge med høy risiko (barn i barnevern, barn som bruker rusmidler, barn av foreldre som bruker rusmidler, barn med tidlig tegn på sosial isolasjon eller skolevegring). Tjenestene drives i samarbeid av BUP, TSB og barnevern. Kommunene har miljøarbeidere som er tett på barn og unge i skolehverdagen, og ofte også en eller flere kommunepsykologer, som driver aktivt oppsøkende virksomhet. Kommunene tar stadig mer hensyn til når barn begynner på skolen. Det viser seg at særlig barn som er født sent på året¹⁹ får en enklere skolehverdag når tidspunkt for skolestart tilpasses deres modenhetsnivå.

Kommunen har et styrket helsetilbud, og har etablert psykiatriske lavterskelsentre. For små kommuner er det etablert interkommunale samarbeid. Dette gjør kommunene rustet til å ta imot pasienter med milde og moderate psykiske lidelser.

Helsefelleskapene har bidratt til å skape et godt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Nasjonale pasientforløp er innført, sammen med *stepped care treatment*. Det er tydelig definerte retningslinjer for hvem som gjør hva for ulike tilstander innen psykisk helsevern og rusbehandling. Det er enkelt for befolkningen å finne informasjon om hvor man skal henvende seg med ulike behov. Nettsidene til kommunene og spesialisthelsetjenesten er samkjørte, og det er etablert felles informasjon. Fastleger, brukere og pårørende får samme informasjon uavhengig av om de søker informasjon hos kommunen eller hos spesialisthelsetjenesten.

For å opprettholde samarbeidet og kompetansen i kommunen tilbyr spesialisthelsetjenesten regelmessig veiledning av kommunal psykisk helsetjeneste, fastleger og kommunepsykologer. Spesialisthelsetjenesten hjelper kommunene med å få

¹⁹ [Mest ADHD-legemidler blant desember-barna - FHI](#)

kunnskap om hvordan de kan avdekke psykisk lidelse på helsestasjon, barnehage og skole. Dette bidrar til å redusere behov for videre henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Kommunen, fastleger og spesialisthelsetjenesten møtes jevnlig i lokale nettverk utenom pasientspesifikke møter for å sikre bedre kjennskap til hverandre og hverandres tjenester. Enkle spørsmål drøftes gjerne uformelt på slike samlinger, og det gjøres avklaringer på hvilke saker som bør tas videre i henholdsvis kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Gjennom disse nettverkene får alle medarbeidere god samhandlingskompetanse på tvers av organisatoriske nivå, og det sikres at innbyggere får rett oppfølging på rett sted til rett tid.

Tjenester til pasienter med moderate lidelser med behov for kortvarig oppfølging i spesialisthelsetjenesten

Det er utarbeidet felles regional mal for henvisning som er videreutviklet for å understøtte bedre samhandling og gode pasientforløp. Det er tydelige kriterier for hva en henvisning skal inneholde. Felles henvisningsmottak/«en vei inn» har ført til at alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten blir rettighetsvurdert på likt grunnlag. Fastleger og andre som har rett til å henvise opplever at felles henvisningsmottak har bidratt vesentlig til forbedring av pasientforløpene.

Dersom det er behov for det utføres det samkonsultasjon og vurderingssamtaler, hvor pasient/pårørende, fastlege og spesialisthelsetjenesten avklarer på hvilket nivå pasienten får et videre forløp, og hvilken oppfølging pasienten skal ha. Dette bidrar til at de pasientene som skal ha nytte av lavterskeltilbud får det, og de som henvises til spesialisthelsetjenesten får en raskere avklaring på sin henvisning.

Tjenester til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester

Ettersom kommunen har kompetanse til å ta imot pasienter med milde og moderate lidelser, blir en større andel av ressursene i spesialisthelsetjenesten målrettet til pasienter med komplekse tilstander, som psykose, rus- og voldsproblematikk.

Alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester får tildelt en koordinator i kommunen og en forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten. Alle kommuner har en egen barnekoordinator for barn og unge med behov for koordinerte tjenester. Små og mindre kommuner har inngått avtale om felles koordinator-roller som dekker flere kommuner.

Forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten har, i tillegg til dialog med koordinator i kommunen, også ansvar for å koordinere på tvers av fagområdene i spesialisthelsetjenesten. Tjenestene i psykisk helsevern, TSB, habilitering og andre somatiske tjenester skjer sømløst, og alle er oppmerksomme på pasientens sammensatte behov.

Ingen inneliggende pasienter skrives ut uten at det foreligger en videre oppfølgings- og behandlingsplan, kriseplan og epikrise. Fastlege, koordinator i kommunen og akuttmottak har umiddelbar tilgang til planene. Alle pasienter som skrives ut får oppfølging i poliklinikk eller i DPS umiddelbart. Tidspunkt for første time blir avtalt før utskriving. Dersom legevakt ofte har kontakt med pasienten eller er involvert i pasientforløp får de tilgang til de samme dokumentene, slik at de kan bidra til gode forløp i tråd med kriseplan.

Oppfølging av pasientene i kommunen er planlagt og koordinert. Pasientene får et tilbud i kommunene umiddelbart etter at de forlater spesialisthelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten følger opp pasientene uten forsinkelser, i tråd med planene som er utarbeidet.

Dersom det er behov for avklaringer for en pasient holdes fysiske eller digitale avklaringsmøter. Helseforetakene og kommunene har strukturert sine ukeplaner slik at det er satt av faste tidspunkter for møter mellom koordinatorene. Dette bidrar til å redusere koordinering av møter, og sikrer at det settes av tid til dialogmøter og avklaringer. Støtteressurser planlegger, forbereder og legger til rette for møter, og dokumenterer møtene i journal. Pasienten har, som for alle andre dokumenter, tilgang til disse på Helsenorge.no. Dersom pasienten får en forverring i tilstand kan koordinator i kommunen ta kontakt direkte med koordinator i spesialisthelsetjenesten for råd og veiledning gjennom asynkron kommunikasjon. Dette reduserer behovet for akutte innleggelse og reinnleggelse da kommunen får verktøy til å håndtere forverring eller tilbakefall. Det finnes egne, sikre plattformer for kommunikasjon om pasient på tvers av tjenesteområder. Informasjon deles umiddelbart og sømløst til andre med tjenstlig behov for informasjon om pasient.

Koordinator i kommunen setter pasienten i kontakt med behandlingstilbudene som det er behov for. Pasienter med sammensatte behov får tilbud om samkonsultasjon mellom spesialisthelsetjenesten, kommune, barnevern, NAV og andre aktuelle instanser.

Kommunene har opprettet et lavterskeltilbud hvor pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer kan få tilgang til de viktigste basistjenestene som kommunen skal tilby samlet under ett tak. Leger og tannleger følger opp pasientenes fysiske helse. Sosionomer i kommunene følger opp pasienter som har økonomiske utfordringer, og jobbkonsultanter tilbyr individuell jobbstøtte slik at pasientene får tilbud om å delta i ordinært arbeidsliv. Det er en helhetlig tilnærming til pasientens behov.

FACT og ACT er utbredt alle steder hvor det er befolkningsgrunnlag for det, i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pasienter får rask hjelp hjemme med en gang det er behov for det. Mindre kommuner samarbeider om FACT-team for sine innbyggere. Ambulante tverrfaglige team ivaretar de mest sårbare barn og unge, og voksne med sammensatte behov. Pasienter med psykose, rusutløst psykose, bipolar lidelse, spiseforstyrrelser, rusrelaterte lidelser og LAR har god effekt av intensiv

arenafleksibel behandling i kombinasjon med poliklinisk-/dagbehandling²⁰. Færre pasienter har behov for døgnopphold.

SCENARIO 2: GOD UTNYTTELSE AV NY FAGLIG KUNNSKAP OG NYE BEHANDLINGSMETODER

Økt brukermedvirkning

Det er flere behandlingsmetoder å velge mellom, og det er økt grad av brukermedvirkning hvor pasienter får anledning til å bidra i valg av behandlingsform. Pasientene blir sett og hørt med ord de forstår. Det tilbys differensierte tilbud, og det benyttes ulike behandlingsformer for pasienter med ulike behov. Nye forskningsresultater og behandlingsmetoder tas raskt i bruk som en del av ordinær utredning og behandling.

Målet er at pasientene skal ha nytte og effekt av behandlingen. Dersom pasienten har lav nytte av behandlingen vil det gis et annet behandlingstilbud, eller pasienten vil få videre oppfølging i kommunen.

Det er tydelig definerte prinsipper for kunnskapsbasert døgnbehandling. Pasienter som ikke har nytte av døgnbehandling får tilbud om poliklinisk- eller dagbehandling, med like gode resultater.

Ikke-medikamentell behandling

Det er mer fokus på og bedre tilgang til alternative ikke-medikamentelle behandlingsformer som musikkterapi, kunstterapi, dyreterapi, fysisk aktivitet, psykomotorisk fysioterapi og sanserom - enten som supplement til eller alternativ til ordinær psykoterapi og medikamentell behandling. For hver pasient gjennomføres det samtaler for å finne frem til særlige interesseområder eller tema som pasienten kan trekke inn som del av behandlingen eller tilfriskningen. Alle pasienter får mulighet til å fremme de ferdigheter og interesseområder som kan forsterke tilfriskning. Dette blir en integrert del av oppholdet og forberedelse før utskrivning. Aktivitet og engasjement som bidrar til tilfriskning blir prioritert.

Særlig polikliniske pasienter i TSB har god effekt av psykomotorisk fysioterapi. Dette fører til kortere, mer effektive og bedre behandlingsforløp for smertepasienter. Nå kan de få tilbud om en langsiktig nedtrappingsplan kombinert med psykomotorisk fysioterapi.

²⁰ Kilde: Nasjonale aktivitetsframskrivninger for PHV og TSB, 2021 og innspill fra arbeidsgruppen

Det gis rom utvikling av tjenester som gir mer komprimert behandling, f. eks. firedagers behandling. Dette viser seg å ha god effekt for pasienter med angst og fobier.

Medikamentell behandling

Det kommer nye, persontilpassede medisiner som gir bedre effekt og færre bivirkninger. Dette gjelder både for psykiske lidelser og rusavhengighet.

Pasienter med rusmiddelavhengighet som ikke ønsker eller klarer å slutte med rusmidler får tilbud om substitusjonsbehandling også ved andre former for rus enn opioider, f. eks. benzodiazepiner og amfetamin.

Pasienter med rusmiddelavhengighet får tilrettelagt behandling direkte i ettertid av avgiftning. Sammenhengende tjenester gir bedre sannsynlighet for suksess over tid. Pasientene får tilbud om psykolog, i tillegg til spesialiserte behandlere som er tilpasset pasientens hovedutfordringer.

Dom om tvungen psykisk helsevern

Det er tilrettelagte boliger for pasienter som er dømt til tvungen psykisk helsevern. Dette gjør at døgnpostene i sykehusene får kapasitet til å tilby døgnbehandling til de rette pasientgruppene. Det er egne tilbud for pasienter som er dømt til tvungen psykisk helsevern. Det er et ønske om at disse pasientene skal behandles, ikke bare straffes.

SCENARIO 3: DIGITALISERING OG NYE BEHANDLINGSVERKTØY GJØR BEHANDLINGEN LETTERE TILGJENGELIG OG GIR ROM FOR BEDRE PASIENTTILPASNING

Pasienter med moderate lidelser

Det er utarbeidet felles regional mal for henvisning som er videreutviklet for å understøtte bedre samhandling og gode pasientforløp. Det er tydelige kriterier for hva en henvisning skal inneholde.

Når henvisningen er behandlet får pasienten et brev på Helsenorge.no med et enkelt spørreskjema som skal fylles ut. Dette er strukturerte digitale skjema der svar kommer direkte inn i DIPS. Ut fra svarene sendes automatisk lenker til e-læring, kurs og filmer som gir bedre sykdomsinnsikt og forståelse for pasienten, og informasjon om hva pasienten selv kan gjøre mens de venter. I noen tilfeller er dette tilstrekkelig, og pasienten har ikke behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Svarene i skjemaet benyttes som en del av utredningen av pasientene. Skjemaet er strukturert slik at svarene også kan nyttes til analyse og oppfølging på andre måter for å videreutvikle tjenesten.

Første samtale gjennomføres kort tid etter henvendelse, gjerne som telefon- eller videokonsultasjon dersom pasienten ønsker det. Behandler vurderer så videre behov og oppfølging.

Pasientene som skal ha poliklinisk oppfølging kan booke/flytte egen time som en del av *Mitt timevalg*. Alle behandlere har etablert oppgaveplan som bidrar til god struktur for få dette til. Fordelingen av henviste pasienter bidrar til en kombinasjon av lette og tyngre pasienter for hver kliniker. Dette bidrar til å ivareta arbeidsmiljøet og beholde faglig kompetanse.

Pasienter får behandling gjennom en kombinasjon av teknologi og ordinære tjenester.

Video-, telefon-, og tekstkonsultasjoner, brukes aktivt underveis i behandlingen, gjerne i kombinasjon med fysiske konsultasjoner. Alle konsultasjonsformer, fysiske og digitale, finansieres på lik linje. Telefon og videokonsultasjoner er like lange som konsultasjoner som blir gjennomført ansikt til ansikt, men det er mindre byrdefyllt og reduserer reisetid for pasienten.

Selvhjelpsprogrammer er vanlige hjelpemidler i behandlingen. Internettassistert behandling som e-Meistring er tatt i bruk for alle som har like god nytte av dette som tradisjonelle pasientforløp. Digital psykoedukasjon brukes for å hjelpe pasienter til å forstå og håndtere sin egen sykdom.

Klinikkene har tatt i bruk digitale verktøy i behandling av enkelte tilstander. Avatarterapi brukes som supplement til terapeutisk behandling av psykose, PTSD, OCD og rusmiddelavhengighet. Bruk av VR-teknologi og simulering brukes aktivt i behandling av angstlidelser, fobier og andre lidelser med behov for eksponering.

Pasientene har alltid tilgang til egen behandlingsplan. Mellom konsultasjonene brukes selvrappoterer gjennom strukturerte digitale skjema for å evaluere effekten av behandlingen. På denne måten kan behandler redusere antall oppfølgingskonsultasjoner, og heller tilby konsultasjon til pasient dersom selvrappotereringen tyder på forverring i tilstand. Dette reduserer behovet for polikliniske konsultasjoner for moderate psykiske lidelser.

Det er tydelige retningslinjer som bidrar til at behandlere kan vurdere om teknologiske verktøy og digital oppfølging vil gi tilstrekkelig nytte og god effekt for pasientene. Dersom det ikke gir resultater får pasient tilbud om konvensjonell relasjonsbasert terapi.

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester

Pasienter med behov for langvarige tjenester følges opp av spesialisthelsetjenesten gjennom skjemabasert oppfølging og brukerstyrt poliklinikk. Ved hjelp av digital, skjemabasert monitorering basert på pasientrapportering (PRO) kan pasientens tilstand følges opp fortløpende, og behandler kan tilby konsultasjoner når pasienten har behov for det, eller pasienten selv kan be om tettere oppfølging. Dette bidrar til at forverringer blir fanget opp raskere. Slik kan pasienten i større grad få oppfølging over tid, men hvor oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser. Pasienten kan veksle mellom fysiske og digitale møter etter behov.

Også pasienter med behov for langvarige tjenester har god nytte at digitale verktøy og hjelpemidler som selvhjelpsprogrammer, og terapeutveiledet internettbehandling. Pasienter som har nytte av e-Meistring benytter dette når de har behov. Pasienter melder selv behov for dette gjennom Helsenorge.no. Det er ikke behov for henvisning for å få tilgang til dette. Dette reduserer antallet nye henvisninger fra pasienter hvor utfordringen allerede er kjent for fastlege og spesialisthelsetjeneste.

Pasienten har mulighet til å kommunisere fortløpende med behandler eller sekretærer/merkantilt personell gjennom Helsenorge.no, også etter at de har avsluttet sine behandlingsforløp. Individuell plan for pasienter som trenger hjelp fra flere tjenester ligger på en egen digital plattform, og oppdateres fortløpende av alle som gir tjenester. Pasienten har tilgang til sine egen plan, og kan involvere seg i egen behandling.

Der hvor det er behov for det kan pasientene få tilbud om åpne forløp. Pasienten kan selv gjenåpne et forløp i spesialisthelsetjenesten uten å måtte gå via fastlege.

Dokumentasjon av behandlingsforløp

Behandlere har tilgang til enkle og brukervennlige digitale verktøy for utredning og evaluering.

Journalsystemene har integrerte funksjoner med fungerende talegjenkjenning som gjør at behandler sparer tid på dokumentasjon. Det er mulighet for å legge videoopptak av behandlingssamtale inn i journal, noe som kan erstatte annen journalføring. Kunstig intelligens brukes til å lage oppsummering av utredning og behandling, slik at det er lettere å få oversikt i tidligere journaler.

Alle registre er knyttet opp mot NPR-melding, og all informasjon registreres kun et sted. God journalføring og dokumentasjon gjør at de nasjonale kvalitetsregistrene er av god kvalitet, og er gode indikatorer for å måle struktur, prosess og resultat.

SCENARIO 4:

NYE ARBEIDSFORMER OG AVKLART OPPGAVEDELING

Nye medarbeidere

Det er gode introduksjonsprogrammer for nye medarbeidere. Unge leger og psykologer har obligatorisk veiledning – også etter endt spesialisering – både i offentlig og privat sektor. De får være ko-terapeut sammen med en erfaren behandler i en periode, slik at de får opparbeide tilstrekkelig kunnskap for behandlingsforløp før de går inn i behandlerrollen på egen hånd. Nye medarbeidere går vakt sammen med erfarne behandlere og får opplæring i postarbeid. De erfarne behandlerne har avsatt tid til å veilede nye medarbeidere.

Det er også tatt i bruk VR-teknologi til opplæring av personell, for eksempel til trening på utfordrende situasjoner med vold og utagering.

Når nye medarbeider ansettes blir det avsatt en andel av arbeidstiden til klinisk arbeid. Dette gir rom for å sette seg tilstrekkelig inn i utrednings og behandlingsformer, rutiner og arbeidsprosesser. Det settes også av tid til forskning.

Oppgavedeling

Spesialister utfører utredning og behandling ved hjelp av klare utrednings- og behandlingsmetoder. Spesialistene utarbeider konkrete behandlingsplaner og strukturerte forløp som følges opp av team. Det er en riktig sammensetning av overleger og psykologspesialister med en spisset spesialisering, og gode, kompetente generalister med helhetskunnskap og helhetsforståelse for pasientene.

Teamene består av sykepleiere, spesialsykepleiere, miljøterapeuter, helsefagarbeidere fysioterapeuter, ergoterapeuter og musikkterapeuter som har klart definerte oppgaver. Teamene samarbeider om behandling av pasienten, og hver enkelt har god kunnskap utover sin egen fagprofesjon. Dette gjør det lettere å håndtere komplekse problemstillinger.

Psykologer går vakt og gjør vurderingssamtaler, innkomstsamtaler og støttesamtaler på post, i samarbeid med leger. Vaktsystemet for psykologer gjør at pasienter får behandling og samtaler også på kveld og i helg, og frigjør kapasitet for LiS-leger til å gjøre legearbeid. Alle pasienter får spesialistvurdering ved innkomst, og slipper å legges inn kun for å vente på spesialistvurdering dagen etter.

Sosionomer utfører sosialfaglig arbeid, og er spesialisert overfor NAV, arbeid og barnevern. Alle pasienter får tilbud om veiledning hos sosionom. Dersom det er behov for mer veiledning av sosionom enn det som er tillagt spesialisthelsetjenesten, skal

sosionom i kommunen bidra i det videre arbeidet for pasient slik at dette blir en del av en sømløs og planlagt videre oppfølging.

Pedagoger er spesialisert på barnehage og skole, og har pedagogiske oppgaver.

Helsesekretærer gjør organisatorisk og administrativt arbeid.

Det finnes dedikert personell som har som oppgave å hjelpe pasienter med digitale utfordringer på poliklinikken, for eksempel helsesekretærer eller helsefagarbeidere.

Det er ansatt jurister i foretakene som bistår spesialister med juridiske spørsmål.

Ledelse og oppfølging

Ledere har satt av tid til å følge opp medarbeidere med utviklingssamtaler, og er tydelig involvert i fagutvikling og forskning. Forskningsinnsatsen går i retning av å studere behandlingsresultater. Dette gjør forskningen relevant for den øvrige driften i klinikken. Det er et større fokus på pasienter med sammensatte tilstander, da dette utgjør en stor andel av pasientene i klinikken. Ny forskning tas raskt i bruk som en del av ordinær utredning og behandling.

Fagpersoner bidrar i utvikling av lokale retningslinjer og kvalitetsforbedringsprosjekter, noe som gir egenmotivasjon til å følge de planer og kvalitetsforbedringer som vedtas. Det er utbredt samarbeid mellom fagmiljøene på tvers av helseforetakene/DPS, noe som gir høyere faglig kapasitet.

Det gis opplæring i selvivaretakelse til alle medarbeidere. Det er utviklet selvhjelpsapper som medarbeidere kan bruke ved behov. Medarbeidere opplever at de strekker til og får tid til å gjøre en god jobb. Motiverte ledere og medarbeidere fremmer fagene og arbeidsplassen.

VEDLEGG 2: MINIPROSJEKTER

Prosjektrapport - Miniprojektene

Hva kan vi gjøre for å legge til rette for bedre rekruttering, redusert turnover og kompetanseheving i PHV og TSB?

Manglende kapasitet, faglig stabilitet og kompetanse i PHV og TSB kan utgjøre en risiko for kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Dette vil kunne påvirke utredning og behandling av pasienter som har rett på tilbud i helseforetakene. De fem miniprojektene ble etablert som en del av prosjektet «Bærekraftig utvikling for psykisk helsevern og rus».

I oppstarten av prosjektperioden ble det foretatt gruppeintervjuer av ledere og medarbeidere, hver for seg, i PHV og TSB, i alle fire helseforetakene i Helse Vest.

Det ble identifisert fem tiltaksområder som i kombinasjon kan bidra til en bærekraftig utvikling, økt rekruttering og redusert turnover:

1. Felles regionale tiltak for å rekruttere flere psykologstudenter til praksisplasser ved helseforetakene i hele foretaksgruppen i Helse Vest.
2. Introduksjonsprogram for nye medarbeidere.
3. Tiltak for å beholde og utvikle medarbeidere
4. Bedre organisering og enklere bruk av allerede eksisterende metodeverktøy.
5. Flere LiS-1 i 3-delt tjeneste.

Prosjektorganisering

Det ble som del av prosjektet opprettet fem delprosjekt med representanter fra medarbeiderne i PHV og TSB. Klinikkdirktørene ved de ulike helseforetakene utpekte en LiS-3, en ung psykolog, en leder, en psykologspesialist og en psykiater, slik at gruppene hadde bred erfaring. Alle helseforetakene har vært representert i alle fem gruppene.

Arbeidsform

- Ett fellesmøte på 120 minutter for alle fem gruppene.
- Tre møter av 60 minutter hvor de fem gruppene jobbet med hvert sitt tiltaksområde.
- Presentasjon for prosjektgruppa/klinikkdirktørene 5 x 45 minutter

Status

Det ble utarbeidet framtidshistorier og prosjektrapporter som følger vedlagt.

Framtidshistorie – Psykologstudenter

Systematisk og god kontakt med studentene underveis i studiet, bidrar til at studentene foretrekker å ha sin praksisperiode i helseforetakene på Vestlandet. Godt planlagte og tilrettelagte praksisperioder, der foretakene også bistår med tilrettelegging av boforhold, vil gjøre at PHV og TSB i Helse Vest blir en attraktiv arbeidsplass som tiltrekker seg nyutdannede psykologer.

Legestudentene har allerede godt planlagte praksisforløp. Vestlandslegen starter opp i Helse Stavanger fra høsten 2023 og deretter suksessivt for Helse Fonna og Helse Førde. Praksisplassene for psykologstudenter nyttes fullt ut på Vestlandet. Helse Stavanger har etablert 16 hovedpraksisplasser, Helse Førde 4, Helse Bergen 21 og Helse Fonna 11 per halvår.

Helseforetakene legger til rette for at studentene kan velge faglig gode hovedoppgaver. Hovedfagsoppgaver som er relevante for studentene og for fagmiljøene.

Helseforetakene i Helse Vest har i fellesskap etablert *en tiltaksplan for rekruttering av studenter i klinisk psykologi* til praksisplasser, og senere til fast stilling i tråd med de behov helseforetakene til enhver tid har. Dette er godt forankret i øverste ledelse. Klinikkleidelsen tar ansvar for oppfølging. Helseforetakene er forberedt slik at alle har felles forståelse og det er gitt informasjon til alle involverte. Tiltakene følges opp kontinuerlig hvert år slik at man har rutiner som gir god rekruttering av studenter.

Studentene og de nyutdannede psykologene får en *utdanningsansvarlig psykologspesialist* etter mal fra spesialistutdanningen for leger.

De utdanningsansvarlige psykologspesialistene fra de fire helseforetakene i Helse Vest har *et faglig utviklingsnettverk* som:

- Samarbeider om å forvalte tiltaksplanen for rekruttering av nyutdannede psykologer og psykologstudenter.
- Samarbeider med fag- og utviklingsavdelingene og avdeling for kompetanse og utdanning i helseforetakene for lokal tilpasning.
- Har ansvar for å tilrettelegge og sikre kvalitet og oppfølging av studentene.
- Tar ansvar for fadderordning, veiledningsordning, arbeidsmengde og trivsel.
- Har et tett samarbeid med universitetene og følger opp fordeling og oppfølging fra lektorene.
- Legger til rette for praksisplasser.
- Gjennomfører årlige oppfølgingsundersøkelser blant studentene som også inkluderer spørsmål om hvorfor studentene velger de ulike praksisplassene.

Prosjektrapport - Psykologstudenter

Kortsiktig mål

Alle helseforetakene i Helse Vest skal nytte alle praksisplassene som er tilgjengelig for psykologstudenter.

Langsiktig mål

Stabil og nødvendig rekruttering av psykologer til foretaksgruppen Helse Vest.

Arbeidsgruppen i delprosjektet foreslår at studentene og de nyutdannede psykologene bør ha en *utdanningsansvarlig psykologspesialist*, på samme måte som leger i spesialisering har utdanningsansvarlige overleger.

De utdanningsansvarlige psykologspesialistene fra de fire helseforetakene i Helse Vest kan danne et *faglig utviklingsnettverk* som:

- Samarbeider om å forvalte tiltaksplanen for rekruttering av psykologstudenter til praksisplasser i helseforetakene i Helse Vest.
- Samarbeider med fag- og utviklingsavdelingene og avdeling for kompetanse og utdanning i helseforetakene for lokal tilpasning.
- Har ansvar for å tilrettelegge og sikre kvalitet og oppfølging av studentene.
- Tar ansvar for fadderordning, veiledningsordning, arbeidsmengde og trivsel.
- Har et tett samarbeid med universitetene og følger opp fordeling og oppfølging fra lektorene.
- Legger til rette for praksisplasser.
- Gjennomfører årlige oppfølgingsundersøkelser blant studentene som også inkluderer spørsmål om hvorfor studentene velger de ulike praksisplassene.

Arbeidsgruppens forslag til regional tiltaksplan for rekruttering av studenter:

- Deltagelse på Schizofrenidagene. Det kan etableres en egen kvote for studenter for aktuelle dager.
- Bistand til å begynne på hovedoppgaven og mulighet for å jobbe deltid mens de avslutter oppgaven. Slike studentstillinger kan lyses ut på Webcruiter med lokal variasjon etter behov.
- Bistand til å finne gode boforhold.
- Introduksjonsperiode.
- Veiledning.
- Sengeposttjeneste i praksisperioden.
- Fadder som sørger for god introduksjon.
- Deltagelse i faglig veiledning, undervisning og seminar på tvers av foretak, digitalt og uavhengig av lokalisasjon, i de tilfeller det er aktuelt.
- Invitasjon til å delta i forskning som allerede pågår.

- Deltagelse på samlinger med veiledere på todagers opphold i løpet av praksisperioden.
- Ansettelse etter praksisperioden og bestått profesjonsstudium, i tråd med helseforetakets til enhver tid gjeldene behov.

Andre rekrutterende tiltak som krever samarbeid med Norsk psykologforening, universitetene og myndighetene

- Helseforetakene kan se nærmere på den lokale B-del, og muligheter til å differensiere lønn til psykologstudenter i sommerjobb, som assistenter på sengepost, i henhold til utvikling/erfaring/stadium i profesjonsstudiet, slik man gjør for legestudenter med lisens.
- Helse Vest kan sammen med helseforetakene ta initiativ til å øke utdanningskapasiteten og særlig understøtte opprettelsen av profesjonsstudium for klinisk psykologi ved Universitetet i Stavanger. Det kan bli lagt fram sak i samarbeidsorganet for utdanning. Helse Vest RHF har allerede bistått i møter med Universitetet i Stavanger.
- Helseforetakene kan bidra til videreutvikling av innholdet i studieplanene, slik at studiene for klinisk psykologi er tilpasset behovet og oppgavene som psykologene møter i helseforetakene.
- Det kan arbeides for å få endret RETHOS- forskriften, slik at det blir et krav om godkjent praksis i helseforetakene for å oppnå autorisasjon som klinisk psykolog.

Konklusjon og anbefalinger

For å nå målet om at alle helseforetakene i Helse Vest skal kunne nytte alle praksisplassene som er tilgjengelig for psykologstudenter, forutsettes det at det må være et systematisk og kontinuerlig arbeid som gjentas årlig.

Når tiltakene er etablert, og alle vet hvem som skal gjøre hva, vil oppgavene være mindre ressurskrevende.

- Delprosjektgruppen anbefaler at man utpeker *utdanningsansvarlige psykologspesialister* etter mal fra spesialistutdanningen for leger, men at disse også skal ha et ansvar for psykologstudenter i praksis og at rollen ikke avgrenser seg til psykologer i spesialisering.
- De utdanningsansvarlige psykologspesialistene fra de fire helseforetakene i Helse Vest kan danne et *faglig utviklingsnettverk* som samarbeider om å lage *en regional tiltaksplan for rekruttering av studenter til praksisplasser*.
- Det er dobbelt så mange psykologer som leger i utdanningsstillinger ved helseforetakene og dette må tas hensyn til når det utpekes ressurser til utdanningsansvarlige psykologspesialister.
- Utarbeidelsen av den regionale tiltaksplanen i det faglige utviklingsnettverket, kan ledes av Helse Vest RHF i samarbeid med de utdanningsansvarlige psykologspesialistene.
- Andre rekrutterende tiltak som krever samarbeid med Norsk psykologforening, universitetene og myndighetene bør arbeides med videre i Helse Vest RHF.

Noen oppsummeringer

Studenter

Fra høsten 2023 er det 100 studenter på hvert kull som studerer klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen. Helse Vest har 52 praksisplasser tilgjengelig hvert halvår.

Høsten 2022 var det 12 psykologstudenter som hadde praksisplass i Helse Vest, 40 plasser ble ikke benyttet.

Januar 2023 - antall leger og psykologer i PHV og TSB i Helse Vest:

LiS-1:	54
LiS-3:	158
Overleger/psykiatere:	314
Psykologer:	377
Psykologspesialister:	423
Sjefspsykolog:	5

Ordning for utdanningsansvarlige overleger

Det er som oftest den mest erfarne overlegen i klinisk praksis som har ansvaret.

Det er en utdanningsansvarlig overlege i BUP, VOP og TSB i alle helseforetakene i Helse Vest, men det er også etablert i enkelte andre utdanningsvirksomheter (sykehus) inkl. flere private ideelle. Arbeidet utgjør varierende andel av full stilling, men +/- 20%.

Det er ikke opprettet en egen stilling, de utfører arbeidet ved å prioritere tid til oppgaven i sin ordinære stilling. Det gis et tillegg i lønn for oppgaven, varierende mellom 25 000 kr- 30 000 kr i året.

Framtidshistorie – Introduksjon av nye medarbeidere

Nyansatte i PHV og TSB i foretaksgruppen Helse Vest blir raskt trygge og motiverte medarbeidere. De får en god introduksjon på sin nye arbeidsplass. Det er etablert felles introduksjonsplan for alle de fire helseforetakene. Opplæringen er organisert og tilpasset lokalt, også for den enkelte enhet og fag. Introduksjonsplanen er godt forankret i øverste ledelse. Klinikkleidelsen tar ansvar for tilpasning og oppfølging i egen klinikk. Bruk av kompetanseportalen er strukturert og gir en god oversikt for ledere og medarbeidere. Helseforetakene er forberedt slik at alle har felles forståelse og det er gitt informasjon til alle involverte.

Introduksjonsplanen er etablert i kompetanseportalen, og gjennomføring av tiltak følges opp i tråd med etablerte rutiner. På denne måten har man en oversikt over den kompetansen nye medarbeidere har, og hva som må suppleres.

Leder oppnevner veileder og fadder til nye medarbeidere i løpet av første arbeidsuke og sørger for at fadder, veileder og den nyansatte, har en forventningsavklaring om ansvar og oppgaver i introduksjonsplanen. Lederen har oppfølging og dialog med nye medarbeidere for å følge opp aktivitet og arbeidsbelastning. Lederen tilrettelegger for teamarbeid rundt store og krevende saker. Lederen sørger også for at alle veiledningstimer, undervisning, vakter og arbeidsoppgaver er en del av ordinær arbeidsplan. Oppgaver og aktiviteter er tilgjengelig i Outlook kalenderen og pasientaktivitet vises også i tråd med etablerte rutiner.

Veilederen har avsatt tid i sin arbeidsplan for å følge opp nye medarbeidere i opplæringsperioden, og har faste veiledningstimer fra første uke. Veilederen følger opp introduksjonsplanen, informerer om selvivaretakelse og gir konkrete tilbakemeldinger på jobben som gjøres.

Fadderer informerer om praktiske ting i avdelingen og i helseforetaket allerede første arbeidsuke. I oppstartsperioden hjelper fadderer til med å informere om faste sosiale aktiviteter, inviterer med på undervisning og lager sosiale treffpunkt slik at den nye medarbeideren raskt blir en del av miljøet og får et godt grunnlag for trivsel.

Nyutdannede psykologer følges opp av en utdanningsansvarlig psykologspesialist for å komme raskt i gang med spesialistutdannelsen når introduksjonsperioden er over, på samme måte som leger i spesialisering følges opp av en utdanningsansvarlig overlege. Det er utdanningsansvarlige psykologspesialister og utdanningsansvarlige overleger i VOP, BUP og TSB i hvert helseforetak.

Prosjektrapport – Introduksjon av nye medarbeidere

Kortsiktige mål

Nye medarbeidere blir tatt godt imot, blir faglig ivaretatt, blir trygge og motiverte.

Langsiktige mål

Nyansatte blir værende på arbeidsplassen.

Nyansatte i PHV og TSB i foretaksgruppen Helse Vest blir raskt trygge og motiverte medarbeidere når de får en god introduksjon på sin nye arbeidsplass. Det bør etableres *en felles introduksjonsplan* for nye medarbeidere for alle de fire helseforetakene, hvor opplæringen er organisert og tilpasset lokalt, også for den enkelte enhet og fag. Planen må være godt forankret i øverste ledelse. Klinikkleidelsen må ta ansvar for tilpasning og oppfølging i egen klinikk. Kompetanseportalens strukturerer gir en god oversikt for ledere og medarbeidere. Helseforetakene må være forberedt slik at alle har felles forståelse og det må gis informasjon til alle involverte.

Arbeidsgruppens forslag til utforming og innhold i introduksjonsplanen for nye medarbeidere:

- Introduksjonsplanen er del av kompetanseportalen og gjennomføring av tiltak følges opp i tråd med etablerte rutiner. På denne måten gir introduksjonsplanen en felles oversikt over den kompetanse nye medarbeidere har og hva som må suppleres.
- Opplæringsperioden varer til alle læringsmålene i planen er gjennomført.
- Leder har ansvar for å tildele planen, utpeke veileder og fadder, tilrettelegge for mer team-arbeid rundt store og krevende saker nye medarbeidere har, er åpen for at ansatte kan si ifra om opplevd arbeidsbelastning og ser på muligheter for at nye medarbeidere kan dele kontor med en mer erfaren kollega.
- Veileder og fadder utpekes av leder fra første dag.
- Veileder har satt av ekstra tid til nyansatte i opplæringsperioden.
- Fadder, veileder og nyansatt har en forventningsavklaring rundt ansvar og oppgaver i introduksjonsplanen.
- Veileder setter opp faste veiledningstimer hver uke fra første uke, følger opp introduksjonsplanen, informerer om selvivaretagelse og gir konkrete tilbakemeldinger på den jobben som gjøres av den nye medarbeideren.
- Introduksjonsplanen eies av den nye medarbeideren og står som eget punkt i kompetanseplanen.
- Fadder informerer om praktiske ting i avdelingen, om sosiale aktiviteter og inviterer til undervisning og sosiale treffpunkt, slik at nye medarbeidere kommer raskt inn i miljøet.
- Første uke er nyansatte uten tidligere erfaring, kun observatør/ «ko-terapeut»

- Det må være en strukturert og planlagt overgang til å ha egne pasienter og gradvis overtakelse av ansvar.
- Minimum 3 opplæringsvakter som følgevakt, også på nattevakt.
- Nyansatte skal ikke gå første selvstendige vakt i en helg.
- Planlagt veiledning/debrief etter de første selvstendige vaktene.
- Læringsmålene som skal være gjennomført før første selvstendige vakt er presisert i introduksjonsplanen.
- Gjennomgang av prosedyrer, rutiner, system, organisering, samarbeid, arbeidsfordeling, det kommunale tilbudet, metodeverktøy, GAT, Checkware, viktige prosedyrer, behandlingslinjen, lovverket, e-læringskrus, DIPS, Meona, e-resept, talegjenkjenning, kodesetting, smittevern fra start, brannsikkerhet mm, må med i planen.
- Introduksjonsdager må være tilstrekkelig i varighet, det skal ikke bare være formidling, det skal bidra til å få oversikt og lære.
- Det bør settes av tilstrekkelig tid til hver konsultasjon de første fire ukene med selvstendig arbeid.
- Det bør være et tilpasset krav til antall pasienter man har ansvar for/inntak hver uke de første 10 ukene.
- Evalueringssamtaler mellom utdanningskandidater, utdanningsansvarlig spesialist og leder holdes to ganger i året. Samtalene finner sted midt i rotasjonen, slik at det kan tas hensyn til gjensidige tilbakemeldinger som må ivaretas for de resterende tre månedene medarbeideren er på avdelingen.
- Der psykologer og leger har behov for intern rotasjon for sin spesialisering skal det skje innenfor det arbeidsforholdet vedkommende har. Dette er innenfor arbeidsgivers handlingsrom.

Konklusjon og anbefaling:

En god introduksjon på ny arbeidsplass gir trygge og motiverte medarbeidere.

- Det bør utpekes *utdanningsansvarlige psykologspesialister* i VOP, BUP og TSB i hvert av helseforetakene, etter mal fra spesialistutdanningen til leger og de allerede etablerte utdanningsansvarlige overlegene.
- Det bør etableres *en felles introduksjonsplan for nye medarbeidere i alle de fire helseforetakene*, hvor opplæringen er organisert og tilpasset lokalt også for den enkelte enhet og fag.
- *Introduksjonsplanen* kan utvikles i et regionalt samarbeid mellom utdanningsansvarlige psykologspesialister og utdanningsansvarlige overleger. Arbeidet kan ledes av Helse Vest RHF
- De utdanningsansvarlige spesialistene kan samarbeide med fag- og utviklingsavdelingene og avdeling for kompetanse og utdanning i helseforetakene for lokal tilpasning av stillinger og innføring av introduksjonsplanen.

Framtidshistorie – Beholde og utvikle medarbeidere

Turnover blant medarbeidere i PHV og TSB i Helse Vest er blitt betydelig redusert. Medarbeiderne foretrekker helseforetakene som arbeidsplass. Det er faglig tilhørighet og gode arbeidsforhold som stimulerer til faglig og personlig utvikling. Faglige resultat støtter opp om fagmiljøenes erkjennelse av at «det gjøres en god og viktig jobb».

PHV og TSB er attraktive arbeidsplasser. Det er god balanse i spesialistdekningen. Det er tilstrekkelig med kompetente veiledere, som igjen gir et godt grunnlag for utdanning og fagutvikling. Alle medarbeiderne deltar i faglige team og har gode muligheter for fagutvikling og fordypning. Utviklingsplaner for den enkelte holdes oppdatert, også for spesialistene. Aktuelle kurs og kompetansehevende tiltak er en naturlig del av utviklingsplanene.

Ledelse og ansvarsoppgaver er tydelig formalisert for alle medarbeiderne, uavhengig av yrkesgruppe, også for psykologer og leger.

LiS-3 og nyutdannede psykologer har en individuell utdanningsplan for spesialistutdannelsen. Utdanningsplanen foreligger som en del av ansettelsesprosessen. Veiledning er en del av ordinær arbeidsplan, oppgaver og aktiviteter er tilgjengelig i Outlook kalenderen og pasientaktivitet vises også i tråd med etablerte rutiner. Rotasjon er planlagt som en del av utdanningsplanen. For psykologene er det utpekt utdanningsansvarlige psykologspesialister og leger i spesialisering har utdanningsansvarlige overleger. Det er et godt samarbeid mellom disse som bidrar til gjennomføring av utdanningsplanene. Evalueringssamtaler mellom utdanningskandidater, utdanningsansvarlig spesialist og leder, holdes to ganger i året. Samtalene finner sted midt i rotasjonen, slik at det tas hensyn til gjensidige tilbakemeldinger, som må ivaretas for de resterende tre månedene medarbeideren er på avdelingen.

Undervisningen for psykologer, LiS-1 og LiS-3 er godt planlagt og åpen for alle som har anledning til å delta, digitalt også fra andre klinikker, i de tilfellene det er aktuelt.

Innholdet i studieplanene til studentene i klinisk psykologi er endret og tilpasset oppgavene som psykologene møter i helseforetakene. Alle studentene har praksisplass i helseforetakene i løpet av studiet, i tråd med RETHOS- forskriften. Gjennomføringen av hovedpraksisperiodene bidrar til godt samspill mellom studentene, psykologene og LIS-3. Studentene er godt kjent med arbeidet i helseforetakene. Overgangen fra student til medarbeider er blitt vesentlig bedre.

Arbeidshverdagen for medarbeiderne i PHV og TSB er forutsigbar og god. De har tilhørighet til arbeidsplassen. Ledere legger til rette for og deltar i faglige samlinger, det bygger et godt sosialt nettverk. Det er samsvar mellom oppgaver og ressurser og det er satt av tilstrekkelig

tid til å fullføre arbeidsoppgavene. Registreringsarbeidet er redusert og forenklet, overgangen til Nasjonale pasientforløp har fjernet unødvendig og tidkrevende registreringer.

Medarbeiderne får strukturerte tilbakemeldinger fra leder. Leger som har aktiv vakt om natten, avspaserer etter vakt. Erfarne psykologer går i vakt i de avdelingene det er vurdert som hensiktsmessig av foretaket.

Det er en god kultur for å delta i forskning og kvalitetsarbeid i alle enheter i helseforetakene. Det er etablert bedre kunnskapsgrunnlag for prioritering og differensiert behandling av pasienter. Når pasientene blir tildelt rett til behandling har dette arbeidet bidratt til et godt faglig grunnlag for videre pasientforløp, (helhetlige, sammenhengende, forutsigbare og planlagte pasientforløp).

Prosjektrapport – Beholde og utvikle medarbeidere

Kortsiktig mål

Redusere turnover

Langsiktige mål

Legge til rette for at medarbeidere får gode arbeidsforhold som stimulerer til faglig og personlig utvikling.

PHV og TSB er attraktive arbeidsplasser.

Arbeidsgruppas forslag til tiltak som hver enkelt klinikk kan kartlegge, utvikle og gjennomføre, i samarbeid med alle klinikker i PHV og TSB i hele foretaksgruppen, og som skal bidra til stabile fagmiljø:

- Har vi tilstrekkelig antall kompetente veiledere?
- Har våre medarbeidere systematisert vurderingsstøtte?
- Har alle behandlere aktiv deltagelse i faglige team?
- Er ledelse og ansvarsoppgaver blant alle medarbeidere formalisert?
- Finnes det individuelle utviklingsplaner for alle medarbeidere, også for spesialistene?
- Har alle LiS-3 og nyutdannede psykologer en individuell utdanningsplan for spesialistutdannelsen.
- Er veiledning godt planlagt og en del av ordinær arbeidsplan?
- Har vi fått på plass utdanningsansvarlige psykologspesialister, et samarbeid dem imellom og et samarbeid med de utdanningsansvarlige overlegene om utdanningsplanene?
- Har vi evalueringssamtaler mellom utdanningskandidater, utdanningsansvarlig spesialist og leder to ganger i året, midt i rotasjonen?
- Er undervisningen godt planlagt og åpen for digital deltagelse i de tilfellene det er aktuelt?
- Nyttas alle praksisplassene vi har tilgjengelig for psykologstudenter og legestudenter? (eget miniprojekt)
- Legger ledere til rette for, og deltar de selv, i faglige samlinger for å bygge et godt fagmiljø?
- Er det samsvar mellom oppgaver og ressurser?
- Er det satt av nok tid til å fullføre arbeidsoppgavene i løpet av arbeidsdagen?
- Får medarbeiderne strukturerte tilbakemeldinger fra leder?
- Føres oppgaver som direkte pasientaktivitet, forberedelse, samarbeid med andre instanser, veiledning, undervisning mm. inn i arbeidsplanen?
- Avspaserer leger som har aktiv vakt om natten, etter vakt?
- Har dere vurdert om det er hensiktsmessig at erfarne psykologer går i vakt i deres klinikk?

- Har dere en god kultur for å invitere deltagere inn i forskning og kvalitetsarbeid?
- Har dere et godt nok kunnskapsgrunnlag for prioritering og differensiert behandling av pasienter?
- Hva slags introduksjon får nye medarbeidere? (eget miniprojekt)

Konklusjon og anbefaling:

Miniprojektene har vist at det er mulig å finne tiltak som har stor oppslutning blant ledere og medarbeidere. Tiltak som vil bidra til faglig stabilitet og gode arbeidsforhold slik at PHV og TSB får beholde og kan utvikle medarbeiderne sine. Mange av tiltakene er «universelle» i den forstand at de vil virke uavhengig av fagområde. Dialog og arbeid i prosjektgruppe og arbeidsgrupper har vist at det er vilje og ønske om å starte et viktig forbedringsarbeid.

Forslag til tiltak i denne rapporten kan hver enkelt klinikk utvikle og gjennomføre i samarbeid med alle klinikker/enheter i PHV og TSB i hele foretaksgruppen. Felles prosjekt for gjennomføring bør etableres så snart rapport fra prosjektet «Bærekraftig utvikling for PHV og TSB» foreligger og er godkjent i styringsgruppen. Helse Vest RHF vil lede det overordnede arbeidet.

Framtidshistorie – Metodebok

Alle klinikkene i PHV og TSB i hele foretaksgruppen Helse Vest har innført metodebok.no. Medarbeiderne er trygge i sine valg av utredning- og behandlingsverktøy. Kvaliteten på behandlingen er god, og pasientene opplever større helsegevinst.

Sunnsofts løsning, metodebok.no, tilgjengeliggjør metodebøker i en portal på nettsiden www.metodebok.no, på PC, nettbrett, mobil og på en egen app som kan brukes uten internetttilgang, og uten bruk av passord. Publiseringsløsningen er spesielt utarbeidet for helsevesenet, og kan benyttes til alle typer veiledere og metodebøker, med mulighet for lokale versjoner.

Helse Vest har etablert en forvaltning av det som publiseres på metodebok.no; fagprosedyrer, retningslinjer, brukerveiledere, behandlingslinjer med mer. Forvaltningen omfatter arbeidsflyt, der det godkjennes at noe kan publiseres på løsningen ut fra vurdering av egnethet, forankring, kvalitetsnivå, produksjon, endring, revisjon til publisering og krav til vedlikehold og oppdatering. Forvaltningen i Helse Vest er organisert med en styringsgruppe, arbeidsgruppe og et forvaltningsråd med representanter fra helseforetakene.

I hvert helseforetak har klinikkdirektørene det overordnede redaktøransvaret, mens klinikkledelsen har det redaksjonelle ansvaret på egen klinikk. Det er en arbeidsgruppe i hver klinikk som jobber med metodeverktøy. Redaktørene innenfor hver spesialitet samarbeider regionalt med redaktører i de andre helseforetakene. LiS-3 har et krav om å gjennomføre et kvalitetsarbeid i sin spesialistutdannelse, og kan delta i revidering av metodeverktøy.

Metodebok.no i Helse Vest er bygget opp med en grunnstruktur, hvor lenker til allerede eksisterende metodeverktøy fra klinikkene ligger *lett tilgjengelig*. Det finnes metodeverktøy for alle spesialitetene BUP, VOP, TSB og Neuropsykologisk enhet, og det er et oppsett for poliklinikk, vaktarbeid, postarbeid, samt diagnosekategorier.

Metodebok.no gir en enkel oversikt over ulike utredningsforløp og behandlinger. Det er beskrevet hva som bør med i et godt utredningsforløp. Medarbeiderne får en enkel oversikt over hvilke verktøy som passer best ved aktuelle problemstillinger og en grundig forklaring på hvordan verktøyene skal brukes og tolkes. Det finnes lenker til differensialdiagnoser som må utelukkes, metodeverktøy for postarbeid, tiltak og rutiner. Lovverket er lett tilgjengelig, med beskrivelser om hvordan behandler skal forholde seg til loven i ulike situasjoner. Vanlige utfordringer for nyansatte er også tatt med; kloke valg for prioritering, hvordan skrive gode epikriser og informasjon om hvem som gjør hva i behandlingssystemet.

Behandlerne opplever det som positivt at man kan se hvilke metoder andre klinikker og helseforetak benytter. Dette har bundet de ulike tjenestefunksjonene bedre sammen og medarbeiderne har fått en bedre forståelse for struktur, system, kontekst og forløp.

Prosjektrapport – Metodebok

Kortsiktige mål

Metodebok.no gir økt kvalitet og behandlerne blir tryggere i sine valg av utredning og behandlingsverktøy.

Langsiktige mål

En god metodebok vil bedre kvaliteten på behandlingen og gi pasientene en større helsegevinst.

Arbeidsgruppas forslag til innhold i metodebok

- En regional gruppe kan sette opp strukturen/skjelettet i metodeverktøyet.
- Lenker til allerede eksisterende metodeverktøy legges inn i metodebok.no
- Det må legges inn metoder for BUP, VOP, TSB, Neuropsykologisk enhet med oppsett for vakt, poliklinikk, døgnet og postarbeid.
- Det bør være en enkel oversikt over ulike utredningsløp, behandling og diagnosekategorier.
- Det bør være en enkel oversikt over hvilke verktøy som passer best og en grundig forklaring på hvordan verktøyene skal brukes og tolkes.
- Evnetester må med.
- Lenker til differensialdiagnoser man må utelukke må med.
- Metodeverktøy for postarbeid, tiltak, rutiner og lovverk må med.
- Metodeboken bør inneholde en oversikt over vanlige problemstillinger som dukker opp når man er nyansatt, som prioritering, epikriseskriving og hvordan man kan jobbe smartere.
- Metodeboken må bygges opp slik at det er enkelt å finne det man trenger.

Konklusjon og anbefalinger

Overgang til bruk av metodebok.no i Helse Vest, må være godt forankret i øverste ledelse. Klinikkleidelsen må ta ansvar for oppfølging. Helseforetakene må være forberedt slik at alle har felles forståelse, og det må være gitt informasjon til alle involverte.

Når forvaltningen av metodebok.no i Helse Vest er fastsatt, kan Helse Vest RHF bidra i det videre prosjektet med å opprette metodebok.no i PHV og TSB. Før vi setter i gang bør det gjøres det en kartlegging blant klinikerne i PHV og TSB, slik at vi får dokumentert at behovet for et nytt og mer oversiktlig metodeverktøy er godt forankret i det kliniske miljøet.

Framtidshistorie - LiS-1 i tredelt tjeneste

I Helse Vest har alle LiS-1 tredelt tjeneste, fire måneder i PHV/TSB, fire måneder ved medisinsk klinikk og fire måneder ved kirurgisk klinikk. De blir tatt godt imot og får en god introduksjon som nye medarbeidere. Legene som utdannes har god kjennskap til PHV og TSB, og de ser at arbeidsplassene i fagfeltet er attraktive. Det er god rekruttering til LiS-3 stillingene i hele foretaksgruppen i Helse Vest. Uansett hvilken spesialitet LiS-1 legene velger videre i utdanningsløpet sitt, har de nå erfaring fra utredning og behandling av mennesker med psykiske lidelser. De vet hvordan de bør møte pasientene og hvordan de best kan hjelpes. De er blitt gode leger.

Kompetansekravene for LiS-1 er oppfylt i BUP ved at kandidatene jobber på en sengepost for barn og unge, har veiledning og deltar i arbeid ved en poliklinikk. VOP har høyspesialiserte poster og kompetansemålene oppfylles også der i samarbeid med poliklinikk og veileder. TSB jobber mye med avhengighetslidelser, men det er tilstrekkelig med pasienter som også har andre psykiske lidelser, slik at kompetansekravene for LiS-1 innfris.

LiS-1 har det trygt, spennende og lærerikt i PHV og TSB. De har fast oppsatt tid til veiledning hver uke hvor de kan diskutere fag med veileder, i gruppe eller individuelt. De følger undervisningen som LiS-3 og psykologene har, når det er aktuelt. LiS-3 er faddere for LiS-1 og deltar i opplæring og tilrettelegging.

De enkelte helseforetakene har spesialistkraft nok til å ta imot alle LiS-1 i PHV og TSB. De utdanningsansvarlige overlegene hjelper til med organiseringen. Det er opprettet flere nye LiS-1 stillinger ved de minste helseforetakene, da de er mer avhengige av LiS-1 i vakt på medisinsk og kirurgisk klinikk, enn de store helseforetakene. Opprettelsen av spesialiteten i akutt og mottaksmedisin, med erfarne leger i akuttmottaket, har gjort alle helseforetakene mindre avhengig av LiS-1 i vakt.

At alle LiS-1 i Helse Vest har tredelt tjeneste, er godt forankret hos de administrerende direktørene og de involverte klinikkdirektørene. Alle klinikkene er godt forberedt på å ta imot LiS-1, da det er gitt god informasjon til alle involverte.

Prosjektrapport – LiS-1 i tredelt tjeneste

Kortsiktige mål

Langt flere leger vil bli kjent med fagområdet PHV og TSB, slik at man både på kort og lang sikt vil øke rekrutteringen.

Langsiktige mål

Flere leger får god kompetanse innen PHV og TSB.

Innspill fra arbeidsgruppa/ klinikere fra alle helseforetakene i Helse Vest:

- Det bør være et krav om at alle leger skal ha LiS-1 tjeneste i PHV og TSB.
- Kompetansekravene for LiS-1 kan oppfylles i både BUP, VOP og TSB.
- For at LiS-1 skal ha det trygt, spennende og lærerikt i PHV/TSB må de ha fast avsatt tid til å diskutere fag med en veileder hver uke, i gruppe eller individuelt.
- De kan følge undervisningen som LiS-3 og psykologene får, når de har anledning.
- LiS-3 kan være fadder_for LiS-1, for å avlaste Veilederen.
- De utdanningsansvarlige overlegene må være med å tilrettelegge.
- Det bør opprettes flere LiS-1 stillinger i helseforetakene.

Innspill fra prosjektgruppa/klinikkdirektørene:

- Alle er positive til at LiS-1 bør få tredelt tjeneste og at dette bør prioriteres.
- Noen av de utdanningsansvarlige overlegene har allerede mye å gjøre og man må vurdere å tilføre flere ressurser.
- Minimumstallet av LiS-1 i medisinsk og kirurgisk klinikk i Helse Førde og Helse Fonna må være førende for det totale antall LiS-1 i tredelt tjeneste.
- Flere LiS-1 i tredelt tjeneste vil påvirke driften i medisinsk klinikk, kirurgisk klinikk og PHV/TSB.
- Det må opprettes flere LiS-1 stillinger.
- Helse Førde har ikke kapasitet til å ta imot flere enn 7 LiS-1 i PHV og TSB.

Konklusjon og anbefalinger

- I Helse Vest er det mulig å gi alle LiS-1 tredelt tjeneste i alle helseforetakene hvis vi oppretter flere LiS-1 stillinger.
- Helse Førde har ikke kapasitet per i dag, til å ta imot flere enn sju LiS-1 i PHV og TSB. De opprettholder derfor den fordelingen de har mellom LiS-1 i todelt og tredelt tjeneste.
- Minimumsantallet av LiS-1 i medisinsk og kirurgisk klinikk i alle helseforetakene må være førende for det totale antall LiS-1 i tredelt tjeneste i deres foretak.

- Vi har gjort beregninger om antall LiS-1 ved hvert foretak ut ifra fordeling og antall LiS-1 høsten 2022 i Helse Vest.
- Minimumsantallet for LiS-1 i **Helse Fonna** i medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk er 20 kandidater, til enhver tid. De trenger totalt 60 LiS-1 stillinger per år hvis alle LiS-1 skal ha tredelt tjeneste. Nå har de 46, de mangler 15 stillinger per år.
- Minimumsantallet for LiS-1 på medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk i **Helse Førde** er 17 kandidater, til enhver tid. De trenger totalt 51 LiS-1 stillinger per år hvis alle skal ha tredelt tjeneste. Nå har de 38, de mangler 12 stillinger. Da Helse Førde ikke har kapasitet i PHV og TSB til å ta imot flere LiS-1, opprettholder de fordelingen av LiS-1 slik de har det i dag.
- Minimumsantallet for LiS-1 på medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk i **Helse Stavanger** er 21 kandidater. De trenger totalt 63 kandidater per år hvis alle skal ha tredelt tjeneste. Nå har de 54 per år og mangler 9 stillinger.
- Minimumsantallet for LiS-1 på medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk i **Helse Bergen** er 23 kandidater. De trenger totalt 69 kandidater per år hvis alle skal ha tredelt tjeneste. Nå har de 60 per år og mangler 9 stillinger.
- Vi opprettholder ordningen med ansettelse av LiS-1 to ganger i året og vi forsøker å få antallet i hvert helseforetak til å gå opp i tre, slik at vaktplanene ikke må endres flere ganger i året.
- Ved to opptak i året vil det komme nye kandidater på avdelingene 1/3, 1/5, 1/7, 1/9, 1/11 og 1/1, og det vil alltid være erfarne LiS-1 på avdelingen som vil hjelpe de nye.

Forslag til tiltak:

- Helse Vest RHF arbeider videre med å skaffe flere LiS-1 stillinger til helseforetakene.
- De utdanningsansvarlige overlegene i PHV og TSB undersøker og tilrettelegger for nye LiS-1 stillinger i sine helseforetak.
- Vi arbeider videre med å øke antall LiS-1 i tredelt tjeneste og velger løsning i samsvar med det antall nye LiS-1 stillinger som opprettes, med mål om at alle LiS-1 i Helse Vest skal få tredelt tjeneste.
- Minimumsantallet av LiS-1 i medisinsk og kirurgisk klinikk i alle helseforetakene må være førende for det totale antall LiS-1 i tredelt tjeneste i alle foretak.
- Mål for økning av antall LiS-1 i tredelt tjeneste er 1/9-24.

Dato			1/3-30/4	1/5-30/6	1/7-31/8	1/9-31/10	1/11-31/12	01/01-28/02	Minimums- antall LIS -1 på med/kir
HFonna	Haugesund	Medisin	10	10	10	10	10	10	20
HFonna	Haugesund	Kirurgj	10	10	10	10	10	10	
		Psyk	6	6	6	6	6	6	
HFonna	Odda	Medisin	4	4	4	4	4	4	
HFonna	Odda	Kirurgj	4	4	2	4	4	4	
HFonna	Stord	Medisin	8	8	8	6	6	6	
HFonna	Stord	Kirurgj	6	6	6	6	6	6	
HFonna	Stord	psyk	1	1	1	1	1	1	
HFørde	Førde	Medisin	7	7	7	8	8	8	17
HFørde	Førde	Kir/ort	16	16	16	15	15	15	
HFørde	Førde	Psykiatri	4	4	4	4	4	4	
HFørde	Lærdal	Medisin	4	4	4	4	4	4	
HFørde	Lærdal	Ortopedi	2	2	2	2	2	2	
HFørde	Nordfjord	Medisin	6	6	6	6	6	6	
HStavanger		Medisin	11+5+5=21	21	21	21	21	21	21
		Kirurgj	11+5+5=21	21	21	21	21	21	
		Psykiatri	5+5=10	10	10	10	10	10	
HBergen		Medisin	9+7+7=23	23	23	23	23	23	23
		Kirurgj	9+7+7=23	23	23	23	23	23	
		Psykiatri	7+7=14	14	14	14	14	14	

Følsomhet Intern (gul)

VEDLEGG 3: PROSJEKTDIREKIV

BÆREKRAFTIG UTVIKLING AV KOMPETANSE OG KAPASITET I PSYKISK HELSEVERN OG TSB

Dato: 05.12.22

Godkjent av: Styringsgruppen

Dokumentkontroll		
Saksbehandler	Gjennomgang	Godkjent av
Signe Gevik		

Distribusjonsliste	
Navn	Institusjon
Styringsgruppen	
Prosjektgruppen	

Endringslogg			
Versjon	Dato	Endring	Endret av
v.1	09.05.22		
v.2	05.12.22	<ul style="list-style-type: none">• Oppdatert datoer i milepælsplan, s 6• Oppdatert oversikt over prosjektgruppe, s 7-8• Oppdatert tidsplanen for prosjektet, s 12-13	Signe Gevik Harestad

Innhold

1. Innledning og bakgrunn	0
1.1 Beskrivelse av nåsituasjonen	0
1.2 Utfordringer og muligheter	0
1.3 Forankring	1
2. Mål	2
2.1 Fremtidsbilde	2
2.2 Leveranser og hovedoppgaver	2
3. Prosjektets avgrensninger og forutsetninger	2
4. Budsjettrammer	3
5. Milepælsplan og overordnet prosjektplan	3
6. Prosjektets interessenter	3
7. Prosjektorganisering og ansvarsfordeling	4
7.1 Prosjektorganisering	4
7.2 Arbeidsform og metode	6
7.2.1 <i>Styrking av kompetanse og</i> <i>behandlingskapasitet</i>	6
7.2.2 <i>Strategisk planlegging av kompetanse og faglig</i> <i>kapasitet</i>	7
8. Kvalitetsplan og kvalitets-leveranseplan	10
9. Kommunikasjonsplan	10
10. Prosjektavslutning – akseptansekriterier	10

1. INNLEDNING OG BAKGRUNN

1.1 Beskrivelse av nåsituasjonen

Det er et økende behov for helsetjenester innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig, spesialisert behandling for pasienter med rus- og avhengighetsproblemer (TSB). Antallet henvisninger er økende, fagpersoner forteller om økende arbeidsbelastning og at pasienter til tider må avslutte behandlingen tidligere enn det som faglig sett er ønskelig.

I 2020/2021 gjorde Riksrevisjonen en utredning av tilbudet innen psykiske helsetjenester i Norge²¹. I sin rapport peker Riksrevisjonen på flere utfordringer innenfor sektoren. Det ble blant annet dokumentert lange ventetider ved flere helseforetak. Pasienter med psykiske plager og lidelser kan oppleve å ikke få hjelp når de trenger det, og bemanningen er ikke alltid tilstrekkelig til å møte pasientenes behov for helsetjenester.

Helseforetakene opplever at det er utfordrende å beholde og rekruttere tilstrekkelig faglig kapasitet for å opprettholde gode tjenester. En undersøkelse utført i Helse Vest viser at psykologer og psykologspesialister er blant yrkesgruppene hvor flest medarbeidere avslutter sitt arbeidsforhold, med henholdsvis 12,4% og 6,8% årlig ekstern turnover²².

Det er også en utfordring å sikre tilstrekkelig faglig kapasitet gjennom rekruttering. I Helse Vest er det vakante stillinger både innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), psykisk helsevern for voksne (PHVO) og TSB.

Cov-19 pandemien har ført til et økt behov for tjenester innen PHV, særlig blant barn og unge. Det er usikkert hvilke konsekvenser dette vil ha for befolkningens behov for helsetjenester innen PHV i de kommende årene.

1.2 Utfordringer og muligheter

PHV og TSB har de siste årene blitt gitt høy politisk prioritet. Det er en målsetting at tilbudet skal styrkes, spesielt for særlig utsatte grupper som barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov²³.

I de regionale helseforetakenes innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023²⁴ presenteres flere tiltak som kan bidra til å utvikle helsetjenestene innen PHV og TSB.

- Utrede framtidig organisering og arbeidsdeling innen PHV og TSB.
- Bruk av digitale helsetjenester som eMeistring.
- Bruk av integrerte arenaflexible tjenester som FACT og ACT.

²¹ Dokument 3:13 (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester

²² Ekstern turnover (2022)

²³ Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

²⁴ Innspill til nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 (2019)

- Etablere system for å kvalitetssikre og anbefale validerte metoder (eks. ungsinn.no).

Samtidig er det nødvendig å ha fokus på å rekruttere og beholde faglig kompetanse i klinikkene. Flere tiltak bør vurderes for å sikre tilstrekkelig faglig kompetanse i PHV og TSB.

- Strukturere involvering av studenter gjennom studiet.
- Tilrettelegging av masteroppgaver.
- Plan for sommerjobber og andre avtaler for å knytte studentene tettere til foretakene underveis i studiene.
- Tredelt LiS1 turnus med obligatorisk del i PHV/TSB.
- Forberedelse før tiltredelse.
- Etablere struktur for introduksjonsperiode.
- Plan for grupper av nye medarbeidere på tvers av spesialitet.
- Organisering og tid til forskning.
- Bedre planlegging av polikliniske konsultasjoner, gjennomgang av hvem som gjør hva også mellom ulike yrkesgrupper.
- Plan for tidsriktige lønns- og arbeidsvilkår.

Det er viktig å ta utgangspunkt i gode kunnskapsgrunnlag. Ved hjelp av systematiske analyser er det mulig å utforske mulighetene på kort, mellomlang og lang sikt, og gi et grunnlag for å utarbeide gode og framtidsrettede strategier for PHV og TSB.

1.3 Forankring

Helse- og omsorgsdepartementet har et uttalt mål om å styrke PHV og TSB i 2022²⁵. Dette er videreført i styringsdokumentet for 2022 til helseforetakene gjennom flere krav:

- *Helseforetakene skal i samarbeid med det regionale helseforetaket utarbeide en strategi for å styrke rekruttering, utdanning og stabilisering av kvalifisert helsepersonell innan psykisk helsevern og TSB, og deretter starte gjennomføring av strategien. Det må takast i bruk eit breitt utval av verkemiddel, og ein må sjå til arbeidet med strategisk kompetanseutvikling.*
- *Helse Vest RHF ber helseforetakene følge opp omtalte undersøkingar utført av Riksrevisjonen (herunder Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester).*
- *Helse Vest RHF ber helseforetakene om å bruke Regional bemanningsmodell som eit kunnskapsgrunnlag i arbeidet med å utvikle lokal kompetansestrategi.*

Helse Vest RHF har tatt initiativ til et felles prosjekt hvor det regionale helseforetaket skal bistå helseforetakene i å følge opp krav i styringsdokumentet. Prosjektet skal drøfte tiltak for å styrke rekruttering og utdanning av helsepersonell innen PHV og TSB, i tillegg til langsiktige strategier for kompetanse- og bemanningsutvikling. Prosjektet vil understøtte foretakenes arbeid med strategi- og utviklingsplan.

²⁵ Oppdragsdokument 2022

Prosjektet eies av direktørmøtet i Helse Vest.

2. MÅL

2.1 Fremtidsbilde

Målet med prosjektet er å foreslå løsninger som kan bidra til at helseforetakene sikrer tilstrekkelig faglig kompetanse for å dekke behovet for helsetjenester innen PHV og TSB på kort, mellomlang og lang sikt, samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas.

2.2 Leveranser og hovedoppgaver

Prosjektet skal foreslå konkrete, kortsiktige tiltak som kan gjennomføres umiddelbart. Tiltakene skal bidra til å styrke behandlingsskapiteten i PHV og TSB gjennom å øke rekruttering og beholde faglig kompetanse i helseforetakene i Helse Vest på kort sikt. Tiltakene skal utarbeides gjennom dialog med ledere i PHV og TSB, og presenteres i direktørmøtet.

Prosjektet skal utarbeide analyser og framskrivninger av tilgjengelig spesialistkompetanse og behov for spesialistkompetanse innen PVH og TSB på mellomlang og lang sikt. Det skal gjøres analyser av flere alternative framtidsscenarioer for å belyse mulighetsrommet. Prosjektet skal som en forlengelse av dette foreslå videre tiltak som kan bidra til at helseforetakene på mellomlang og lang sikt dekker behovet for spesialistkompetanse innen PHV og TSB. Prosessen skal gjennomføres av fagpersoner i helseforetakene, gjennom metodikk for strategisk kompetanseplanlegging som er utviklet i Helse Vest.

Resultatet skal leveres i en rapport til direktørmøtet. Dette arbeidet skal danne et grunnlag for lokale kompetansestrategier i helseforetakene.

3. PROSJEKTETS AVGRENSNINGER OG FORUTSETNINGER

Prosjektet har ikke ansvar for å gjennomføre tiltak og forbedringer som presenteres gjennom prosjektet. Dette skal gjøres av helseforetakene selv.

Prosjektet skal ikke levere konkrete kompetanse- og utdanningsstrategier for det enkelte foretak, men skal være et grunnlag for videre arbeid i fagmiljøene i helseforetakene.

Det skal utføres analyser og framskrivninger på aktuelle yrkesgrupper/spesialiteter med tilknytning til PHV og TSB i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet omfatter ikke framskrivning av arealbehov og sengeplasser.

4. BUDSJETTRAMMER

Hvert helseforetak dekker selv kostnader som påløper. Reisekostnader vil forekomme.

5. MILEPÆLSPLAN OG OVERORDNET PROSJEKTPLAN

Prosjektets milepæler er oppgitt i tabellen under.

Milepæl	Dato
Beslutning om gjennomføring av prosjekt i direktørmøte	Februar -22
Orientering til styringsgruppen	Mai -22
Leveranse: Presentere tiltak for styrking av behandlingsskapitet for direktørmøtet	Januar -22
Leveranse: Framtidsscenarioer	Desember -22
Leveranse: Framskrivninger av behov og bemanning	Januar -22
Hovedleveranse: Regional rapport	Mars -22

6. PROSJEKTETS INTERESSENER

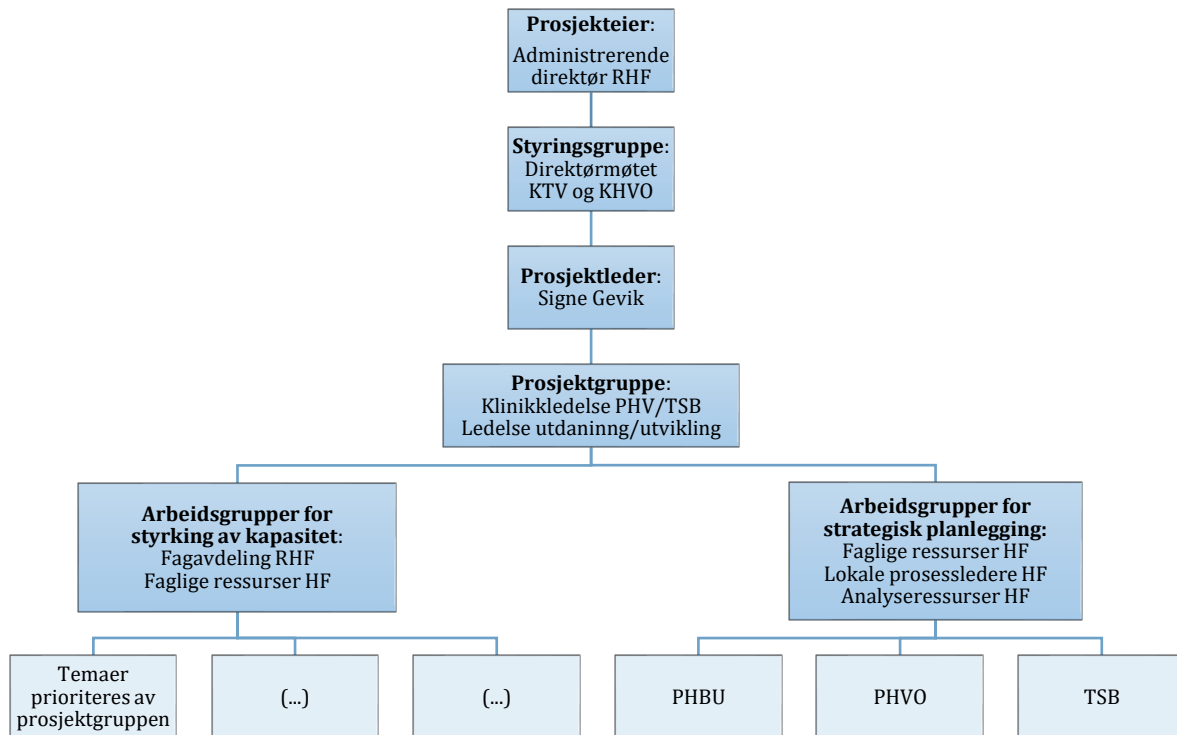
Prosjektets interesser er følgende.

- Medarbeidere og ledere innen PHV og TSB
- Avdelinger for personal og organisasjon i HF
- Avdelinger for fag og utvikling i HF
- Ledere på flere nivåer innen psykisk helsevern og TSB
- Fagdirektører i HF
- Direktørmøtet i Helse Vest
- Konserntillitsvalgte
- Konsernhovedverneombud
- Arbeidsgrupper for Strategi og utviklingsplan i HF
- Helse- og omsorgsdepartementet

7. PROSJEKTORGANISERING OG ANSVARSFORDELING

7.1 Prosjektorganisering

Prosjektet organiseres som illustrert i figuren under.



Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjekteier	Administrerende direktør i Helse Vest	RHF
Styringsgruppeleder	Inger Cathrine Bryne, administrerende direktør	RHF
Styringsgruppemedlem	Direktørmøtet i Helse Vest	HF
Styringsgruppemedlem	Konserntillitsvalgte - Marie Skontorp (Akademikerne) - Wenche Kristin Røkenes (UNIO)	
Styringsgruppemedlem	Konsernhovedverneombud - Ingeborg Sævareid	
Prosjektansvarlig	Hilde Christiansen, MOT-direktør	RHF
Prosjektleder	Signe Gevik	RHF
Prosjektgruppe	Børge Tvedt, klinikkdirektør PHV (HFD) Anne Kristin Kleiven, utviklingsdirektør (HFD) Hans Olav Instefjord, divisjonsdirektør PHV (HBE)	HF/RHF

Rolle	Navn	Tilhørighet
	Brede Aasen, klinikkdirektør PHV (HBE) Liv Kleve, klinikkdirektør PHBU (HBE) Frøydis Haugan, klinikkdirektør sikkerhetspsyk. Christian Ohkdieck, avdelingsdirektør rusmedisin (HBE) Kenneth Eikeset, klinikkdirektør PHV og TSB (HFO) Håvard Wester Breistein, avdelingsleder PHV (HFO) Finn Arve Åsbu, avdelingsleder utdanning og kompetanse (HFO) Sølve Braut, klinikkssjef PHVO (HST) Lars Conrad Moe, klinikkssjef PHBURA (HST) Marie Skontorp, konserntillitsvalgt, Akademikerne Wenche Kristin Røkenes, Konserntillitsvalgt UNIO Ingeborg Sævareid, Konsernhovederneombud Ola Jøsendal, ass. fagdirektør (RHF) Ina Nikoline Wille, spesialrådgiver (RHF)	
Arbeidsgruppe- deltakere	Oppnevnes av helseforetakene: - Faglige ressurser - Lokale prosessledere - Analyseresurser	HF

Styringsgruppen skal

- Godkjenne prosjektdirektiv og prosjektets leveranser
- Forankre prosjektets leveranser i organisasjonen
- Sikre at leveranser gjennomføres og avsluttes
- Evaluere og godkjenne resultatene som legges fram av prosjektgruppen
- Sikre at prosjektgruppen og arbeidsgruppene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å gjennomføre arbeidet

Prosjektansvarlig skal

- Være ansvarlig overfor styringsgruppen
- Bidra til å støtte prosjektgruppen gjennom alle deler av prosjektet

Prosjektleder skal

- Etablere og vedlikeholde direktiv for prosjektgruppen
- Rapportere til styringsgruppen
- Sørge for at leveranser gjennomføres i henhold til føringer og milepæler fastsatt av styringsgruppen
- Bidra med konkrete oppgaver for å drive prosessen

Prosjektgruppen skal

- Forankre prosjektets leveranser i organisasjonen
- Sikre kvalitet i leveransene som legges fram av arbeidsgruppene
- Sikre at arbeidsgruppene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å gjennomføre arbeidet
- Delta i arbeidsgruppene ved behov
- Påse at tiltak som besluttes i prosjektet følges opp, både umiddelbare og langsiktige tiltak

Faglige ressurser skal

- Bidra med faglig kompetanse i arbeidsgruppene
- Delta aktivt i arbeidsmøter og gjennomføre oppgaver som forelegges av prosjektleder og lokal prosessansvarlig

Lokale prosessansvarlige skal

- Koordinere det lokale arbeidet i helseforetakene i arbeidsgruppene for strategisk planlegging
- Gjøre kartlegging og analyse på lokalt nivå, ved hjelp av utviklede styringsverktøy og i samarbeid med fagpersoner og analyseressurs i helseforetaket
- Delta aktivt i arbeidsmøter og gjennomføre oppgaver som forelegges av prosjektleder

Analytikere skal

- Bistå med kartlegging og analyse på lokalt nivå, ved hjelp av utviklede styringsverktøy og i samarbeid med lokale prosessansvarlige og fagpersoner

7.2 Arbeidsform og metode

Prosjektgruppen vil ha det overordnede ansvaret for gjennomføringen av prosjektet. Leveransene utføres av **arbeidsgruppene**.

Arbeidet vil i hovedsak skje via videokonferanse/Teams. Prosjektgruppen og arbeidsgruppene skal delta i en fysisk heldagssamling ved oppstart og en fysisk samling ved avslutning av prosjektet.

7.2.1 Styrking av kompetanse og behandlingsskapasitet

Framdrift for denne prosessen skal drøftes i prosjektgruppen. Prosjektgruppen skal i samråd med representanter fra fagavdelingen i Helse Vest RHF foreslå og prioritere kortsiktige «miniprojekter», samt vurdere om det skal opprettes arbeidsgrupper for en grundigere prosess rundt prosjektene. Det anbefales at følgende tema drøftes:

- Involvering av studenter
- Introduksjon til nye medarbeidere
- Tredelt LiS1 turnus med obligatorisk del i PHV/TSB i et avklart volum i hvert foretak
- Introduksjon til LiS 2 og LiS 3

De kortsiktige prosjektene skal presenteres i direktørmøtet. Tiltakene i prosjektene skal videreføres til det øvrige arbeidet som gjøres i hovedprosjektet.

Arbeidsgrupper for styrking av kapasitet:

Studenter

- Strukturere involvering av studenter gjennom studiet
- Masteroppgaver
- Plan for sommerjobber og andre avtaler for å knytte studentene tettere til foretakene underveis i studiene

Introduksjonsprogram nye medarbeidere

- Forberedelse før tiltredelse
- Etablere struktur for introduksjonsperiode
- Beskrivelse av "fadderordning"
- Plan for grupper av nye medarbeidere på tvers psykiatere/psykologer

LiS 1 - tredelt turnus

- Plan og struktur for gjennomføring av større andel LiS-leger i tredelt turnus
- Strategi og tiltak for å rekruttere tilbake til LiS2 og 3 for barne- og ungdomspsykiatere, psykiatere og rus- og avhengighetsmedisinere

Introduksjon nye LiS2/3

- Etablere strukturert utdanningsplan
- Faglig samarbeid mellom foretakene for de respektive faggruppene
- Felles faglig veiledning - vurdere nye modeller for undervisning

7.2.2 Strategisk planlegging av kompetanse og faglig kapasitet

Det vil gjennomføres inngående kartlegging og analyser av faglig kapasitet vil ved hjelp av metode for strategisk kompetanseplanlegging utviklet av Helse Vest RHF. Metoden er basert på scenariometodikk, og vil hjelpe arbeidsgruppen å utforske mulige tiltak innen flere tema.

Det vil opprettes arbeidsgrupper for hvert av fagområdene PHBU, PHVO og TSB. Arbeidsgruppene vil drøfte følgende hovedkategorier.

- Poliklinisk behandling
 - o Beskrive oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper
 - o Planlegge faste aktiviteter/tiltak på faste ukedager – bidra til forutsigbare, planlagte og sammenhengende pasientforløp
- Døgnbehandling
 - o Beskrive innhold og oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper
- Enighet om fag
 - o Etablere prosesser for å sikre tilslutning til felles faglige retningslinjer og behandlingsmetoder
 - o Hvordan benytte asynkron utredning og behandling
 - o Nye måter å møte ulike pasientgrupper på. Er det nye handlingsrom som bør videreutvikles raskt?

Arbeidsgrupper for strategisk planlegging:

PHBU

PHVO

TSB

Poliklinikk

Døgn

Fag

Poliklinikk

Døgn

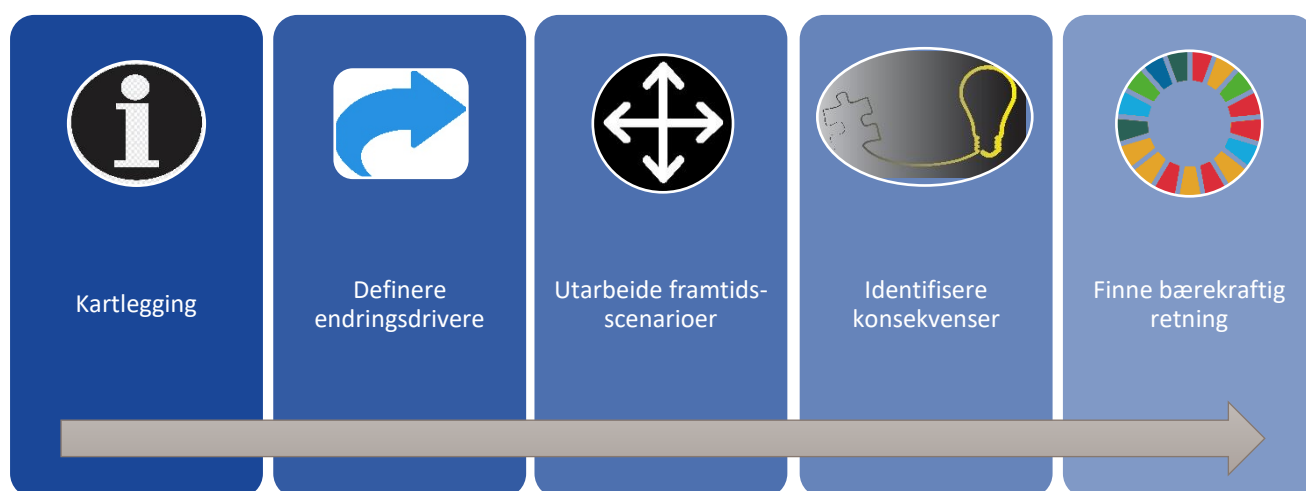
Fag

Poliklinikk

Døgn

Fag

Hver av gruppene vil gjennomføre prosess for Strategisk kompetanseplanlegging. Prosessen er delt inn i fem faser.



1. **Kartlegging:** Arbeidsgruppene utarbeider en beskrivelse av dagens situasjon innen de aktuelle yrkesgruppene. Dette innebærer kompetanseområder og kapasitet, samt organisering av avdelingene. Kartleggingen skal presenteres for prosjektgruppen, og være et utgangspunkt for videre arbeid.
2. **Definere endringsdrivere:** Arbeidsgruppene skal identifisere hvilke endringer som vil påvirke fagområdene på mellomlang og lang sikt.
3. **Utarbeide framtidsscenarioer:** Basert på endringsdriverne skal arbeidsgruppene utarbeide 2-4 ulike framtidsscenarioer som beskriver mulige framtidige situasjoner for fagområdene.
4. **Identifisere konsekvenser:** Arbeidsgruppene skal identifisere mulige konsekvenser av framtidsscenarioene. Hvert helseforetak skal gjøre kvantitative analyser på konsekvenser av scenarioene på behov for kompetanse og

tilgjengelig bemanning i eget helseforetak. Her vil Nasjonal bemanningsmodell brukes som verktøy.

5. **Finne bærekraftig retning:** Arbeidsgruppene skal i fellesskap utarbeide et scenario som utgjør en bærekraftig retningen for fagområdene. Det skal utarbeides felles, overordnede tiltak som kan bidra til å oppnå det bærekraftige scenarioet.

Arbeidet vil starte med en fysisk heldagssamling. Hensikten med samlingen er å få en solid start på arbeidet, og i fellesskap jobbe med de innledende oppgavene. Deretter vil arbeidsgruppene samles i digitale arbeidsmøter omlag hver 14. dag i prosjektperioden. I møtene vil gruppene kunne diskutere og samordne oppgaver som er gjort foretaksvis, og gjennomføre felles oppgaver for å drive prosessen videre.

Mellom arbeidsmøtene vil arbeidsgruppedeltakerne få oppgaver som forberedelse til møtene. Oppgavene vil bestå av spørreundersøkelser og skjemaer som skal fylles ut. Det må derfor forventes å sette av noe tid mellom møtene.

Helseforetakene skal avslutningsvis levere en skriftlig presentasjon av de kvantitative analysene av framtidsscenarioer, inkludert et bærekraftig scenario for sitt respektive helseforetak.

Prosjektleder har ansvar for å utarbeide en regional rapport som oppsummerer arbeidet.

Periode*	Deltakere	Tema (overordnet)
Februar -22	Prosjekteier	Godkjenning av forslag til prosjektdirektiv
April -22	Styringsgruppen	Styringsgruppemøte
April-mai -22	Prosjektgruppen	Forberedende fase - <i>Digitale møter</i>
Mai -22	Arbeidsgrupper - <i>Strategisk planlegging</i>	Oppstart av prosjekt - <i>Fysisk heldagssamling</i>
Mai-august -22	Arbeidsgrupper - <i>Strategisk planlegging</i>	Kartlegging - <i>Digitale arbeidsmøter</i>
September -22	Styringsgruppen	Styringsgruppemøte
September-november -22	Arbeidsgrupper - <i>Strategisk planlegging</i>	Utarbeide scenarioer - <i>Digitale arbeidsmøter</i>
November -22	Styringsgruppen	Styringsgruppemøte
Desember -22	Styringsgruppen	Styringsgruppemøte
Desember-januar -22	Arbeidsgrupper - <i>Strategisk planlegging</i>	Tallfesting og analyse av scenarioer - <i>Lokale møter i helseforetakene</i>

Periode*	Deltakere	Tema (overordnet)
Januar -22	Arbeidsgrupper - <i>Strategisk planlegging</i>	Framskrivninger og bærekraftig retning - <i>Fysisk heldagssamling</i>
Februar -22	Styringsgruppen	Styringsgruppemøte
Mars -22	Prosjekteier	Godkjenning av prosjektrapport

*Tidsplan er foreløpig, og kan endres

8. KVALITETSPLAN OG KVALITETS- LEVERANSEPLAN

Arbeidsgruppens leveranser kvalitetssikres av deltakere i arbeidsgrupper og prosjektgruppen.

9. KOMMUNIKASJONSPLAN

Prosjektet skal lage en kommunikasjonsplan med tilhørende tiltaksplan. Disse skal godkjennes i styringsgruppen.

I tillegg skal prosjektet lage en kommunikasjons-leveranseplan som beskriver på et detaljert nivå hvilke kommunikasjonsaktiviteter som skal skje på hvilken måte til hvem, når og av hvem. Denne planen skal oppdateres fortløpende gjennom prosjektet.

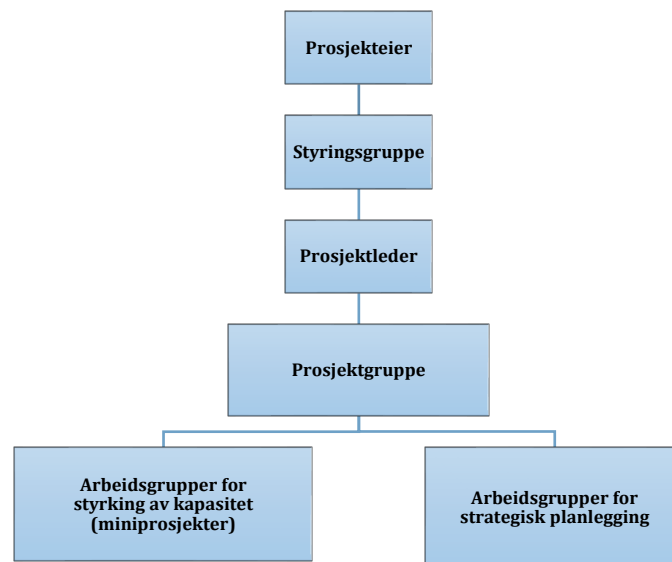
10. PROSJEKTAVSLUTNING – AKSEPTANSEKRITERIER

Prosjektet avsluttes når alle leveranser er gjennomførte og prosjekteier har godkjent prosjektrapporten.

VEDLEGG 4: GJENNOMFØRINGSPROSESS

Prosjektorganisering

Prosjektet er organisert som presentert i figuren:



Prosjektdeltakerne er oppgitt i tabellen under.

Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjekteier og styringsgruppeleder	Inger Cathrine Bryne, administrerende direktør i Helse Vest	RHF
Styringsgruppeleder	Administrerende direktør i Helse Vest	RHF
Styringsgruppe-medlem	Direktørmøtet i Helse Vest Marie Skontorp, konserntillitsvalgt Wenche Kristin Røkenes, konserntillitsvalgt Ingeborg Sævareid, konsernhovedverneombud	HF Akademikerne UNIO
Prosjektansvarlig	Hilde Christiansen, direktør for Medarbeider, organisasjon og teknologi	RHF
Prosjektleder	Signe Gevik Harestad	RHF
Delprosjektleder	Ina Nikoline Wille	RHF
Prosjektgruppe	Børge Tvedt, direktør psykisk helsevern Anne Kristin Kleiven, direktør fag og utvikling Hans Olav Instefjord, divisjonsdirektør divisjon for psykisk helsevern Brede Aasen, klinikkdirektør psykiatrisk klinikk Liv Kleve, klinikkdirektør klinikk psykisk helsevern for barn og unge Frøydis Haugan, klinikkdirektør klinikk for sikkerhetspsykiatri Christian Ohldieck, avdelingsdirektør avdeling for rusmedisin Kenneth Eikeset, klinikkdirektør klinikk for psykisk helsevern og rus Håvard Wester Breistein, avdelingsleder psykisk helsevern Haugesund sjukehus	HFD HFD HBE HBE HBE HBE HBE HBE HFO HFO

Rolle	Navn	Tilhørighet
	Finn Arve Åsbu, avdelingsleder utdanning og kompetanse-avdeling Sølve Braut, klinikk sjef klinikk for psykisk helsevern voksne Lars Conrad Moe, klinikk sjef PH barn, unge og rusavhengige Marie Skontorp, konserntillitsvalgt Wenche Kristin Røkenes, konserntillitsvalgt Ingeborg Sævareid, konsernhovedverneombud	HFO HST HST Akademikerne UNIO
Arbeidsgruppe Styrking av kapasitet (miniprojekter)	<p>Studenter</p> Gro O. Fanebust Ina Marie Sagen-Roland Sigmund Bjørhovde Lars Øhlckers Anne Seim Grønningsæter	HBE HFO HFD HST HBE
	<p>Introduksjonsprogram for nye medarbeidere</p> Ingrid Moe Tove Ødegård Simen Nyland Helle Håland	HBE HFO HFD HST
	<p>Metodebok</p> Snit Hagosa Ghebriel Solveig Vågen Marianne Skretting Jørgen Bråthen Cesar Damian Sanhueza Anne Grete Seim Grønningsæter	HFO HFD HST HST HST HBE
	<p>Beholde og utvikle medarbeidere</p> Ingrid Moe Else Marie Løberg Karianne Christensen Stig Magne Solstad Kjersti Hamre Lotsberg Therese Marlen Svendsen	HBE HBE HFO HFD HST HBE
	<p>LIS-1 i tredelt turnus</p> Kristin J. Bovim Svein Olav Syverstad Avdelingssjef Svein Ove Alisøy Marianne Skretting Therese Marlen Svendsen	HBE HFO HFD HST HBE
Arbeidsgruppe Strategisk planlegging	<p>BUP</p> Simen Nyland Siv Merete Handeland Georg Walter Reinhardt Thomas Hasmo Eilertsen Lars Ravn Øhlckers Marianne Skretting Bjarte Bruntveit, tillitsvalgt Snit Hagosa Ghebriel, tillitsvalgt	HFD HFO HFO HFO HST HST HBE HFO

Rolle	Navn	Tilhørighet
	TSB	
	Solveig Vågen	HFD
	Rune Løvold	HBE
	Sven Olav Syverstad	HFO
	Geir Fiskå	HST
	Eirik Holder, tillitsvalgt	HST
	VOP	
	Stig Magne Solstad	HFD
	Gunn-Vivian Eide	HBE
	Endre Bø Blindheim	HFO
	Kirsti Hansen	HST
	Henriette Rafoss Grimsby	HST
	John Mullen, tillitsvalgt	HST
	Lokale prosessledere	
	Benedicte Søggen Bendiksen	HFD
	Eline Vartdal Sætre	HBE
	Rita Riise	HFO
	Linda Lie	HFO
	Lokale analytikere	
	Stig Kjartan Hauger	HFD
	Ingunn Berg	HFD
	Tonje Renate Hellesund	HBE
	Espen Lippestad	HFO
	Ole Christian Langlo	HST
	Ingrid Johansen	HST

Arbeidsgruppene har bestått avdelingsledere, overleger, psykologspesialister og leger/psykologer i spesialisering fra barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt tillitsvalgte fra de tre sektorene.

Gjennomføring

Prosjektet ble gjennomført i to deler.

Delprosjekt 1: Styrking av kompetanse og behandlingsskapitet (miniprojekter)

Delprosjektet utforsket løsninger som på kort og mellomlang sikt kan bidra til å dekke det umiddelbare behovet for spesialistkompetanse innen PHV og TSB i helseforetakene i Helse Vest.

Gjennom intervjuer med 20 ledere og 20 klinikere fra alle helseforetakene i Helse Vest ble det identifisert fem tiltaksområder som i kombinasjon kan bidra til en bærekraftig utvikling, økt rekruttering og redusert turnover.

- Øke rekruttering av psykologstudenter til praksisplasser.
- Introduksjonsprogram for nye medarbeidere.

- Beholde og utvikle medarbeidere.
- Organisering og bruk av metodeverktøy.
- LiS 1 i tredelt tjeneste.

Helseforetakene var representert av minst en LiS 3, en ung psykolog, en leder, en psykologspesialist og en psykiater, for å sikre bred erfaring i gruppene. Intervjuene ble utført digitalt.

Delprosjekt 2: Strategisk planlegging av kompetanse og faglig kapasitet

Formålet med det andre delprosjektet var å anbefale en langsiktig strategisk retning for psykisk helsevern og TSB.

Arbeidsgruppene besto av ledere, klinikere og tillitsvalgte fra BUP, VOP og TSB. Arbeidsformen var en kombinasjon av digitale møter, og fysiske samlinger.

Det ble gjennomført inngående kartlegging og analyser av aktivitet og faglig kapasitet ved hjelp av metode for strategisk kompetanseplanlegging og scenarioanalyse. Det ble utarbeidet framskrivning av behov for bemanning ved hjelp av Nasjonal bemanningsmodell.

Metodikk

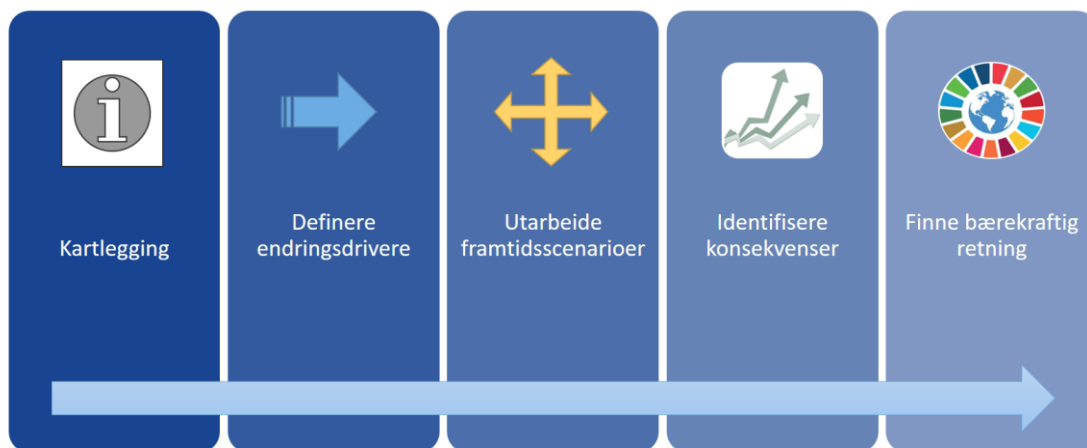
Arbeidet er gjennomført ved bruk av metodikk for Strategisk kompetanseplanlegging som er utviklet i Helse Vest. Metodikken er basert på scenarioanalyse.

Scenarioanalyse er en kvalitativ og strukturert metode for langsiktig planlegging som er spesielt godt egnet når framtiden er usikker. Hensikten med scenarioanalyse er å utfordre vår oppfatning om hvordan noe vil utvikle seg, for eksempel tilbud og etterspørsel etter personell i spesialisthelsetjenesten. Scenariometoden bidrar til å bedre forstå drivkrefter og forberede seg på hva som kan skje i framtiden. Metoden kaster nytt lys på veivalg, alternative utviklinger og beslutninger vi står overfor i dag.

I scenarioanalysen utvikles ulike framtidbilder, også kalt scenario. Scenarioene beskriver mulige, ikke nødvendigvis sannsynlige eller foretrukne, utviklinger. *Et scenario er ikke en prognose eller forventning om framtiden.* Det er heller ikke en visjon som gir et bilde av den framtiden vi ønsker oss. Scenarioer er langsiktige perspektiver med utfordrende antakelser om framtiden. Scenarier er omhyllert av usikkerhetsbetraktninger, og det viktigste er i hvilken retning drivkrefter i omverdenen tar. Drivkrefter er byggesteiner for scenarioene. Viktige drivkrefter er det som skaper endringer og gir føringer for en utvikling eller trend. Drivkrefter kan være eksterne eller interne strukturer, mønstre og markeder som påvirker pasientens behov for helsetjenester og/eller tilgjengelig personell i helsetjenesten.

Scenariometodikk

Scenariometodikken er bygd opp av fem delprosesser.



De fem delprosessene i scenariometodikk.

De første to delprosessene handler om å forstå faget og arbeidssituasjonen slik den er i dag og forstå hvilke krefter som påvirker endring og framtidig retning for faget. Basert på drivkreftene utarbeides kvalitative framtidshistorier som skal utforske, inspirere og utfordre. Under delprosess fire kvantifiseres framtidshistoriene, for å finne de faktiske konsekvensene av historiene. Til dette benyttes verktøyet Nasjonal bemanningsmodell. Målet med prosessen er til slutt å identifisere det som kan være en bærekraftig retning for faget, og hvilke tiltak som kan hjelpe oss mot denne retningen.

1. **Kartlegging**

Prosessene starter med en kartlegging av tjenesteområdene slik de er i dag. Formålet med kartleggingen er å lage et oppdatert kunnskapsgrunnlag som utgangspunkt til det videre arbeidet. For å kunne si noe om hvilke problemstillinger vi står overfor og hvordan endringer vil påvirke tjenesten, er det nødvendig med en forståelse av hvordan situasjonen er i dag. Kartleggingen omfatter en analyse av dagens bemanning, kompetanseområder og kapasitet, oppgaver og organisering.

2. **Definere endringsdrivere**

Kartleggingen viser arbeidssituasjonen og bemanningssituasjonen i PHV og TSB i dag. Samtidig er samfunnet – og helsetjenesten – i stadig endring. Å estimere det framtidige behovet for faglig kapasitet basert på dagens situasjon vil i beste fall gi et unyansert bilde. Derfor er det nødvendig å identifisere hvilke faktorer eller drivkrefter som vil drive endringen i tjenesten i framtiden. I denne delen er det fokus på å identifisere drivkrefter som vil påvirke tjenesten på mellomlang og lang sikt. Dette gjøres for å skape en bevissthet rundt impulsene som driver endringene i faget. Både interne, påvirkbare drivere og eksterne, ikke påvirkbare drivere inkluderes. Dette kan være endringer innenfor f.eks. teknologi, organisering, oppgavedeling, kompetansesammensetning eller regulatoriske rammer.

3. **Utarbeide framtidsscenarioer**

Basert på driverne som defineres i del to identifiseres mulige endringer i tjenesten. Det utarbeides fortellinger om den framtidige situasjonen for PJV og

TSB som beskriver ulike framtidsbilder. Scenarioene skal beskrive et mulig bilde av fremtiden som en konsekvens av endringsdriverne. Formålet med scenariofortellingene er å utforske mulighetsrommet for fremtiden for tjenesten. Fortellingene er skrevet med tanke på å bevege seg i ytterkanten av det som er sannsynlig eller mulig.

4. Identifisere konsekvenser

For å kunne si noe om hvilken effekt framtidsscenarioene har på behov for kompetanse og tilgjengelig faglig kapasitet er det nødvendig å kvantifisere resultatene. Effekten av endringene tallfestes, og ved hjelp av verktøyet Nasjonal Bemanningsmodell beregnes de fremtidige konsekvensene for behov og tilgjengelig kapasitet for hvert av scenarioene. Gjennom modellen estimeres behovet for helsepersonell på mellomlang og lang sikt, samt tilgjengelig personell i fremtiden basert på dagens antall medarbeidere. Dette gjøres for å synliggjøre om scenarioene har en positiv eller negativ effekt på tjenesten, og i hvor stor grad framtidsretningene vil endre faget. Kvantifiseringen gir en konkret indikator for effekten, som er nødvendig å ha med seg inn i den siste deloppgaven, hvor den bærekraftige retningen skal defineres.

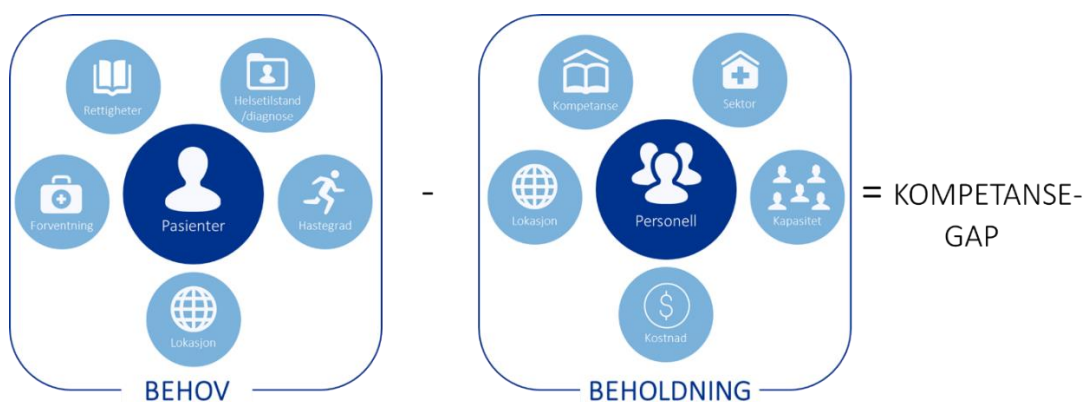
5. Finne bærekraftig retning

Formålet med prosessen er å finne en bærekraftig retning som vi ønsker å lede tjenesten mot. Dette gjøres ved å identifisere et scenario eller en kombinasjon av scenarioer som til sammen skaper framtidsbildet vi ønsker å ha som mål. Samtidig skal det utarbeides forslag til tiltak som kan bidra til å styre utviklingen mot dette målbildet. Det er nødvendig at tiltakene er konkrete og gjennomførbare.

Nasjonal Bemanningsmodell

Kvantifiseringen av framtidsscenarioene er gjort ved hjelp av Nasjonal Bemanningsmodell (NBM). NBM er et framskrivningsverktøy som brukes til å tallfeste behov for kompetanse og tilgjengelig kompetanse.

NBM er basert på framskrivning av aktivitet (behov) og bemanning (beholdning). En forenklet framstilling av den metodiske tilnærmingen er gjengitt i figuren under.



Framskrivningen av pasientaktivitet, og påfølgende behov for faglig kapasitet, er basert på aktivitet i et utgangår, hentet fra Norsk pasientregister (NPR), og demografisk befolkningsvekst beregnet av Statistisk sentralbyrå (SSB). I NBM kan man endre

aktivitetsveksten som inngår i denne framskrivningen, samt variabler knyttet til organisering av personell og verdiskapende tid for pasienten.

Beholdning, eller tilgjengelig kompetanse, er framskrevet basert på kompetansebeholdningen i spesialisthelsetjenesten i utgangsåret, hentet fra lønn- og personalsystemer. I NBM kan man endre stillingsprosent, fraværspersent, pensjonsalder, turnover og rekruttering.

Usikkerhetsfaktorer

Alle framskrivninger inneholder høy grad av usikkerhet. Det legges en rekke forutsetninger til grunn, som alle har større eller mindre grad av usikkerhet rundt seg. Framskrivningen er ikke en forventet utvikling. Formålet er å vise en mulig konsekvens ut fra de gitte forutsetningene, og den mulige effekten av konkrete tiltak.

VEDLEGG 5: ANALYSENOTAT

De påfølgende analysene tar utgangspunkt i faglig spesialistkapasitet – overleger, psykologspesialister og leger/psykologer i spesialisering – i foretaksgruppen Helse Vest, innen tjenesteområdene PHBU, PHVO og TSB.

Medarbeiderne er kategorisert ut fra om de arbeider på polikliniske enheter, døgnposter eller i administrative enheter. Medarbeidere som er ansatt ved kombinasjonsenheter, med tilknytning til både poliklinikk og døgnpost, er fordelt 50/50 på disse to. Dette er med unntak av for PHBU, hvor det antas at alle medarbeidere på kombinasjonsposter jobber poliklinisk. Det er i hovedsak leger som er ansatt på kombinasjonsposter.

Antall gjennomførte årsverk i 2022

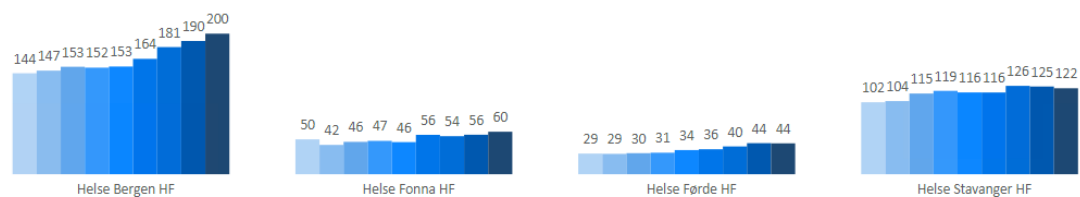
Helseforetak	Administrativt	Døgnpost	Poliklinikk	Poliklinikk/ Døgnpost	Total
☐ Helse Bergen HF	29	65	277	84	455
BUP	2	7	100	36	145
TSB	5	12	39	16	72
VOP	21	46	138	32	237
☐ Helse Fonna HF	4	27	65	27	123
BUP		4	30	4	38
TSB		1	4		5
VOP	4	22	31	23	79
☐ Helse Førde HF	0	13	41	16	70
BUP		3	22		26
TSB		2			2
VOP	0	7	19	16	42
☐ Helse Stavanger HF	11	64	144		219
BUP	5	10	71		85
TSB	1	3	14		19
VOP	5	50	59		115
Total	44	168	527	127	866

Figur 4: Antall gjennomførte årsverk tilknyttet administrative- døgn- og polikliniske enheter, ekskludert ferier og permisjoner. Kilde: Agresso.

Helse Bergen HF er det helseforetaket som har hatt den sterkeste økningen i spesialistkapasitet for alle tjenesteområder over den siste 10 års-perioden. Deler av økningen kan knyttes til endring i organisering, eksempelvis Helse Bergen sin overtakelse av Bergensklinikken i slutten av 2019, med en påfølgende økning i antall årsverk innen TSB.

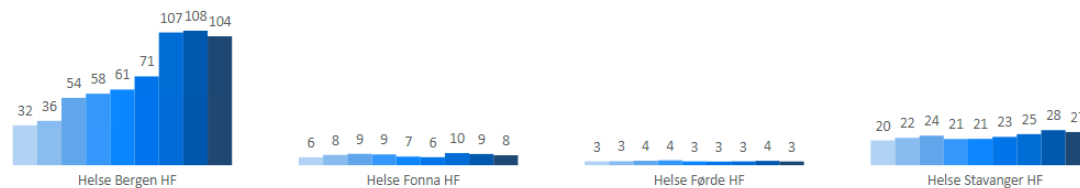
Historisk utvikling: Antall spesialister BUP

● 2014 ● 2015 ● 2016 ● 2017 ● 2018 ● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022



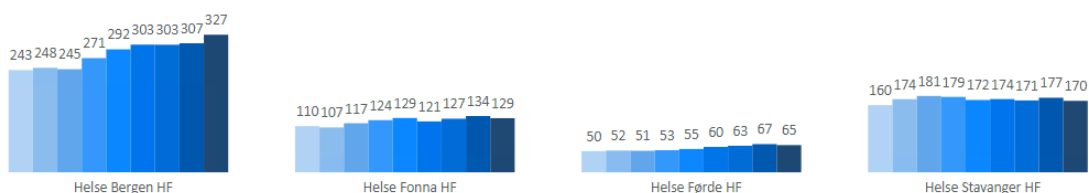
Historisk utvikling: Antall spesialister TSB

● 2014 ● 2015 ● 2016 ● 2017 ● 2018 ● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022



Historisk utvikling: Antall spesialister VOP

● 2014 ● 2015 ● 2016 ● 2017 ● 2018 ● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

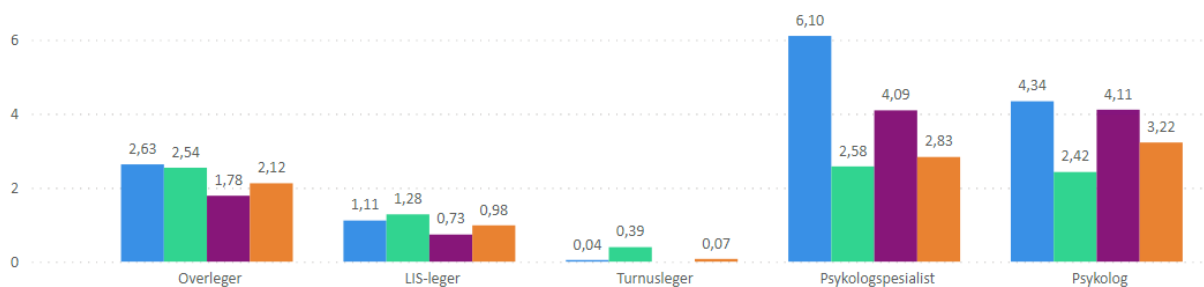


Figur 5: Utvikling i spesialistkapasitet. Kilde: Agresso.

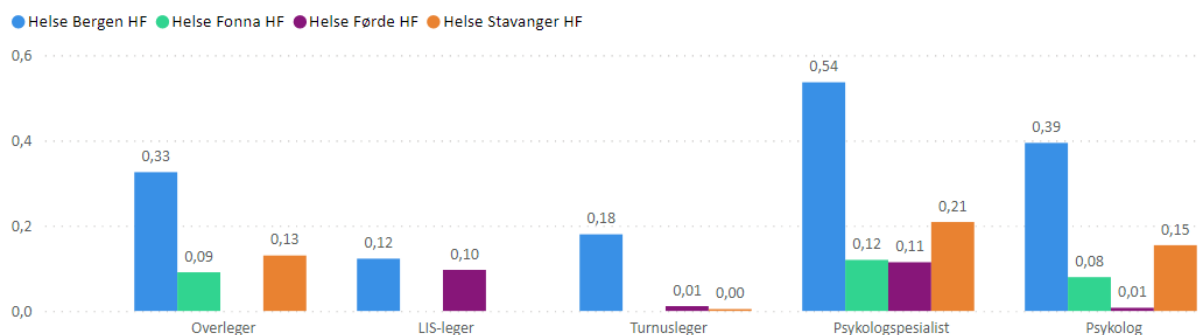
Det er variasjon i spesialistkapasitet pr innbygger mellom helseforetakene. Helse Bergen har høyere tetthet av psykologer og psykologspesialister per innbygger enn de øvrige foretakene. Det er også flere overleger pr innbygger innen VOP og TSB i Helse Bergen. Helse Førde og Helse Fonna har et mindre utbygd TSB-tilbud. I Helse Førde får en andel ruspasienter oppfølging i VOP-enheter. Det presiseres at figurene under ikke omfatter private aktører.

Utførte årsverk pr 10 000 innbygger BUP

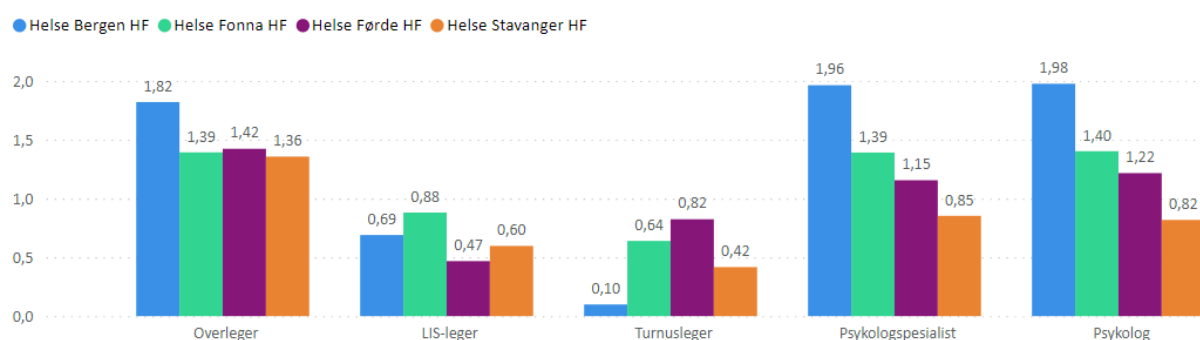
● Helse Bergen HF ● Helse Fonna HF ● Helse Førde HF ● Helse Stavanger HF



Utførte årsverk pr 10 000 innbygger TSB



Utførte årsverk pr 10 000 innbygger VOP

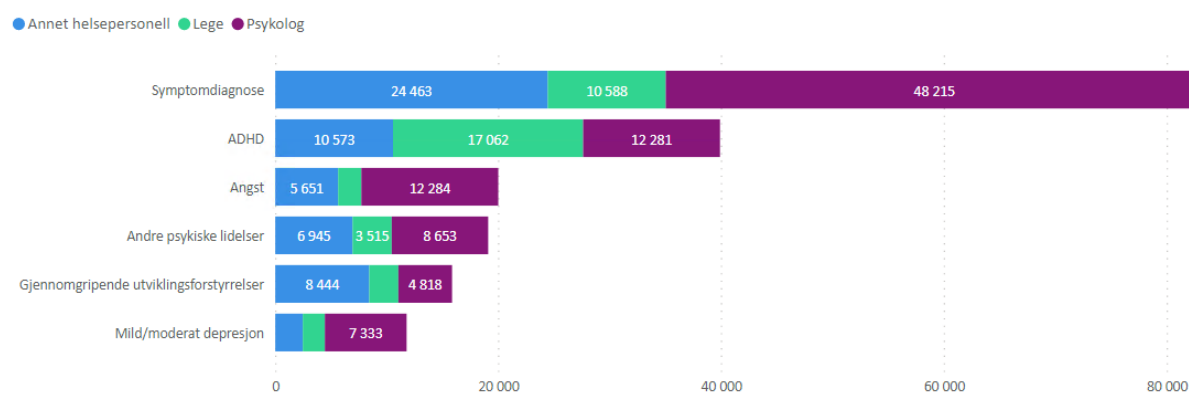


Figur 6: Utførte årsverk - ekskludert ferier og permisjoner - for hver yrkesgruppe. Kilde: Agresso.

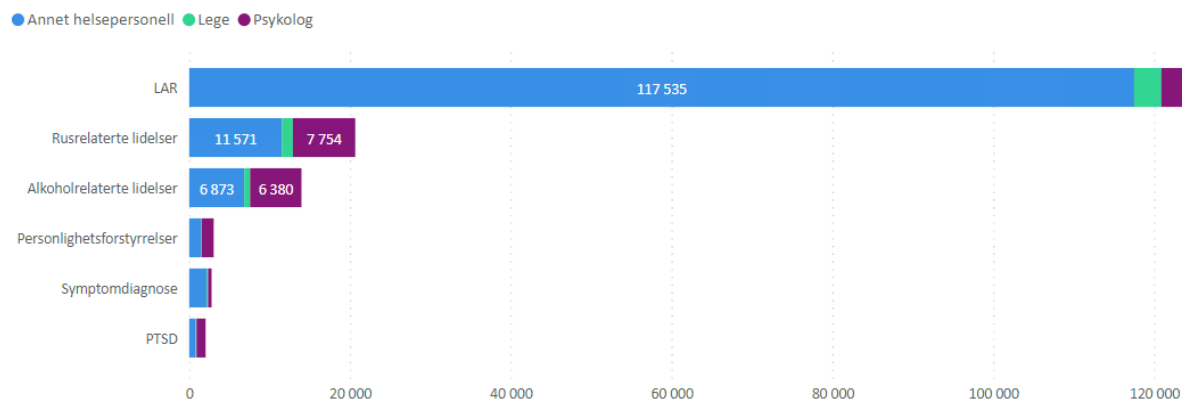
Utførende helsepersonell

Leger og psykologer utfører om lag halvparten polikliniske konsultasjoner innen PHV og TSB. Deler av aktiviteten blir utført av annet helsepersonell, enten i samarbeid med spesialist eller lege/psykolog i spesialisering, eller uten spesialist. Eksempelvis er LAR-pasienter en gruppe som i stor grad får poliklinisk oppfølging av annet helsepersonell. Figurene under viser hvor mange konsultasjoner som er utført av henholdsvis leger, psykologer og annet helsepersonell, fordelt på de seks mest brukte hoveddiagnosene.

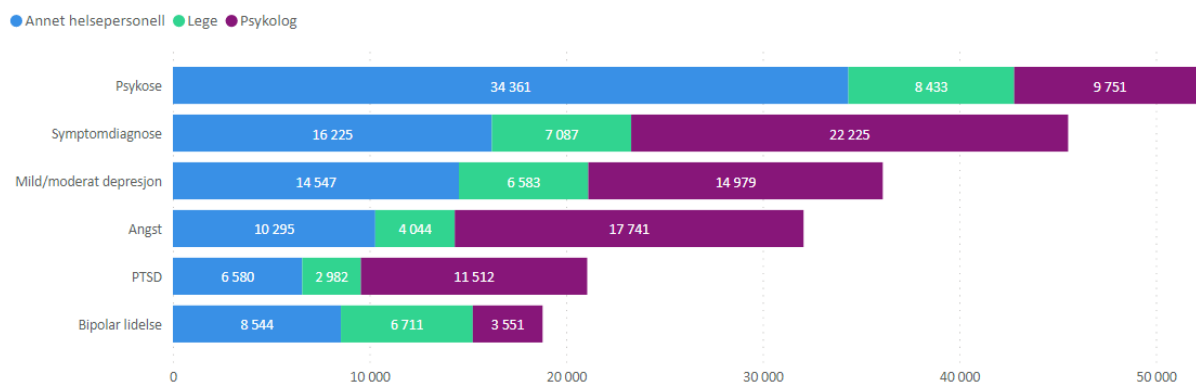
Antall konsultasjoner i 2021 BUP



Antall konsultasjoner i 2021 TSB



Antall konsultasjoner i 2021 VOP



Figur 7: Antall polikliniske konsultasjoner utført av henholdsvis leger, psykologer og annet helsepersonell, fordelt på de seks hyppigste hoveddiagnosene. Konsultasjoner som er utført av to eller flere medarbeidere telles flere ganger. Kilde: NPR.

Ved å dele antall konsultasjoner utført av spesialister på faktisk antall spesialister ved polikliniske enheter, får man et estimat på hvor mange årsverk som brukes til utredning, behandling og oppfølging av hver enkelt pasientgruppe. Tabellen under viser antall årsverk (faktisk gjennomførte årsverk, ekskludert ferie og permisjoner) per pasientgruppe (hoveddiagnose) i 2021. Fordeling av faglig spesialistkapasitet på døgnpost er gjort basert på antall liggedøgn per pasientgruppe i 2021.

I BUP er hoveddelen av aktiviteten poliklinisk. Om lag halvparten av spesialistkapasiteten i regionen vies til pasienter som er diagnostisert med symptomdiagnose²⁶ eller ADHD.

Antall utførte årsverk per pasientgruppe i 2021, BUP

Helseforetak / behandlingssted Diagnosekode	Helse Bergen HF			Helse Fonna HF			Helse Førde HF			Helse Stavanger HF			Total
	Døgnpost	Poliklinikk	Total	Døgnpost	Poliklinikk	Total	Døgnpost	Poliklinikk	Total	Døgnpost	Poliklinikk	Total	
Symptomdiagnose	0	58	58	0	13	13	0	7	7	0	25	25	103
ADHD	1	22	23	1	10	10	0	4	4	0	16	16	54
Angst	0	13	13	0	2	2	0	3	3	0	7	8	26
Andre psykiske lidelser	0	8	8	0	2	3	0	3	3	1	8	9	23
Spiseforstyrrelser	6	4	10	1	2	3	0	1	2	2	5	7	21
Mild/moderat depresjon	0	6	6	0	2	2	0	1	1	1	7	8	18
PTSD	1	5	5	0	2	2	0	2	2	1	3	4	13
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrologiske lidelser	0	3	3	0	2	2	0	2	3	1	5	5	13
Psykose	2	2	4	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5
Alvorlig depresjon	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Bipolar lidelse	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	3
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	3
Psykisk utviklingshemming	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Øvrig depresjon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Andre diagnoser				0	0	0		0	0		1	1	2
Mangler diagnose	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Personlighetsforstyrrelser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rusrelaterte lidelser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alkoholrelaterte lidelser	0	0	0	0	0	0				0	0	0	0
Rusutløst psykose								0	0				0
Organiske lidelser		0	0		0	0		0	0				0
Total	13	123	136	4	35	40	2	24	26	9	81	90	292

I TSB er det relativt lik fordeling av spesialistkapasitet mellom rusrelaterte lidelser, alkoholrelaterte lidelser og LAR. LAR-pasienter har den høyeste forekomsten av polikliniske kontakter, men disse er i stor grad utført av annet helsepersonell, og knytter i mindre grad opp faglig spesialistkapasitet.

Antall utførte årsverk per pasientgruppe i 2021, TSB

Helseforetak / behandlingssted Diagnosekode	Helse Bergen HF			Helse Fonna HF			Helse Førde HF			Helse Stavanger HF			Total
	Døgnpost	Poliklinikk	Total	Døgnpost	Poliklinikk	Total	Døgnpost	Poliklinikk	Total	Døgnpost	Poliklinikk	Total	
Rusrelaterte lidelser	9	16	25	1	1	2	0	0	0	3	5	8	35
Alkoholrelaterte lidelser	10	15	24	0	0	1	1	0	1	0	1	2	27
LAR	6	11	17	0	1	2	0	0	0	0	0	5	24
Personlighetsforstyrrelser	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
ADHD	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
PTSD	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Symptomdiagnose	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Mangler diagnose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Mild/moderat depresjon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bipolar lidelse	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Psykose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrologiske lidelser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Angst	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Øvrig depresjon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rusutløst psykose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andre diagnoser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andre psykiske lidelser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psykisk utviklingshemming	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alvorlig depresjon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Organiske lidelser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spiseforstyrrelser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	27	51	77	1	3	4	2	0	2	5	15	20	104

²⁶ Bruk av symptomdiagnose som hoveddiagnose kan i enkelte tilfeller følge pasienten etter utredning, og endres ikke alltid til faktisk diagnose. Det kan være usikkerhet rundt de faktiske tallene.

Innen VOP er en høy andel av den faglige spesialistkapasiteten knyttet til pasienter med psykose. Denne gruppen utgjør blant annet en høy andel av aktiviteten på sengepost.

Antall utførte årsverk per pasientgruppe i 2021, VOP

Helseforetak / behandlingssted Diagnosekode	Helse Bergen HF			Helse Fonna HF			Helse Førde HF			Helse Stavanger HF			Total
	Døgnpost	Poliklinikk	Total	Døgnpost	Poliklinikk	Total	Døgnpost	Poliklinikk	Total	Døgnpost	Poliklinikk	Total	
Psykose	35	16	51	14	3	17	6	2	8	25	9	35	111
Symptomdiagnose	1	27	28	0	8	8	0	7	7	0	8	8	51
Mild/moderat depresjon	3	18	21	3	5	8	1	2	3	4	10	14	46
Angst	1	22	23	1	6	7	1	3	4	1	7	8	42
Bipolar lidelse	7	7	13	5	3	8	2	2	4	7	5	12	37
PTSD	1	12	14	1	4	5	1	3	3	1	6	7	29
Personlighetsforstyrrelser	2	13	15	2	3	5	0	1	2	2	3	5	26
Alvorlig depresjon	6	4	11	3	1	3	1	0	1	4	3	7	22
Mangler diagnose	6	0	6	8	0	8	5	5	3	3	3	3	22
Tilpasningsforstyrrelse og andre nevrologiske lidelser	2	7	9	2	3	5	1	1	2	2	3	5	21
ADHD	0	8	9	0	3	3	0	1	1	0	4	4	17
Spiseforstyrrelser	3	6	9	0	1	2	0	0	1	1	2	3	14
Rusrelaterte lidelser	2	1	3	2	0	2	0	0	0	2	2	4	9
Øvrig depresjon	1	3	4	0	1	1	0	1	1	0	1	2	8
Andre psykiske lidelser	0	1	2	0	1	1	0	0	1	0	2	2	5
Rusutløst psykose	2	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	1	4
Organiske lidelser	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3
Andre diagnoser	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3
Psykisk utviklingshemming	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	3
Alkoholrelaterte lidelser	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	3
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
LAR	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2
Total	77	148	225	45	44	89	22	24	45	57	67	124	482

Figur 8: Antall utførte årsverk per pasientgruppe. Beregnet av antall konsultasjoner utført av spesialist/antall liggedøgn per pasientgruppe.

Oppgaver

Prosjektet har gjort en kartlegging av hvilke oppgaver som gjøres av spesialister/spesialister i utdanning i helseforetakene, og hvor mye tid som går med til hver enkelt oppgave. Oppgavene ble delt inn i følgende kategorier.

Kategori	Oppgave	Aktivitet
Aktivitet knyttet til pasientbehandling	Tid med pasient	Pasientkonsultasjon (refusjonsberettiget) Medisin vurdering Behandlingsplaner Telefonkontakt med pasient
	Pasientarbeid uten pasient til stede	Henvising Epikrise Erklæringer Drøfte pasientsaker Inntaksmøte Samarbeidsmøte med eksterne Resepsjonstid
	Fagnært arbeid (sikre kvalitet i behandling)	Forberedelse til konsultasjon Dokumentasjon i etterkant av konsultasjon (journal) Gi veiledning Få veiledning Teammøter om pasient (definerte team)
	Registrering	Registrering av konsultasjoner Registrering av pakkeforløp Rapportering
	Reisetid	Reisetid i forbindelse med ambulerende tjenester
Aktivitet knyttet til andre områder	Interne møter	Interne møter (deler av avdelingen) Personalmøter (hele avdelingen)

	Lunsmøter
Administrative oppgaver	Møtebooking Lese epost Oppdatere seg på intern informasjon
Kurs	Undervisning Kurs Spesialisering Studietid
Prosjektarbeid	Forbedringsprosjekter Regionale prosjekter Nasjonale prosjekter Reising i forbindelse med prosjekter
Pause og annet	Pause Lunsj Ventetid Annet

Det ble utført en spørreundersøkelse blant spesialister og leger/psykologer i spesialisering i helseforetakene. 229 medarbeidere svarte på skjemaet. (94/48/87 for henholdsvis BUP/TSB/VOP) Tabellene under viser et gjennomsnitt av de innkomne svarene.

Timer per oppgave per uke, BUP

Oppgave	Helse Bergen HF	Helse Fonna HF	Helse Førde HF	Helse Stavanger HF	Total
Tid med pasient	13,8	13,0	15,1	13,0	13,5
Pasientarbeid uten pasient tilstede	7,4	6,8	6,4	6,4	6,9
Fagnært arbeid	8,0	9,4	7,6	6,8	7,9
Registrering	1,6	1,2	2,5	1,6	1,6
Reisetid	0,7	0,5	0,8	0,6	0,6
Interne møter	2,6	2,5	2,1	3,0	2,7
Administrative oppgaver	1,6	2,4	2,8	1,8	2,0
Kurs	0,9	3,1	1,4	2,3	1,9
Prosjektarbeid	0,9	0,2	0,3	0,2	0,5
Lederoppgaver	0,7	0,5	0,3	0,3	0,5
Pause og annet	2,1	2,5	3,8	2,2	2,4

Timer per oppgave per uke, TSB

Oppgave	Helse Bergen HF	Helse Fonna HF	Helse Førde HF	Helse Stavanger HF	Total
Tid med pasient	12,7	13,0	13,5	9,5	11,9
Pasientarbeid uten pasient tilstede	8,8	11,7	7,0	9,5	9,1
Fagnært arbeid	7,3	4,7	6,5	6,7	7,0
Registrering	1,5	0,6	0,6	1,3	1,4
Reisetid	0,6	1,6	0,3	0,9	0,8
Interne møter	3,2	2,6	4,5	1,9	2,9
Administrative oppgaver	1,8	3,8	2,5	1,7	1,9
Kurs	1,6	1,3	3,5	4,4	2,3
Prosjektarbeid	0,4	0,7	0,4	1,4	0,7
Lederoppgaver	0,3	0,7	0,0	0,0	0,3
Pause og annet	2,2	3,7	2,3	2,6	2,4

Timer per oppgave per uke, VOP

Oppgave	Helse Bergen HF	Helse Fonna HF	Helse Førde HF	Helse Stavanger HF	Total
Tid med pasient	9,4	15,3	15,0	13,2	12,9
Pasientarbeid uten pasient tilstede	10,1	7,5	4,7	8,9	8,4
Fagnært arbeid	6,7	6,3	9,4	7,2	7,1
Registrering	1,3	1,0	1,9	1,7	1,5
Reisetid	0,5	1,1	1,1	0,4	0,6
Interne møter	4,7	3,5	2,5	2,5	3,3
Administrative oppgaver	2,7	1,6	1,6	2,1	2,1
Kurs	2,4	1,9	0,6	1,8	1,8
Prosjektarbeid	1,3	0,8	0,5	0,5	0,8
Lederoppgaver	0,9	0,6	0,3	0,9	0,8
Pause og annet	2,4	1,8	3,0	2,5	2,4

Figur 9: Antall timer per uke på hver enkelt oppgave. Gjennomsnitt av alle respondenter. Kilde: Spørreundersøkelse blant klinikere i Helse Vest.

Framskrivning av behov for faglig kapasitet

Framskrivningen av behov for faglig kapasitet er bygd på nasjonal framskrivningsmodell for aktivitet i PHV og TSB, oppdatert i 2021²⁷. Framskrivningen har tatt utgangspunkt i aktivitet og bemanning i utgangsåret 2021, samt SSB sin siste befolkningsframskrivning (2021). Framskrivning av bemanning er gjort ved hjelp av Nasjonal bemanningsmodell, som også er beskrevet i Vedlegg 4.

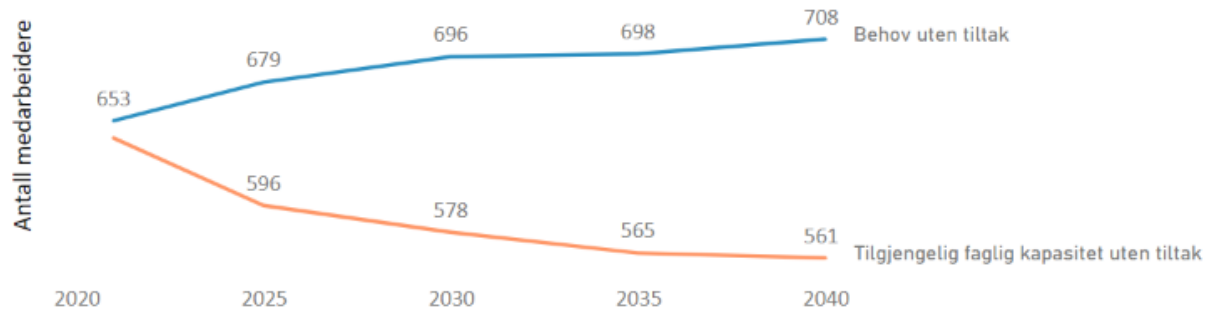
Nasjonal framskrivningsmodell har estimert behov for spesialisthelsetjenester innen PHV og TSB fram mot 2040. Under forutsetning om at organisering og oppgaver løses på samme måte som i dag, og at det er behov for samme antall spesialister per pasient som vist i Figur 8, er det beregnet behov for bemanning fra 2021 til 2040.

Det er høy turnover blant spesialister i foretaksgruppen Helse Vest. Dersom denne graden av turnover opprettholdes vil den tilgjengelige faglige spesialistkapasiteten i regionen reduseres de kommende årene, slik figurene under viser.

²⁷ [Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(2022\)](#)

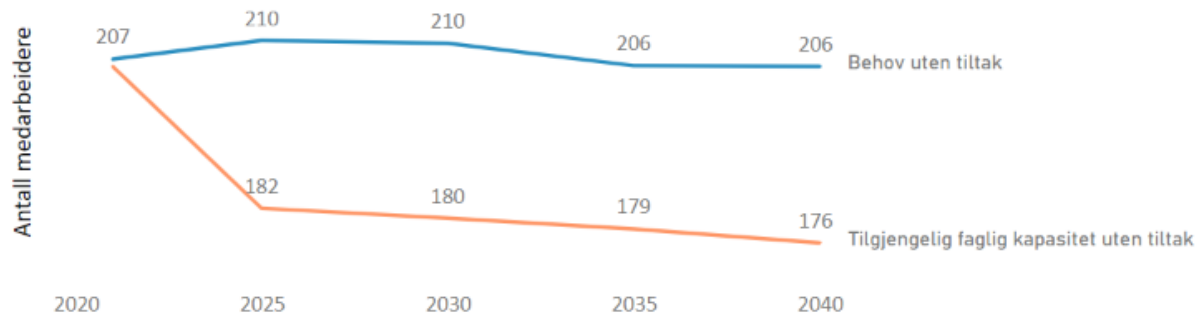
Helse Bergen

Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for alle tjenesteområder



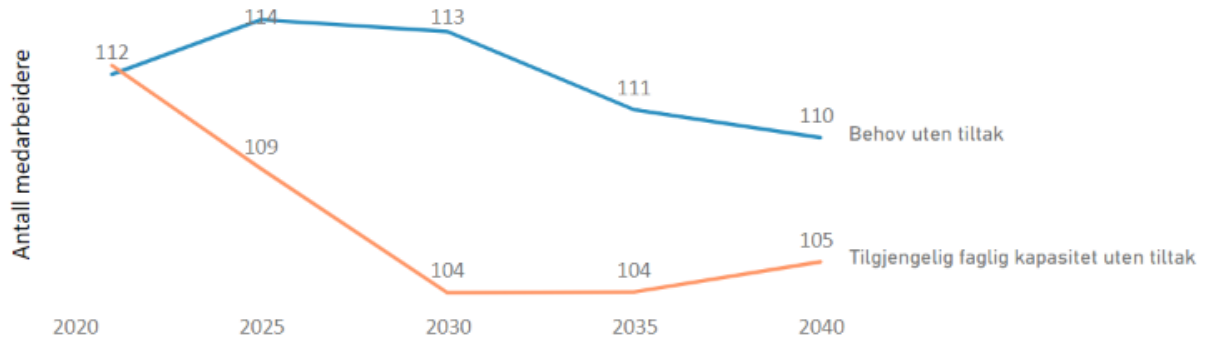
Helse Fonna

Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for alle tjenesteområder



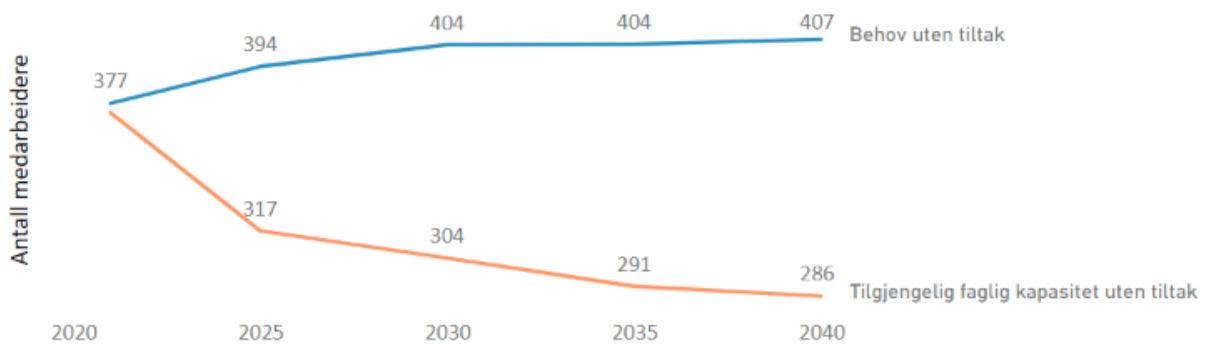
Helse Førde

Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for alle tjenesteområder



Helse Stavanger

Utvikling i behov og tilgjengelig faglig kapasitet uten tiltak for alle tjenesteområder



Figur 10: Utvikling i behov for og tilgjengelig faglig kapasitet. Kilde: Nasjonal bemanningsmodell.

VEDLEGG 6: HØRINGSSVAR TIL HELSEPERSONELLKOMMISJONEN SIN RAPPORT FRA HELSE VEST



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Att.Ingrid M. Middelthon

Deres ref.:
23/92

Vår ref.:
2023/133 - 2945/2023

Saksbehandler:
Hilde Christiansen

Dato:
23.04.2023

HØRING - HELSEPERSONELLKOMMISJONENS NOU 2023: 4 TID FOR HANDLING - PERSONELLET I EN BÆREKRAFTIG HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

Helse Vest takker for invitasjon til å gi innspill til Helsepersonellkomisjonenes NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Foretaksgruppen Helse Vest støtter Helsepersonellkomisjonen sine vurderinger og anbefalinger. Kunnskapsgrunnlaget er solid og et viktig grunnlag for nødvendige tiltak på de foreslåtte innsatsområdene. NOU-en beskriver utfordringene på en god måte og legger et godt fundament for å sette i verk helt nødvendige tiltak på kort, mellomlang og

lang sikt. Analysene må i tillegg «trekkes ned» til hvert regionale helseforetak og foretak. Det er flere av opptaksområdene i foretaksgruppen Helse Vest som vil stå ovenfor særlig krevende utfordringer. Foretaksgruppen Helse Vest har derfor etablert tilsvarende kunnskapsgrunnlag som må benyttes for hele Helse Vest og for hvert opptaksområde.

Helseforetakene bør likebehandles med hensyn til rekrutteringsutfordringene i fremtiden. Slik det er beskrevet i kommisjonens rapport kan det forstås slik at andre næringer og bransjer skal ha fortrinn i arbeidsmarkedet. Vi forutsetter at helseforetakene skal ha like vilkår i arbeidsmarkedet og kan spille på hele virkemiddelapparatet for å sikre en god offentlig spesialisthelsetjeneste.

Samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten legger til grunn at sektorene opptrer som samarbeidspartnere. Det er et felles ansvar som skal løses av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonellkommisjonen har pekt på flere tiltaksområder som må spille på lag for å sikre en kompetent og god helsetjeneste for de neste generasjoner.

Postadresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Elektronisk adresse: post@helse-vest.no **Besøksadresse:** www.helse-vest.no

Generell informasjon:
Sentralbord 51963800
Org.nr: 983658725



TILTAKSOMRÅDER

Hvert av områdene helsepersonellkommisjonen peker på vil ikke ha ønsket effekt med mindre tiltak på alle områdene er tilstrekkelige og spiller på lag. Det vil ikke være nok å lykkes med et eller to av områdene alene. Tiltak på hvert av områdene som kan forsterke effektene for andre tiltaksområder bør prioriteres for det videre utviklingsarbeidet. Mest av alt vil gjensidig forpliktelse blant alle aktører være fundamentet for de tiltakene som må utvikles. Uten forpliktende tilslutning er risikoen høy for at det vil kreve enda sterkere tiltak på enkeltområder.

Utfordringsbildet

Alderssammensetningen i befolkningen på Vestlandet vil endre seg vesentlig. Det er et like viktig kunnskapsgrunnlag å følge befolkningsutviklingen for *de yngre aldersgruppene* som det er å følge befolkningsutviklingen for *de eldste aldersgruppene*. Det blir færre og færre som vil komme inn i arbeidslivet på Vestlandet; [Befolkningsframskrivinger på kommunekart \(ssb.no\)](https://ssb.no).

Styret i Helse Vest RHF behandlet flere saker i styremøtet desember 2022 som påpeker flere av de samme tiltaksområdene:

- [Sak 12322 Rekruttering og kompetanseutvikling i Helse Vest.pdf \(helse-vest.no\)](#)
- [Sak 12322 Vedlegg 1 - Analyserapport Kunnskapsgrunnlag kompetanse og rekruttering.pdf \(helse-vest.no\)](#)
- [Sak 12422 Rekruttering innan psykisk helsevern og rus.pdf \(helse-vest.no\)](#)
- [Mal for prosjektdirektiv \(helse-vest.no\)](#)

Den urbaniserende trenden er sterkere enn det tidligere framskrivinger har vist. Helse Vest understreker at utviklingen på Vestlandet er et tydeligere flyttemønster ut av distriktene og mot byene enn tidligere. Dette er tydelig beskrevet i vår rapport «Ekstern turnover», som også er omtalt i kommisjonens rapport. Deler av befolkningen blir boende; voksne og eldre, mens de yngre generasjonene i større grad enn for tidligere generasjoner flytter. Helsepersonellkommisjonen påpeker at mindre sentrale kommuner mister arbeidskraft.

I et 20 års perspektiv er det avgjørende at spesialisthelsetjenesten forsterker tiltakene for å beholde, utvikle og rekruttere et tilstrekkelig antall medarbeidere for å opprettholde og holde fast på et høyt faglig nivå, ha økt fokus på pasientsikkerhet, digitalisere raskere og sørge for at IKT løsninger avlaster og støtter arbeidsprosessene enda bedre for å redusere behov for ressurser og som legger til rette for god oppgavedeling. Rett oppgavedeling og villighet til å utvikle arbeidstidsordninger som sørger for at «nye generasjoner» medarbeidere skal møtes av et godt arbeidsmiljø vil være avgjørende for å lykkes. Utdanning av faglige ressurser er en viktig innsatsfaktor i det norske samfunnet. Helseforetakene er store og viktige utdanningsorganisasjoner som også må kunne «høste» av innsatsen og investeringen som hvert år bli lagt ned i foretakene. Kunnskapsinnsatsen utgjorde om lag 2,8 milliarder kroner i 2022.

Helseforetakene vil ha og skal være en viktig arena for utdanning og videre spesialisering, samtidig som innsatsen som blir lagt ned må beholdes i foretakene. Ett viktig tiltak for å sikre framtidig faglig høyt nivå og tilstrekkelig faglig kapasitet i helsetjenesten og hindre en todeling av helsevesenet med økende privatisering som en allerede ser i flere Europeiske land, vil være å innføre regulatoriske bestemmelser for å beholde spesialiststatus. For å være kompetent spesialist over tid bør yrkesutøvelsen være tilknyttet spesialisthelsetjenesten, tilsvarende bør det å være allmennlegespesialist være tilknyttet til kommunehelsetjenesten.

Dersom helseforetakene i fremtiden skal utdanne for en todeling av spesialisthelsetjenestetilbudet er det høy risiko for at det blir de vakttunge og krevende fag og pasientforløpene som blir igjen i foretakene, som igjen kan bidra til at foretakene mister helt nødvendig faglig kapasitet; presset på spesialisthelsetjenesten vil forsterke seg og tilbudet i det private vil fremstå mer attraktivt for fremtidens helsemedarbeidere. *Uavhengig av*

politiske forskjeller, skaper ikke en todeling av spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten flere helsemedarbeidere. Skal samfunnet tilby nødvendige offentlige finansierte og likeverdige helsetjenester til befolkningen, må det være tilstrekkelig tilslutning til å holde fast på en felles bærekraftig utvikling.

Innenfor psykisk helsevern er det allerede en synlig trend at helseforetakene mangler faglig kapasitet for å opprettholde et stabilt og godt tilbud til pasientene. Over hele landet er det blitt raskt mer utfordrende å beholde et faglig kompetent fagmiljø. De som utdannes som psykologer og psykiatere og oppnår sin spesialisering trekkes stadig oftere ut av den offentlige helsetjenesten til private tilbydere. Dette er allerede i ferd med å ramme tilbudet til de pasientene som har stort behov for tjenestene.

Dette vil skje for flere og flere spesialistområder dersom det ikke skapes regulatoriske rammer som vil demme opp for utviklingen.

Nye regulatoriske rammer og tiltak må bidra til at spesialisthelsetjenesten har tilstrekkelig og rett faglig kompetanse og kapasitet. Helse Vest mener det vil være svært viktig å bidra til at de som utdannes på Vestlandet foretrekker helsetjenesten på Vestlandet som sin framtidige arbeidsplass. Det må etableres tiltak som sørger for at helseforetakene inkluderer lærlinger og studenter tettere og mer forpliktende enn tidligere til helseforetakene. Dette er tiltak som er en del av [Sak 12422 Rekruttering innan psykisk helsevern og rus.pdf \(helse-vest.no\)](#). Tilsvarende tiltak må utvikles for flere utdanninger. Endring av medisinerutdanningen ved

Vestlandslegen er et slikt initiativ. For at det skal bli en bærekraftig utvikling gjennom Vestlandslegen også for kommunehelsetjenesten må Vestlandslegen styrkes med et høyere antall studenter til UiB de nærmeste årene.

Et av flere viktige hovedmomenter i Helsepersonellkommisjons rapport peker på at **alle**, fra politikerne på Stortinget til lokalbefolkningen, må støtte opp om de vanskelige prioriteringene ledere og medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten vil stå overfor i tiårene som kommer. Dette samspillet kan bare blir sterkt nok dersom faglig prioritering har legitimitet og støtte.

Prioritering

Prioriteringer på individ- og gruppenivå må foretas av de som har best kunnskap om grunnlaget for prioriteringen. Denne kunnskapen er det fagmiljøene som har, og det er de som må foreta prioritering ut fra sin faglige kompetanse og kunnskap om nytte, alvorlighet og kostnad. Det det må forventes støtte til de beslutningene som tas, når de er tatt på et faglig godt grunnlag. Det er viktig i ha med seg at når noe skal prioriteres opp, er det nødvendig at noe annet må prioriteres ned.

Helse Vest støtter hovedgrepene som påpeker av kommisjonen:

- Unngå unødvendig behandling/ redusere uønsket variasjon - overforbruk
- Redusere lavt prioriterte oppgaver
- Redusere feil-behandling/målrettede tiltak for å øke pasientsikkerheten • Utrede personellbehov ved politikkkutforming/tildeling av rettigheter

NOU 1987:23- side 25 beskriver prioriteringen på en god måte:

Særlig viktig er det for alvor å innse at det å prioritere A ikke bare er å vedta at A skal prioriteres *opp*. Det må også finnes minst en B som prioriteres lavere enn før. Man må kunne identifisere den B som blir satt etter A.

Prioriteringsforskriftens § 2a angir opp tre kriterier for prioritering:

1. helsehjelpens prioritet øker i tråd med den forventede nytten av helsehjelpen
2. helsehjelpens prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden
3. helsehjelpens prioritet øker desto mindre ressurser den legger beslag på

De vanskelige prioriteringene som må skje for fremtiden vil utfordre spesialisthelsetjenesten ved at helsepersonell og ledere i økende grad må si nei til helsehjelp som kan ha nytte for pasienten, men der helsehjelpen vurderes til å være for ressurskrevende. Dette er særlig krevende på individnivå da det ofte kan være manglende, usikker eller foreldet «evidence» og det vil også være vanskelig å veie verdi av ulike typer helsegevinster. Vi vil være avhengig av å bygge legitimitet i befolkningen for de faglige valg og beslutninger som skal tas. Dialog og samspill med pasient og pårørende vil være avgjørende for gode avgjørelser om hvilket behandlingsnivå som vil være mest egnet for den enkelte pasient. Et virkemiddel for dette kan være at samvalg får ytterligere fokus.

Dette er dette fagmiljøene og lederskapet vil bli bedt om å legge til grunn for fremtidig prioritering. Uten solid støtte og legitimitet for de beslutningene som blir tatt i hele samfunnet, på alle nivå, kan en ikke vente at fagmiljøene og lederskapet vil ta de beslutningene samfunnet likevel har bedt dem om å ta ansvar for. Barrierer mot

prioritering er at det er vesentlig enklere å la være ettersom prioritering gir merarbeid (krever grundigere dokumentasjon og informasjonsarbeid), øker risiko for kritikk (fra annet helsepersonell, media, tilsynsmyndigheter, politikere) og det alltid vil være risiko for feil avgjørelse. Alle som tar prioriteringsbeslutninger, må derfor forvente at samfunnet gir tydelig støtte.

Fagmiljøene peker særlig på at Kommisjonen burde pekt mer konkret på tiltak og prioritering særlig for behandlingsvalg i sluttfasen av livet. Svært mye innsats i helsetjenesten går med til helsehjelp med begrenset nytte i den siste delen av livet. Bærebjelken i god faglig prioritering har i generasjoner vært å gjøre mer nytte enn skade og lidelse. Dette er en diskusjon som bør løftes frem på ulike samfunnsnivå.

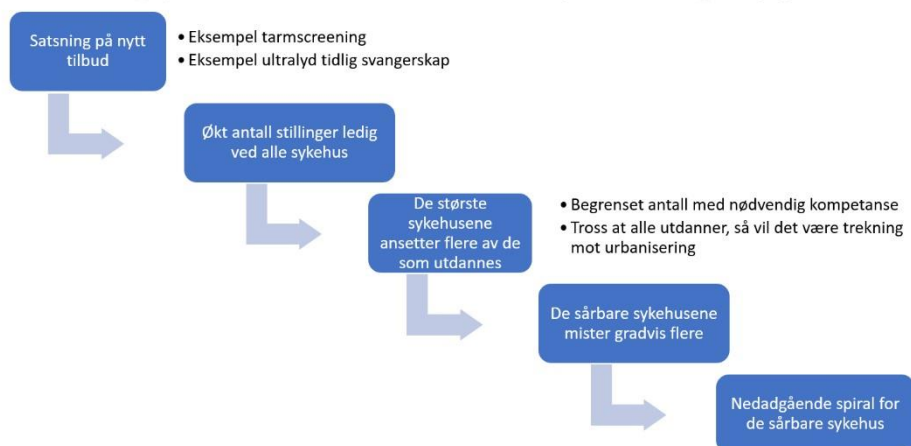
For å unngå prioriteringsvridninger så er det viktig at man tar inn over seg noen viktige momenter:

- Kostbar særbehandling av enkeltpersoner eller grupper som stiller høye krav på egne vegne, går utover de som ikke kan eller vil stille krav.
 - Ubevisst nedprioritering av den som ikke krever.
- Det er ofte et inverst forhold mellom evnen til å stille krav på egne/slektingers vegne, og reelt behov.
- Før det gis nye rettigheter må man ta stilling til hvem dette vil gå på bekostning av
- Ny patentert behandling er ofte svært mye mer kostbart enn etablert standardbehandling i helsetjenesten.

Det er også viktig å ta med seg at satsning på bedre tilbud som krever økt helsepersonell til en pasientgruppe dessverre ofte vil trekke nødvendig helsepersonell fra andre deler av helsetjenesten.

Helsepersonell er en begrenset ressurs og ved økt tilbud til en pasientgruppe vil stadig flere ansettes ved sykehusene i de store byene, mens de mindre sentrale stedene vil få økende vansker med å beholde og rekruttere nødvendig helsepersonell. Dette er illustrert med figuren under:

Er satsning på bedre tilbud til en pasientgruppe bra?



Satsning på noe nytt som krever personell → Økt forskjell i helsetjenesten

Vi har valgt å løfte frem dilemmaer for god faglig klinisk prioritering. Hensikten er at befolkningen og storsamfunnet må gi støtte til at det i fremtiden må prioriteres i tråd med de regulatoriske rammene som er etablert. Det vil være vanskelige og krevende, men umulig uten støtte og legitimitet.

- Kostbar særbehandling av enkeltpersoner eller grupper som stiller høye krav på egne vegne, går utover de som ikke kan eller vil stille krav.
 - Ubevisst nedprioritering av den som ikke krever.
- Ofte – ikke alltid - et inverst forhold mellom evnen til å stille krav på egne/slektningers vegne, og reelt behov.
- Før nye rettigheter, f. eks. til å kreve det som er nytt og dyrt: «for hvem, på bekostning av hvem?»
- Har vi tatt inn over oss hvor kolossal forskjellen i ressursbruk er mellom det meste av nyttig etablert standardbehandling er og ny, patentert behandling?
-

Er det mulig å arbeide smartere uten å måtte gjøre ekte prioriteringer?

- Overbehandling: Behandling som ikke hjelper
- Overdiagnostikk: Diagnostikk av tilstander som ikke har konsekvens
- Overforbruk: Større variasjoner mellom mange metoder basert på bosted / sykehus
- Underforbruk/underdiagnostikk: Lavere tilgang på tjenester et sted vil kunne medføre økt behov andre steder

Barrierer mot prioritering på klinisk nivå

- Enklere å la være?
- Den som prioriterer har bevisbyrden
- Krever grundigere vurdering før beslutning
- Krever samtaler og dokumentasjon etter beslutning
- Risiko for feil avgjørelse – og dermed åpen for kritikk
- tilsynsmyndigheter, ledere, kollegaer, pårørende, media, politikere
- «Pasientens advokat»

→ Vanskelig prioritering vil ikke finne sted uten tydelig støtte

Økende spesialisering er utfordrende, spesielt for de mindre sykehusene, som også må ha vaktbærende funksjoner innenfor de store fagfeltene indremedisin, kirurgi og anestesi.

Mange ressurser går til beredskap som sjelden er i bruk. Dette medfører et stort personellbehov for å dekke vaktfunksjoner. Helse Vest støtter beskrivelsen og legger til grunn at det bør være mulig å se nærmere på utilsiktede endringer etter innføring av ny spesialiststruktur for leger der grenspesialiteter ble hovedspesialiteter og det er blitt stadig vanskeligere å beholde brede vaktlag innenfor indremedisinske og kirurgiske fag. Med dagens personellsituasjon er dette svært utfordrende, spesielt ved de små og mellomstore sykehusene, og det fører til økt belastning for medarbeidere som deltar i vaktordningene. Det gir økt risiko for tilstrekkelig faglig kapasitet, økt risiko for turnover; beholde medarbeidere og utfordringer med å rekruttere til flere av spesialitetene.

Dette er allerede en situasjon for flere av de vaktbærende fagene. Det forsterkes av regulatoriske bestemmelser som regulerer arbeidstid; måten og handlingsrommet for å etablere gode arbeidsplaner. Nye generasjoner medarbeidere må ikke møtes av fortidens regulatoriske bestemmelser/avtaler.

Den medisinskfaglige utviklingen medfører krav om økende spesialisering også på mindre sykehus. Dette medfører dreining av kompetanse fra breddekompetanse til spesialisert kompetanse.

Helse Vest har gjennomført sårbarhetsvurderinger av de ulike spesialistgruppene. Analysene viser at alle helseforetakene på Vestlandet vil stå overfor sårbarhet for flere av spesialistgruppene blant legene. Analysen vil bli gjentatt i løpet av 2023 ved Monte Carlo modell der svært mange elementer inngår. Vi anbefaler at tilsvarende analyser gjennomgås for legegruppen ved jevne mellomrom.

Opplæring av pasienter og pårørende er lovpålagt for helseforetakene, og må være integrert i pasientbehandling og forløp for å sikre likeverdige tilbud.

Kunnskapsgrunnlag viser at systematisk samarbeid mellom fagpersoner og brukerrepresentanter, som blir brukt ved lærings- og mestringssenter, gir økt helsekompetanse hos pasient og pårørende, og da samfunnsøkonomisk nytte. Dette er

viktig om pasient og pårørende i større grad skal ta ansvar for egen helse. Den spesialiserte opplæringen til ny-diagnostiserte bør derfor fortsatt være tett knyttet til spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder lokalisering og samarbeid med de kliniske avdelingene.

Helsetjenesten har, som mange andre samfunnsområder, i de siste tiårene vært utsatt for omfattende krav og oppgaver som ikke bidrar til utfallet av utredning og behandling.

Samtidig er det en erkjennelse at samfunnet har behov for å nytte kunnskap om utredning og behandling som blir gitt, det vil si et behov for å gjenbruke data. Det er stadig flere krav til dokumentasjon, rapportering, utarbeiding av prosedyreverk, revisjoner og tilsyn. Dette gir økt kvalitet og trygghet i pasientbehandlingen, men fører til økt ressursbruk, både økonomisk og ikke minst personellmessig. Helsetjenesten klarer ikke å gjennomføre alle myndighetspålagte krav til ikke direkte pasientrelaterte oppgaver, uten at det kliniske arbeidet fortrenses. Dersom vi ikke har god bærekraftig utvikling i innrapporteringsmetoder, omfanget av registreringer blir mer avstemt eller at en kan nytte teknologi til de elementære registreringer vil dette trekke ytterligere ressurser ut av helsetjenesten. Robotisering av registrering kan være et tiltak, et annet tiltak er at nasjonale kvalitetsregistre blir sømløst knyttet til EPJ løsningene for å unngå dobbeltregistrering av informasjon. Digitalisering kan også bidra til at pasienter og pårørende kan bidra gjennom egenregistrering ved utstrakt bruk av strukturerte digitale skjema på pasientens «arbeidsflate»; www.helsenorge.no.

Dette er allerede tilgjengelig, men det må settes ytterligere tempo/trykk for å benytte mulighetene som er tilgjengelig i et høyere tempo enn før.

En annen tilbakemelding fra ledere og medarbeidere er at ikke alle tiltakene speiler at det er "Tid for handling". Ett eksempel er at det foreslås et tiårig forskningsprogram på digitalisering. Det er delte meninger om det er tilstrekkelig og målrettet. Spesialisthelsetjenesten står i et veivalg om å gjøre det rette, riktig, rett første gang gjennom radikal og rask digitalisering ved å ta ut nytten og effekten av de investeringene som allerede er gjort. Den digitale transformasjonen må gå raskere og med bedre støtte for arbeidsprosesser som kan avlaste behovet for fremtidige ressurser. Vi må ta ut mer av nytten og effekten enn det som hittil er gjort. Dersom vi har tatt ut 80% av effektene er det likevel et uforløst stort potensiale ved de resterende 20%. Det er et prioritert tiltak å få på plass bedre digital støtte for samhandling i helsetjenesten. I stedet for eller i parallell med et forskningsprogram for digitalisering bør det være tilstrekkelig kapital til å gjennomføre radikal og raskere digital transformasjon.

Digitalisering

Investering i bygg og medisintekniskutstyr er nødvendig for å utnytte fag kompetanse best mulig, økt digitalisering ved enda bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi og bruk av ny teknologi til å forenkle og forbedre tjenestene. Digitalisering legger til rette for økt verdiskaping og innovasjon, og kan bidra til å øke produktiviteten.

Det er viktig at den digitale utviklingen må rettes mot forenkling av arbeidsprosesser, dokumentasjon og rapportering, og derved spare de ressursene som ventelig blir et knapphetsgode fremover. I dette arbeidet inngår også direkte digitalisering av pasientoppfølging. Her kan en finne store ressursinnsparinger. I dag blir en vesentlig del av ressursene i spesialisthelsetjenesten brukt på oppfølgende kontroller. En betydelig del av disse kan forenkles med digital oppfølging (digitale strukturerte skjema, digitale konsultasjoner, selvrappotering mv.), som vil kunne spare store personellressurser, og samtidig store samfunnsrelaterte kostnader.

Organisering

Regionalt samarbeid om felles oppgaver, samsvar mellom ansvar og myndighet er viktig. Det bør forventes et forpliktende fellesskap som bidrar til å beholde en god spesialisthelsetjeneste på hele Vestlandet, som igjen bidrar til at alle regioner klarer sine oppgaver.

Det er viktig å legge til rette for at rett kompetanse blir brukt på rett nivå; *i tillegg gjøre det rette, gjøre det rette riktig, gjøre det rette riktig første gang*. Ett eksempel er at helseforetakene på Vestlandet i 2022 måtte re-planlegge om lag 30% av aktiviteten.

Årsakene er mange;

- Egen interne planlegging med fort kort tidshorison
- Pasienter ønsker endringer i tid og klokkeslett
- Pasientene møter ikke
- Pasient har fått tilbud et annet sted uten at henvisende foretak har fått beskjed

Dersom re-planleggingen kan reduseres betydelig, helst ned til marginalt nivå, har helseforetakene på Vestlandet en faglig tilgjengelig kapasitet som kan være avgjørende for vesentlig kortere ventetid, rett pasient får tilbudet i tråd med prioriteringsveilederne mm. For å få dette til vil det kreve klare forutsetninger for planlegging internt i helseforetakene og en klar forutsetning om at pasienter må benytte tilbudet når det er planlagt, forutsatt at det er tilstrekkelig planleggingshorison. Helseforetakene har god oversikt over hvor stor andel pasienter tilvist helseforetakene som har høy hastegrad per spesialitet. Denne kapasiteten må sette av til høy hastegrad, utover dette kan pasienter tildeles første ledige time og etter hvert også selv velge time innen gitt tidsintervall. Dersom pasienten selv ikke velger time innen gitt frist tildeles pasienten time. Mye av dette kan støttes av digitalt under forutsetning av at faglig kapasitet, rom og utstyr er planlagt. Dette vil igjen frigi tid til den kompliserte planleggingen, (kompliserte og sammensatte pasientforløp).

Det har vært en gradvis endring i retning av at helsepersonell utfører arbeid de er dels overkvalifisert til, dels ikke er best kvalifisert til. Ett eksempel er at

hjelpepleiere/helsefagarbeidere er en yrkesgruppe som er vesentlig redusert. Denne utviklingen har Helse Vest understreket i mer enn 15 år at er en feil vei å gå. Den har ikke vært besluttet, men drevet gjennom på ulike måter.

Helsesekretærene er en annen gruppe som kan støtte helsepersonell med vesentlige oppgaver. Nye yrkesgrupper kan være aktuelle i helseforetakene. En stor del av oppgavene i helseforetakene er blant annet logistikk og forsyning. I dag bruker helsepersonell store deler av sin tid til slike oppgaver. Dette ble tydelig beskrevet i rapporten «Bærekraftig utvikling for intensivsykepleiere»: [Planar og rapportar - Helse Vest RHF \(helse-vest.no\)](#).

Endret funksjons- og oppgavedeling står sentralt i intensivsykepleie, sykepleiere, helsefagarbeider, helsesekretær mv. Vi må se på intensivkapasitet som for eksempel hus/hytte modell, slik den er beskrevet i rapporten vist til ovenfor.

Krav til kompetanse, opplæring og godkjenning bør være standardisert. Retningslinjer for hva en helsefagarbeider kan utføre bør være mest mulig lik mellom de ulike enhetene i spesialisthelsetjenesten, men må ta utgangspunkt i at dette er grunnleggende kompetanse. Gode kompetansestrategier, kompetanseplaner og utviklingsplaner bør etableres. Det er anerkjent for legegruppen, medisinerutdanning → LiS1 → spesialisering → spisskompetanse.

Det er ingen grunn til at dette ikke kan legges til grunn med samme modell som for legene for andre yrkesgrupper. Helse Vest har i innspill til HOD foreslått samme modell for eventuell akutt- og mottakssykepleie. Vi mener modellen for spesialistutdanning for leger bør være en mal for andre yrkesgrupper, etter nasjonale retningslinjer for læringsmål og læringsutbytte, samtidig som det for å opprettholde en funksjon stilles krav til tilknytning til spesialist- eller primærhelsetjenesten.

Det er gjennomført flere prosjekter i helseforetakene som belyser handlingsrommet. Uberettigede barrierer må fjernes, den enkelte yrkesgruppes kompetanse må anerkjennes. Et siste eksempel er helsesekretærer i Helse Stavanger som utfører desentral blodprøvetaking, en oppgave som er en del av deres utdanning. Dette avlaster bioingeniører, fører til raskere prosesser. Jakten på forbedringer i de daglige arbeidsprosessene må få bedre vilkår.

Ordninger som bidrar til at medarbeidere står lengre i arbeid må intensiveres. Tiltak som begrenser mulighetene, eksempelvis særaldersgrenser, pensjonsreformen som underveis i pandemien har vist behov for unntak for å benytte pensjonister er noen

eksempler som viser at en gjennomgang og fornying av regulatoriske bestemmelser er nødvendig.

Ny utdanningsmodell for legespesialister forventes å medføre en dreining fra breddekompetanse i indremedisinske og kirurgiske fag, over mot høy spesialisert kompetanse. Dette vil gi store utfordringer for de små og mellomstore sykehusene. Flere vaktlag aller at det blir små vaktlag med høy belastning er begge en utvikling som kan hindre redusere muligheten til å beholde mindre sykehus, vanskeligheter med å rekruttere generalister til disse sykehusene. Det vil bli nødvendig å tilsette mer spesialisert kompetanse, da den generelle kompetansen blir mangelfull. Dette fører til utfordringer med å dekke vaktfunksjon og samtidig ivareta den generelle driften.

Arbeidstid

Det er utfordringer knyttet til arbeidstid, særlig på helg/helgebemannning. Arbeidstid gjelder mange yrkesgrupper i helseforetakene, og har konsekvens for faglig kapasitet, organisering, kompetanse, oppgavedeling og bærekraft. Vi viser her til [NOU 2016: 1 Arbeidstidsutvalget — Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet](#).

Det vises særlig til kapittel 13 i Arbeidstidsutvalgets rapport. Det bør være en harmonisering og lik regulering for etablering av gode helsefremmende arbeidsplaner som også gir helseforetakene anledning til å etablere arbeidsplaner som sikrer en robust og rett bemanning for alle yrkesgrupper alle dager, 24/7, se særlig fra side 212 og videre.

Fra utvalgets rapport side 212 og videre:

- *«Arbeidsgiver og tillitsvalgte har ulike roller, men et felles ansvar for at avtaleinngåelse skjer på en ryddig måte. Arbeidsgiver har til syvende og sist ansvaret for at den arbeidsplanen som iverksettes er forsvarlig».*
- *«Flertallet legger videre vekt på at deres forslag til endringer ikke rokker ved arbeidstakersidens lovfestede rett til medvirkning ved utarbeidelse og drøfting av arbeidsplaner. Flertallet understreker viktigheten av at arbeidsgiver legger til rette for reell medvirkning og søker å involvere den enkelte arbeidstaker og de tillitsvalgte for å sikre at det etableres gode arbeidsplaner.»*

Utvalgets forslag side 2016 vil være en løsning som understøtter medvirkning fra tillitsvalgte, medarbeidere, foretakenes ansvar for forsvarlige arbeidsplaner, redusere unødvendig omfang av deltid og bidra til å få til balanserte arbeidsplaner hele uken og døgnet:

«En endring av arbeidsgivers rammer kan tenkes gjennomført på ulike måter. Flertallet vurderer at en hensiktsmessig løsning kan være at arbeidsgiver i forbindelse med skift- og turnusarbeid, uten avtale med arbeidstaker eller tillitsvalgte, kan bestemme følgende om den alminnelige arbeidstiden og gjennomsnittsberegning av denne: – Den daglige alminnelige arbeidstiden skal ikke overstige ti timer i løpet av

24 timer. – Den alminnelige arbeidstiden skal ikke overstige 48 timer i en enkelt uke. – Den alminnelige arbeidstiden skal i løpet av et periode på høyst fire uker i gjennomsnitt ikke bli lenger enn det som følger av reglene i § 10- 4 (det vil si 38 og 36 timer per uke for ulike skift- og turnusordninger). Forslaget innebærer at rammene for hva arbeidsgiver kan fastsette uten avtale er mer begrenset enn rammene for hva som kan avtales. Mens maksimal lengde på daglig arbeidstid er den samme som for individuell avtale, er den maksimale ukentlige alminnelig arbeidstid to timer kortere. Forslaget om å sette perioden for gjennomsnittsberegning til fire uker innebærer en klar begrensning sammenlignet med hva som i dag kan avtales ved individuell avtale. En såpass kort periode som fire uker vil i betydelig grad redusere muligheten til å konsentrere arbeidstiden over tid, og dermed ivareta vernehensyn. Flertallet vil presisere at forslaget om grensen på fire uker ikke regulerer hvor mange uker en arbeidsplan kan dekke, så lenge grensen for den alminnelige arbeidstiden for hver fireukersperiode overholdes.

Vi støtter forslaget om sentral tariffavtale på gjennomsnittsberegning av arbeidstid. Vi tror det er mulig å samtidig ha involverende prosesser, oppmerksomhet på helsefremmende arbeidsplaner og forsvarlig arbeidsmiljø. Om ikke dette tiltaket fører frem, støtter vi også at det er nødvendig å se på endringer i arbeidsmiljøloven, i tråd med Arbeidstidsutvalgets forslag.»

Mindretallet foreslo at partene igjen ble bedt om å finne løsninger. Så langt har dette ikke lyktes.

Helsepersonellkommissjonen har i kapittel 9 beskrevet situasjonen og oppsummerer slik:

«9.6.1 Samsvar mellom myndighet og ansvar i arbeidstidsspørsmål

Et flertall i Helsepersonellkommissjonen vil oppfordre partene til å finne løsninger som støtter opp under prinsippene om virksomhetenes ansvar og myndighet, og mener at en nærliggende løsning vil være å fastsette bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer. I tillegg vurderer flertallet at dersom partene ikke kommer frem til en slik enighet, bør myndighetene iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, for å sikre at arbeidsgiver har myndighet til å ivareta ansvaret for både å bemanne tjenesten og til å ivareta arbeidsmiljølovens krav om at arbeidstakerne skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Mindretallet i kommissjonen vurderer at det verken er behov for å inngå sentrale avtaler om gjennomsnittsberegning eller eventuelt iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, og mener at dagens ordning hvor dette avtales lokalt bør videreføres.

«9.6.2 Forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsordninger

Helsepersonellkommissjonen foreslår at det settes av forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsordninger som er mer i samsvar med behovene og som bidrar til å fremme

gode arbeidsprosesser, riktig oppgavedeling og et godt arbeidsmiljø. Kommisjonen anbefaler at dette gjøres innenfor programmet for riktig oppgavedeling, som er omtalt i kapittel 8.»

Det vises i denne sammenheng til felles brev fra de fire administrerende direktørene i RHFene til kommisjonen, 5464/2022 datert 22. august 2022.

Kompetanse

En samlet helsetjeneste opplever at det er krevende å beholde og rekruttere helsepersonell. Det viktigste er at det er strategier og tiltak som bidrar til å beholde og videreutvikle de medarbeiderne vi har. Å rekruttere de rette nye medarbeiderne vi har behov for, må gjøres i takt med framtidige behov. Tilgang på personell med rett kompetanse er en forutsetning for at vi også i framtiden kan tilby pasienter rett og tilstrekkelig behandling. Med utgangspunkt i nasjonale framstillinger vurderer rapporten [«Kunnskapsgrunnlag kompetanse og rekruttering»](#) det fremtidige utfordringsbildet for ulike personellgrupper frem mot 2035. For noen fag må foretakene hele tiden sikre at de rekrutterer/utdanner nok personell til å erstatte de medarbeiderne som naturlig avslutter yrkeskarrieren sin.

Rapporten peker på noen viktige overordnede utfordringer:

- Frem til 2035 vil om lag 10 000 av dagens medarbeidere være over 62 år, (fast tilsette)
- Med en årlig turnover tilsvarende tallene for 2021 vil 19 032 medarbeidere slutte i foretakene, (fast tilsette)

Turnover og aldersutviklingen fremover innebærer at det vil være marginalt av dagens tilsette igjen i helseforetakene i 2035.

Da har en ikke tatt hensyn til andre forhold som kan påvirke en bærekraftig utvikling for spesialisthelsetjenesten på Vestlandet. Det er flere andre forhold som kan forsterke seg i tiden fremover, som f.eks. oppbygging av tilbud utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Norge bør selv utdanne det helsepersonellet som det er behov for – praksisnære og desentraliserte studietilbud. Det er positivt at det spesifikt er nevnt at utdanningsplasser bør legges til områder med særlig rekrutteringsbehov. Helse Vest minner om behovet for økning i antall studieplasser for medisin for å sikre en bærekraftig utvikling for Vestlandslegen. I tillegg viser vi til innspill om å se nærmere på forslag om helhetlige utdannings- rekrutterings- og spesialisering tiltak som ønskes prøvd ut på Vestlandet. Helse- og omsorgsdepartementet er orientert om tiltak som kan

være viktige bidrag for å beholde, utvikle og rekruttere tilstrekkelig faglig medisinsk kapasitet på Vestlandet.

Den praksisnære utdanningen er svært verdifull, og vil styrke rekruttering til de mer desentrale sykehusene.

Et godt eksempel her er utviklingen av modellen «Vestlandslegen», der en større del av legeutdanningen i regi av Universitetet i Bergen skal foregå i helseforetakene i Vestland og Rogaland. Erfaringen med desentral utdanning av leger er svært god, og er viktig for rekruttering til sykehusene.

På den andre siden må en ta inn over seg at det fortsatt i lang tid vil være behov for utenlandsk arbeidskraft i ulike deler av norsk arbeidsliv. Konkurransen om arbeidskraften vil «tilspisse seg». Prioritering av tiltak som sikrer samfunnskritiske oppgaver bør stå sentralt i samarbeidet mellom utdanningssektoren og helsetjenesten – det må styrkes, sikre regulatoriske rammevilkår som bidrar til god oppgavedeling – gode arbeidsplaner for alle yrkesgrupper, livslang læring – gi anerkjennelse for arbeidsplassens viktige rolle i utdanning og kompetanseutvikling for alle i helseforetakene.

Oppgavedeling

Nye yrkesgrupper, endret organisering i helseforetakene og endret oppgavedeling mellom medarbeidere vil kunne påvirke det beskrevne utfordringsbildet for ulike personellgrupper. Når rammevilkårene for spesialisthelsetjenesten blir annerledes enn en har hatt de siste 1015 årene, vil dette være bærebjelken for å behold og utvikle de lederne og medarbeiderne en har i tillegg til å tiltrekke seg nødvendig faglig kapasitet på kort og lang sikt.

Statistikk som viser fremtidig behov for farmasøytisk kompetanse i sykehus (og kommunehelsetjeneste) er dels mangelfull. Årsaken er at SSB, Utdanningsdirektoratet, NAV og andre offentlige instanser ikke regner med medarbeidere i sykehusapotek som del av helsetjenesten. Regionene bør i samarbeid med andre sikre et felles kunnskapsgrunnlag/ statistikk over helsepersonell i apotek, herunder sykehusapotek, inkludert en behovsframskriving som viktig verktøy for planlegging av fremtidig behov for utdanningskapasitet, både for farmasøyt og apotekteknikere.

Legemiddelområdet er en sentral innsatsfaktor i behandlingen av pasienter på alle nivå i helsetjenesten. I foretaksgruppen Helse Vest har en de siste årene satt ekstra søkelys på legemiddelområdet som ett av topp 5 risikoområde i foretaket.

Farmasøyter og apotekteknikere har spesialisert kompetanse på legemiddelbruk, og økt oppgavedeling til farmasøyter og apotekteknikere vil kunne frigjøre tid for annet helsepersonell til de mer pasientnære arbeidsoppgavene. En kan se for seg flere ulike konsept for slik oppgavedeling, der målsettingen er felles; økt pasientsikkerhet, rett

bruk av kompetanse og økt kvalitet i legemiddelhandtering. Eksempler inkluderer apotekstyrt legemiddellager, bruk av klinisk farmasøytisk kompetanse til legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang og eventuelt selvstendige polikliniske konsultasjoner for farmasøyter i sjukehus.

Tilgang på klinisk farmasøytisk kompetanse er viktig i hele pasientforløpet og poliklinisk oppfølging av pasient etter innlegging/konsultasjon i sykehus kan være viktig. Dette kan f.eks. være knyttet til multisyke pasienter, barn (oppfølging av spesialisert legemiddelbehandling i hjemmet og råd til foreldre med hensyn til manipulering av legemiddel), pasienter innen psykiatrien og den geriatriske pasienten.

Funksjonsfordeling

Helse Vest vil påpeke at det bør legges til rette for en faglig gjennomgang for å sikre gode, robuste og forsvarlige tjenester i hvert av helseforetakenes sykehus. Den faglige gjennomgangen bør også vurdere styrking av prehospitale tjenester dersom det er behov for endringer. Gjennomgangen skal ikke basere seg på økonomiske premisser alene, men bygge på kvalitet, pasientsikkerhet og stabilitet som kriterier. Små marginale tilbud som bare kan trygges gjennom vikarstafetter, frivillige ordninger, innleie eller andre midlertidige løsninger som varer over tid må veies vurderes i et generasjonsperspektiv og med klare vurderinger i tråd med vår modell for bærekraftig utvikling, se Helsepersonellkommissjonens eksempel side 226.

Oppsummering

Helsepersonellkommissjonen har gjort et solid og grundig arbeid som påpeker retninger og viktige tiltaksområder. Rapporten legger et godt grunnlag for å forene kreftene om en bærekraftig utvikling i generasjonsperspektiv. Det vil være helt avgjørende at hver region sørger for en grundig gjennomgang av hvert av tiltaksområdene, tilpasser tiltakene for å oppnå tilstrekkelig resultatet som gir virkning på kort, mellomlang og lang sikt. For noen av områdene haster det med å sikre tilstrekkelig gjennomføringsevne og kapasitet, at utviklingen skjer gjennom et modent lederskap som fremmer resultater.

Vennlig hilsen

Inger Cathrine Bryne
Administrende direktør

Hilde Brit Christiansen
direktør medarbeider, organisasjon og teknologi

Dokumentet er elektronisk godkjent av:Hilde Brit Christiansen direktør medarbeider, organisasjon og teknologi

Digital kommunikasjon

Vi har elektronisk saksbehandling og er opptatt av at informasjon, også taushetsbelagt, skal kunne sendes på en rask og sikker måte. Vi ber derfor om at et eventuelt svar på denne henvendelsen sendes gjennom en av disse kanalene:

- Privatpersoner og private virksomheter: [eDialog](#)
- Offentlige virksomheter: eFormidling (via eget sak-/arkivsystem)

Vedlegg:

- 1 Lederes ansvar for et forsvarlig helsetilbud til pasientene og et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for de ansatte – arbeidstidsbestemmelsenes betydning

Kopi til:

HELSE FONNA HF

HELSE VEST IKT AS

SJUKEHUSAPOTEKA VEST HF

HELSE BERGEN HF

HELSE FØRDE HF

HELSE STAVANGER HF

Mottakere

HELSE FONNA HF

HELSE VEST IKT AS

SJUKEHUSAPOTEKA VEST HF

HELSE BERGEN HF

HELSE FØRDE HF

HELSE STAVANGER HF

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET