

Sikre kritisk kompetanse

i psykisk helsevern

Forprosjektrapport, desember 2022



Innhold

Sammendrag	3
1 Introduksjon	4
2 Datainnsamling og analyse.....	6
2.1 Datainnsamling.....	6
Kvantitativ datainnsamling.....	6
Kvalitativ datainnsamling	7
2.2 Analyse av nåsituasjon og identifiserte fremtidige regionale utfordringer.....	7
Historisk utvikling	7
En beskrivelse av nåsituasjonen.....	8
Identifiserte fremtidige regionale utfordringer	13
3 Hvordan sikre kritisk kompetanse i psykisk helse?	17
3.1 Utvikle gode og sammenhengende pasientforløp.....	18
Initiell vurdering av prioritet	20
3.2 Beholde og rekruttere fagfolk.....	20
Initiell vurdering av prioritet	23
3.3 Sikre god ledelse, styring og administrasjon.....	23
Initiell vurdering av prioritet	25
3.4 Tjenesteutvikle og styrke samarbeidet med kommunehelsetjenesten	26
Initiell vurdering av prioritet	28
3.5 Optimalisere samarbeid med utdanningsinstitusjonene.....	28
Initiell vurdering av prioritet	30
3.6 Finnes det enda et mål?	31
4 Etablering av hovedprosjekt	33
4.1 Prosjektforslag.....	33
Forslag til hovedprosjekt: «Sikre kritisk kompetanse i psykisk helsevern»	33
Prosjektets avhengigheter og forutsetninger	38
4.2 Avslutning.....	41
5 Referanseliste.....	42
Vedlegg A.....	43
Vedlegg B.....	44



Sammendrag

Regjeringen (2022) viser til økt pågang innenfor psykisk helsevern og ønsker å satse på å styrke tilgangen til psykisk helsehjelp. Samtidig erfarer Helse Midt-Norge at mangel på tid og ressurser hos kritisk kompetanse i psykisk helsevern utfordrer mulighetene helseforetakene har til å håndtere det økte pasienttrykket. For å kunne tilby gode og sammenhengende pasientforløp har Helse Midt-Norge derfor gjennomført et forprosjekt som har beskrevet utfordringsbildet, med fokus på hvordan regionen kan samarbeide om et hovedprosjekt som sikrer riktig tilgang til- og anvendelse av kritisk kompetanse i psykisk helsevern.

Dokumentet du nå leser er en statusrapport som oppsummerer arbeidet med forprosjektet. Rapporten inneholder en beskrivelse av Helse Midt-Norge RHF sin forståelse av nåsituasjonen og potensielle satsingsområder for hovedprosjektet. I lys av de fremtidige regionale behovene i psykisk helsevern har forprosjektet identifisert fem mål som kan bidra til å sikre kritisk kompetanse i psykisk helsevern:

1. **Utvikle gode og sammenhengende pasientforløp** gjennom å frigjøre kapasitet hos spesialister ved å optimalisere oppgavefordeling.
2. **Beholde og rekruttere fagfolk** gjennom å styrke medarbeiderskap, eierskap og omdømme. Dette krever et mulighetsrom til fleksible virkemidler lokalt.
3. **Sikre god ledelse, styring og administrasjon** gjennom å øke handlingsrom og handlingskompetanse for ledere på lavere nivåer.
4. **Tjenesteutvikle og styrke samarbeid med kommunehelsetjenesten** gjennom en tydelig funksjonsfordeling av ansvar, roller og oppgaver.
5. **Optimalisere samarbeid med utdanningsinstitusjonene** gjennom bedre koordinering av strategiske planer, skreddersøm av utdanningsforløp og samarbeid om tverrfaglige masterløp.



På bakgrunn av forprosjektets identifiserte hovedmål er det utarbeidet et prosjektforslag for etableringen av et hovedprosjekt. Forslaget beskrives nærmere i rapportens kapittel 4, og er å anse som et forslag til mandat for hovedprosjektet.

1 Introduksjon

I kjølvannet av koronapandemien er det flere som opplever økte bekymringer og ensomhet i hverdagen, og pågangen innenfor psykisk helsevern (PH) har økt (Regjeringen, 2022). Samtidig som trykket på PH øker, oppleves helsehjelpen som mindre tilgjengelig enn tidligere, hvor mangel på personell allerede er en utfordring i flere deler av helse- og omsorgstjenesten (Regjeringen, 2021). Psykisk helse et av de viktigste satsningsområdene til sittende regjering, der flere av tiltakene går ut på å øke tilgangen til psykisk helsehjelp gjennom lavterskeltilbud og helsetjenester lokalt (Regjeringen, 2022). Samtidig opplever spesialistene som jobber innen psykisk helse i spesialisthelsetjenesten knapphet på både tid og ressurser.

Med utgangspunkt i at behovet er økende og tilbudet knapt, må Helse Midt-Norge sikre kritisk kompetanse for å kunne tilby gode og sammenhengende tjenester innenfor PH i årene fremover. Å sikre kritisk kompetanse innebærer å sikre tilgang på riktig ressurser til riktig tid, uavhengig av om det er merkantilt personell, sykepleiere, leger, psykologer eller spesialister. Dette er i tråd med nasjonale satsinger, hvor helsepersonellkommisjonen er nedsatt for å jobbe med tiltak som skal sikre at det utdannes, rekrutteres og beholdes tilstrekkelig kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet for å møte utfordringene på både kort og lang sikt (Regjeringen, 2021; Regjeringen, 2022). Helseforetakene i regionen melder til Helse Midt-Norges RHF at en av flaskehalsene i pasientforløpet er tilgangen på spesialistkompetanse, og det vil derfor være kritisk å nyttiggjøre seg av denne kompetansen på en hensiktsmessig måte.

For å håndtere det økende behovet for tjenester innen psykisk helse, initierte Helse Midt-Norge RHF et forprosjekt som hadde til hensikt å etablere en forståelse



av nåsituasjonen og definere fremtidige regionale behov. Forprosjektet skal resultere i et hovedprosjekt der målet er å sikre kritisk kompetanse innenfor PH. PwC er engasjert for å bistå med prosjektledelse og koordinering i både for- og hovedprosjekt. I tillegg er helseforetakene involvert. I forprosjektet har det blitt fokusert på å utarbeide delmål og tilhørende hypoteser for hvordan Helse Midt-Norge RHF kan nå målet om å sikre kritisk kompetanse innenfor PH. Funnene oppsummeres i denne rapporten, som er å anse som en statusrapport, og eies av Helse Midt-Norge RHF.

Formålet med rapporten har vært å beskrive og å forstå nåsituasjonen, samt å foreslå aktuelle satsingsområder for videre arbeid. På denne måten danner forprosjektrapporten grunnlaget for et mandat til hovedprosjektet. Hovedprosjektet skal videreføre arbeidet som er gjort i forprosjektet. Gjennom å videreutvikle, utfordre og igangsette tiltak basert på forprosjektrapportens forståelse av status i PH, skal endringer som er nødvendig for å møte regionens fremtidige behov bli gjennomført.



2 Datainnsamling og analyse

For å undersøke hvordan Helse Midt-Norge RHF kan støtte de lokale helseforetakene i arbeidet med å sikre kritiske kompetanse innenfor PH, har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant alle leger og psykologer i PH, i tillegg til flere dialogmøter med relevante fagledernetverk. Dette vil bli belyst i delkapittel 2.1. Til sammen har dette informasjonsgrunnlaget gitt muligheter for en felles regional forståelse av nåsituasjonen og av fremtidige regionale behov, beskrevet i delkapittel 2.2.

2.1 Datainnsamling

Kvantitativ datainnsamling

Kvantitative data har blant annet blitt samlet inn gjennom analyse av regionale pasient- og personaldata for Helse Midt-Norge i perioden 2012-2021. Dette inkluderer undersøkelsen ForBedring 2021, som er en samordning av medarbeiderundersøkelsen, helse-, miljø- og sikkerhetskartlegging (HMS) og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Det ble også gjennomført en digital spørreundersøkelse ved bruk av verktøyet *Questback*. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle psykologer og leger (spesialister og ikke-spesialister), som jobber innenfor PH i helseforetakene i Midt-Norge. Hensikten med dette var å få bred innsikt i ansattes perspektiver.

Representativitet i spørreundersøkelsen

347 av totalt 850 ansatte svarte på undersøkelsen, noe som utgjør en svarprosent på 41%. Av disse er 85% ansatt i full stilling. Respondentene fordelte seg representativt i forhold til størrelse på helseforetakene og mellom delområdene psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og psykisk helsevern for voksne (PHV). Blant respondentene var 60% spesialister i psykiatri eller psykologi, 30% var lege eller psykolog i spesialisering, 9% var lege eller psykolog som ikke hadde begynt



sin spesialisering og 1,5% var medisin- eller psykologstudenter i stilling for lege/psykolog i spesialisering. Eldre ansatte var noe underrepresentert blant de som besvarte undersøkelsen. Med denne begrensningen vurderes svarene på spørreundersøkelse å være tilstrekkelig representative for leger og psykologer som jobber i PH i Helse Midt-Norge.

Kvalitativ datainnsamling

I tillegg til data fra spørreundersøkelsen er det gjennomført dialogmøter og innhentet innspill fra regionale fagledernetverk i PH, regionalt brukerutvalg (RBU) og ansatterepresentanter (konserntillitsvalgte (KTV)). Dette har bidratt til en helhetlig beskrivelse av nåsituasjonen og fremtidige behov.

Fagledernetverkene for PHBU og PHV ble tidlig identifisert som en viktige interessenter for å lykkes med prosjektet. I overgangen mellom forprosjekt og hovedprosjekt har det derfor blitt avholdt en samlet heldagssamling for begge fagledernetverk. I denne samlingen har fagledernetverkene bidratt med egne refleksjoner omkring resultatene fra forprosjektet, spesielt med tanke på hvordan de har forstått mål og hypoteser som forprosjektet har avdekket så langt. Fagledernetverkene har i tillegg bidratt med egne refleksjoner omkring hvilke delprosjekter som kan være aktuelle i hovedprosjektet og hvordan disse kan organiseres for å realisere ønskede gevinster. Dette bidraget tas med videre inn i hovedprosjektet.

2.2 Analyse av nåsituasjon og identifiserte fremtidige regionale utfordringer

Historisk utvikling

Utvikling i tilgjengelig kompetanse i perioden 2012 til 2021

Analysen av regionale personaldata viste at antall årsverk for lege- og psykologspesialister økte med mellom 30 og 50% i perioden 2012-2021.

Psykologer i spesialisering økte med 40% samlet i PH, mens leger i spesialisering



økte med 20% i PHBU og sank med 20% i PHV. De siste tre årene av perioden, fra 2018 til 2021, økte antall årsverk for spesialister og ikke-spesialister med 8,3%, hvorav spesialistene økte med 8%.

Nyhenvisninger til PH i perioden 2012 til 2021

Analysen av regionale pasientdata viste at antall nyhenviste økte med 39% i PHBU og med 22% i PHV. Blant helseforetakene i regionen var økningen størst i PHBU ved St. Olavs hospital (STO, 105%) og mindre i PHBU Helse Møre og Romsdal (HMR, 10%) og PHBU Helse Nord-Trøndelag (HNT, 1%). For PHV var økningen størst ved STO og HMR (26%) og mindre i HNT (10%). De siste tre årene av perioden (2018-2021) økte antall nyhenviste samlet med 15 % for både PHBU og PHV, hvorav økningen i PHBU var størst ved STO (25%) og HNT (17%) mens antall nyhenvisninger samlet sett ikke økte i PHBU ved HMR. For PHV var økningen størst i HMR (23%) og mindre ved STO (12%) og HNT (8%).

En beskrivelse av nåsituasjonen

Fra datagrunnlaget fremkommer det at spesialister opplever å bruke for mye tid på administrative oppgaver og koordinering av pasientforløp. Dette bidrar til at tilgjengelig spesialistkompetanse ikke kan benyttes fullt ut i direkte pasientarbeid. Knapphet på spesialistressurser oppleves som en flaskehals for både optimal gjennomføring av pasientforløpet og for utdanningen av nye spesialister innen PH.

Det er identifisert lav måloppnåelse på kvalitetsindikatorene for aktuelle pasientforløp

Andelen pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80%. Tall per 1. tertial 2022 viste at 43% av pasientene innen PHV og 41 % av pasientene innen PHBU hadde fått utarbeidet en behandlingsplan sammen med behandler. Videre viste epikrisetid per 1. tertial 2022 at 54 % av epikrisene innen PHV ble sendt 1. dag etter utskrivelse. Kravet er



på 70%. I perioden januar-april 2022 hadde helseforetakene i Helse Midt-Norge gjennomført første evaluering i poliklinikk innen anbefalt forløpstid i 41% av pasientforløpene i PHV og 20% av pasientforløpene i PHBU. Helseforetakene viser til at økning i nyhenviste og rekrutteringsutfordringer har bidratt til kapasitetsutfordringer og manglende måloppnåelse.

En opplevelse av stor arbeidsbelastning

Spesialistene som har besvart vår spørreundersøkelse, beskriver at de opplever å ha en stor arbeidsbelastning, og flere beskriver at det kunne ha vært bedre samsvar mellom profesjon og oppgavefordeling. Til tross for at antall årsverk spesialister har økt siden 2012, viser de regionale analysene at antallet har økt mindre i perioden etter innføring av pakkeforløp i PH, enn det gjorde frem til 2018. Spesialistgruppen har også økt mindre enn antall nyhenviste i perioden.

Økte krav til bruk av spesialist i alle pasientforløp og reduserte ventetider, samtidig som henvisningsvolumet øker, fremstår som sannsynlige årsaker for det opplevde arbeidspresset. Når spesialistene i PH i tillegg opplever diskrepans mellom rolle og oppgaver, kan det være medvirkende til at spesialistgruppen opplever å ha redusert profesjonell autonomi.

Når velger leger og psykologer PH som arbeidsområde?

Spørreundersøkelsen viser at blant våre respondenter så velger drøyt 50% av psykologene PH som arbeidsområde allerede før eller under grunnutdanningen, mens 34% velger PH i løpet av de første to årene etter utdanning og bare 15% senere enn dette. For legegruppen blant våre respondenter er det bare 12% som velger PH som arbeidsområde allerede før eller under grunnutdanningen, mens 45% velger PH i løpet av de første to årene etter endt utdanning og 44% senere enn dette. Samlet ser vi at 76% av lege-/psykologgruppen velger PH som arbeidsområde innen to år etter endt utdanning.



Spesialistutdanning og veiledning

Av ikke-spesialistene mener om lag 78% at en konkret og gjensidig forpliktende plan for spesialistutdanningen vil øke sannsynligheten for at de fullfører spesialistutdanning innen faget, mens 67% mener en slik plan øker sannsynligheten for at de forblir ansatt i helseforetaket. De mener også at flere spesialiststillinger i PH vil øke sannsynligheten for at de fullfører spesialistutdanningen innen faget (71%) og forblir ansatt i helseforetaket (84%).

Av spesialistene har 77% faste oppgaver hvor de veileder lege eller psykolog i spesialisering. 19% bruker videoløsninger (som ikke skyldes pandemien) til veiledning internt i egen klinikk, men bare 9% til veiledning for lege/psykolog i andre klinikker innad i eget HF og 1% til veiledning for lege/psykolog fra andre HF i regionen. 2% oppgir å bruke videoløsninger i veiledning av lege/psykolog fra andre helseregioner eller i annen sektor.

Hvilke faktorer har størst betydning for å beholde leger og psykologer i helseforetakene?

Spesialistene blant våre respondenter svarer at de viktigste faktorene for at de skal ønske å forbli ansatt i helseforetaket, i prioritert rekkefølge, er henholdsvis:

1. Arbeidsoppgaver
2. Arbeidsbelastning
3. Lønn
4. Opplevd kontroll over egen arbeidstid

Derneft oppgir de henholdsvis kurs/oppdatering, livsfasetilpasning, videreutdanning, fordypning/forskning og til sist individuell karriereplan.

Ikke-spesialistene blant respondentene svarer at de viktigste faktorene for at de skal ønske å forbli ansatt i helseforetaket, i prioritert rekkefølge, er henholdsvis:

1. Arbeidsbelastning
2. Lønn



3. Arbeidsoppgaver og opplevd kontroll over egen arbeidstid
4. Videreutdanning

Dernest oppgir de henholdsvis kurs/oppdatering, livsfasetilpasning, fordypning/forskning og til sist individuell karriereplan.

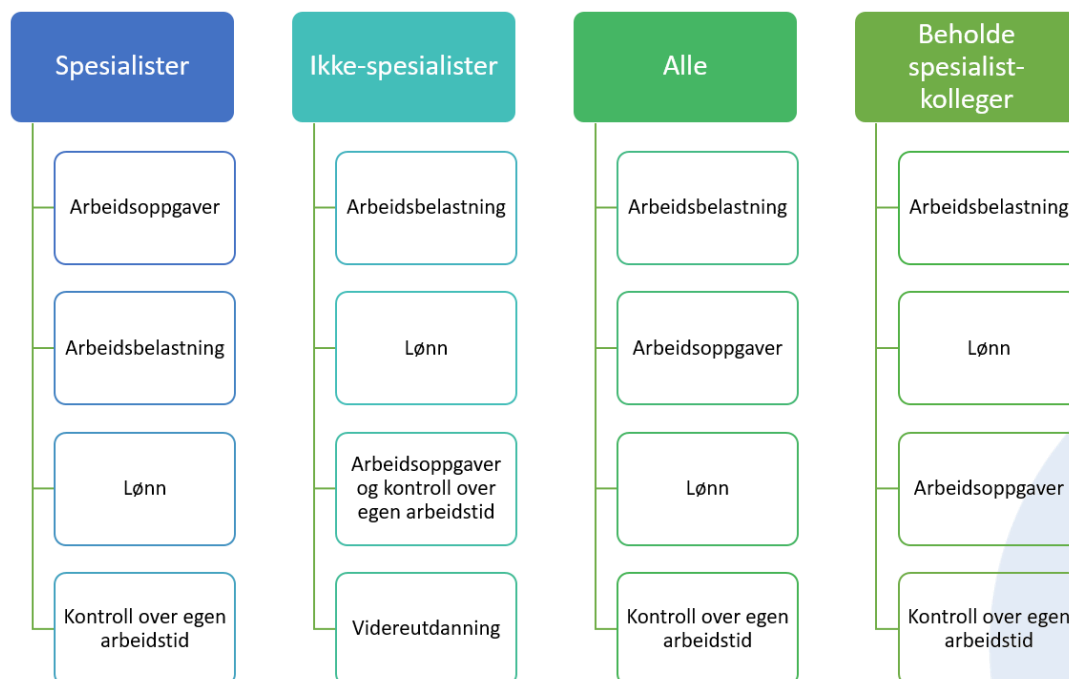
For *alle respondentene samlet* er det hhv. arbeidsbelastning, arbeidsoppgaver, lønn og opplevd kontroll over egen arbeidstid som rangeres som de viktigste faktorene for å forbli ansatt i helseforetaket.

Vi spurte i tillegg alle respondenter om å rangere hvilke faktorer de vurderer til å ha størst betydning for at helseforetaket skal lykkes med å beholde kolleger under spesialistutdanning i egen enhet. På dette spørsmålet svarte både spesialister og ikke-spesialister at de i prioritert rekkefølge mener arbeidsbelastning, lønn, arbeidsoppgaver og opplevd kontroll over egen arbeidstid er de viktigste faktorene. Dernest rangerte begge grupper de resterende faktorene i følgende rekkefølge: kurs/oppdatering, videreutdanning, livsfasetilpassing, fordypning/forskning og til sist individuell karriereplan.



Figur 1

De fire viktigste faktorer (av ni) for å forbli ansatt i helseforetaket.



Hvilke oppgaver har respondentene i dag som kunne vært utført av andre?

De fleste av respondentene har besvart fritekstspørsmål om arbeidsoppgaver de har i dag, som de mener med fordel kunne vært utført av andre. Her fremkommer det at leger og psykologer i Helse Midt-Norge mener det er rom for forbedring av oppgavefordelingen både mellom spesialister og annet helsepersonell, og mellom spesialist/annet helsepersonell og merkantilt ansatte.

Ansattes vurdering av arbeidsmiljø og opplevd lederatferd

48 % av den samlede gruppen respondenter svarte at det er vesentlige faktorer knyttet til arbeidsmiljø som gjør det mindre aktuelt å forbli ansatt i helseforetaket. 42 % av samme gruppe viste til at det er forhold ved opplevd lederatferd som gjør det mindre aktuelt å forbli ansatt. Selv om flertallet av respondentene *ikke* opplever slike utfordringer knyttet til arbeidsmiljø eller leders atferd, er det likevel et høyt antall unike ansatte (henholdsvis 165 og 144) som beskriver denne



opplevelsen av egen arbeidssituasjon. Hver enkelt av disse representerer en kritisk og knapp ressurs i PH, og i lys av dette bør funnet følges opp videre.

Dette er informasjon som ikke kommer like tydelig frem i helseforetakenes årlige medarbeider-, HMS- og pasientsikkerhetsundersøkelse – ForBedring. Her fremkommer tilbakemeldinger fra leger og psykologer samlet med alle øvrige ansatte i PH. Leger og psykologer utgjorde i 2021 ca. 28 % av disse. For 2021 viste ForBedring fra avdelinger og klinikker i PH gjennomgående høye skårer for både *Engasjement*, *Teamarbeidsklima*, *Psykososialt arbeidsmiljø* og *Opplevd lederatferd*, med skårer mellom 81 og 85 av 100 for PH samlet i regionen.

For faktoren *Arbeidsforhold* i ForBedring 2021, lå samlet skåre for PH i regionen imidlertid betydelig lavere, omkring 69 av 100. Denne faktoren omhandler variablene «*tilstrekkelig ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben*» «*arbeidsbelastning er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)*» og «*rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten*». Selv om den er et resultat av besvarelser fra alle ansatte i PH, ikke bare leger og psykologer, kan den antas å gjenspeile den store arbeidsbelastningen som også respondentene i vår spørreundersøkelse beskriver.

Identifiserte fremtidige regionale utfordringer

De siste årene er det gjennomført flere undersøkelser rettet mot virksomheten i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Målet har blant annet vært å vurdere hvorvidt personer med psykisk plager og lidelser har likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet. Under følger en kort fremstilling av funn/konklusjoner fra sentrale undersøkelser og rapporter, som samlet peker på sammenfallende utfordringer innenfor PH for voksne og for barn og unge.

Riksrevisjonens rapport

Riksrevisjonen gjennomførte i perioden 2015-2020 en undersøkelse av psykiske helsetjenester. I rapporten belyses flere utfordringer med dagens tjenestetilbud (Riksrevisjonen, 2021):



- Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre.
- Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik.
- Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det.
- Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling.
- «Den gylne regel», som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd.
- Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok.
- Mange kommuner og poliklinikker i PH sikrer ikke tilstrekkelig brukarmedvirkning og pårørendeinvolvering.
- Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring.
- De statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte.

Statens undersøkelseskommisjons rapport

Statens undersøkelseskommisjon (UKOM) gjennomførte våren 2021 en kartlegging av helsetilbudet til barn og unge i psykisk helsevern (UKOM, 2022), som en oppfølging av rapporten «*Ungdom med uavklart tilstand*» (UKOM, 2021). UKOM peker i sin rapport «*To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge*» på tre hovedutfordringer:

- Etterslep på grunn av økt antall henvisninger og lavere kapasitet under pandemien.
- Gapet mellom helsetilbudet til barn og unge med psykiske vansker i kommunene og tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Det rapporteres om stor variasjon i det kommunal tilbudet til barn og unge med psykiske vansker.
- Økende prioriteringsutfordringer innad i de kommunale tjenestene.



UKOM vurderer med bakgrunn i dagens situasjon en økt fare for pasientsikkerheten. De ser at presset øker på flere områder, herunder:

- Mindre tid per pasient og at pasientforløpene strekkes ut i tid.
- Press på utskrivning/avslutning av behandling.
- Lengre ventetid, med påfølgende risiko for at barn og unge blir sykere mens de venter.
- Et mindre fleksibelt tjenestetilbud som innebærer at de som ikke kan nyttiggjøre seg av standardtilbudet faller ut av behandling.
- Manglende kapasitet til foreldre/pårørendeveiledning.

I tillegg belyser rapporten flere forhold som påvirker kapasitet og kvalitet, blant annet økt press på ansatte, slitne medarbeidere som søker seg vekk og rekrutteringsutfordringer. Det vises at antallet erfarne spesialister per nyansatt er redusert.

Barneombudets rapport

Barneombudet publiserte i oktober 2020 rapporten «*Jeg skulle hatt BUP i en koffert*» (Barneombudet, 2020). De har i denne rapporten undersøkt om ungdom med behov for psykisk helsehjelp får god og tilpasset hjelp når de har behov for det. Videre har de undersøkt hva ledere og behandlere i BUP anser som hovedutfordringer i dagens PH for barn og unge. Rapporten belyser følgende hovedutfordringer:

- Ulik praksis ved vurdering av henvisning
- Manglende og/eller mangelfull internkontroll
- Barn og unge med behov for rask hjelp er ikke ivaretatt
- Kortere ventetid og økt kapasitet må ses i sammenheng
- Interne ventelister kamuflerer flaskehalser
- BUP's rammer begrenser tjenestens fleksibilitet
- Barn og unge har ikke alltid tilgang til riktig helsehjelp – vansker med rekruttering, utdanne, beholde



- Barn, unge og foreldre trenger informasjon for å mestre sin situasjon
- Tilbudet i kommunen og i PH må ses i sammenheng, eksempelvis har opptrappingsplanen 2019 – 2024 ingen tiltak som forplikter kommunen.

Konklusjonene i disse rapportene understøttes i stor grad av vårt eget forarbeid som belyser situasjonen i helseforetakene i Helse Midt-Norge. Flere av utfordringene vurderes å være representative for nåsituasjonen og vil bli vektlagt i det videre arbeidet.



3 Hvordan sikre kritisk kompetanse i psykisk helse?

Basert på forståelsen av nåsituasjonen og analysen av fremtidige regionale behov har vi skissert fem delmål som skal bidra til å sikre kritisk kompetanse i PH. Nedbrytning har bidratt til en bedre forståelse av kompleksiteten i det regionale behovet og å prioritere arbeidet i hovedprosjektet. Målene er illustrert i figur 2.

Figur 2

En illustrasjon av målbildet utarbeidet i forprosjektet, med tilhørende delmål.



I de påfølgende delkapitlene vil hvert delmål belyses. Det er utarbeidet hypoteser til hvert delmål for å konkretisere hvordan målet bidrar til å sikre kritisk kompetanse i PH. Det er i tillegg gjort en initiell vurdering av prioritet for hvert delmål basert på gjennomførbarhet og effekt. Valg og prioritering av mål og hypoteser vil bearbeides videre i første fase av det kommende hovedprosjektet.

3.1 Utvikle gode og sammenhengende pasientforløp

Gode og sammenhengende pasientforløp utgjør hjørnesteinen i pasienttilbudet ved å sørge for at pasienter i PH får den hjelpen de trenger – når de trenger det. For å utvikle slike pasientforløp er helseforetakene avhengig av at spesialistkompetansen er tilgjengelig i de riktige leddene av forløpet. Eksempelvis vil dette være avgjørende for å hindre unødige forsinkelser som påvirker behandlingen, gir ubehag eller forverrer pasientens tilstand som følge av ventetid.

Knapphet på spesialistressurser utgjør en utfordring for gode og sammenhengende pasientforløp. Data fra spørreundersøkelsen viser at spesialister opplever å bruke for mye av arbeidstiden sin på administrative oppgaver, for eksempel ved organisering av pasientforløpene. Knappheten kan dermed forsterkes av at spesialister bruker sin kapasitet på andre oppgaver enn spesialistoppgaver. På denne måten utgjør spesialistene en flaskehals i pasientforløpet, noe som også fremheves i rapporten til Barneombudet “- *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*”. Dette viser at det ligger et potensiale for forbedring i måten tilgjengelig spesialistkompetanse benyttes, eksempelvis med hensyn til om det finnes oppgaver som spesialisten kan slutte med dersom de overføres til andre. Det bør undersøkes videre hvordan spesialistkompetanse benyttes og om det finnes muligheter for optimalisering av spesialistens rolle inn mot pasientforløpet. Den første hypotesen er dermed:

H1: Det kan frigjøres kapasitet hos spesialister ved å optimalisere oppgavefordeling, samtidig som spesialisten beholder faglig ansvar.



Aktiviteten i et pasientforløp består både av administrative oppgaver og oppgaver som krever helsefaglig kompetanse. Disse oppgavene koordineres kontinuerlig og er et kritisk ansvarsområde for å sikre sammenhengende pasientforløp og god behandling av pasienten. Fra innsiktsarbeidet har vi identifisert at dette er et definert behov hos de ansatte. Samtidig er det uklart hvem som skal fylle rollen som forløpskoordinator og hvilke forløpskoordinerende oppgaver som bør ligge hos spesialistene.

I et tverrfaglig samarbeid kan andre helseprofesjoner utføre deler av de koordinerende oppgavene som i dag faller på spesialistene. Ved å gi andre helsearbeidere større ansvar for å utføre koordinerende oppgaver som ikke krever spesialistkompetanse, vil det frigjøres tid og kapasitet hos spesialistene. Slike oppgaver kan være innhenting av medikamentanamnese eller informasjon fra barnehage, familie eller helsestasjon. Dette åpner et mulighetsrom der spesialister kan bruke tid på spesialistoppgaver ved de hensiktsmessige leddene i pasientforløpet.

Videre vil det være en mulighet for å utvikle modeller for formell eller systematisk opplæring/etterutdanning av ansatte som ikke er helsepersonell, til å utføre koordinerende oppgaver som krever avgrenset helsefaglig kompetanse. Dette kan for eksempel være oppgaver som innebærer standardisert innhenting av informasjon fra relevante komponenter (kilder) før vurderingssamtaler. Opplæring/etterutdanning av ansatte som ikke er helsepersonell til å ta et større ansvar for slike oppgaver vil kunne bidra til å frigjøre ytterligere kapasitet hos spesialister og annet helsepersonell, samtidig som spesialisten beholder det overordnede faglige ansvaret.

Andre administrative oppgaver krever verken helsefaglig kompetanse eller opplæring av merkantilt personell. I slike tilfeller kan administrative ressurser, eksempelvis sekretærer, utføre koordinerende oppgaver som timebooking, møtearrangering og pasientadministrativ registrering.



Initiell vurdering av prioritet

Å frigjøre spesialistkapasitet gjennom å optimalisere oppgavefordeling, samtidig som spesialisten beholder faglig ansvar vil ha høy effekt på å sikre kritisk kompetanse i PH. For å nå målet om gode og sammenhengende pasientforløp er det nødvendig å ivareta en effektiv bruk av spesialistkompetansen. En optimalisering av oppgavefordeling kan derfor ha stor påvirkning på spesialistenes kapasitet, så vel som på forløpets kontinuitet, gjennom å frigjøre spesialistkapasitet og å styrke andre yrkesgrupper sitt bidrag til forløpskoordineringen.

En endring av oppgavesammensetningen for spesialistene, ved at koordineringsoppgaver faller på andre grupper, vil samtidig kunne generere noen utfordringer. Helsesektoren er belastet med stort oppgavevolum, og det kan fremstå som krevende å flytte arbeidsoppgaver til andre grupper av ansatte for å frigjøre tid hos spesialistene. Likevel har leger og psykologer i helseforetakene signalisert, blant annet gjennom spørreundersøkelsen, at det finnes et mulighetsrom her. Dette delmålet har derfor fått høy prioritet i gjennomføringen.

3.2 Beholde og rekruttere fagfolk

Basert på informasjon fra spørreundersøkelsen har forprosjektet identifisert at spesialister opplever å ha større arbeidsbelastning enn de trives med, samtidig som det er for lite samsvar mellom profesjon og fordeling av administrative oppgaver. Dette bidrar til lav medarbeidertilfredshet blant spesialistene. Dette kan også understøttes ved at spesialistene opplever å ha et begrenset handlingsrom i hverdagen, med liten mulighet til å påvirke egne ansvarsområder. Et begrenset handlingsrom kan medføre mangel på faglig utvikling, som igjen kan gjøre det vanskeligere for helseforetakene å rekruttere nye ansatte til både merkantile og faglige stillinger. Rekruttering er en sentral del av det å sikre kritisk kompetanse i PH, men samtidig er vi helt avhengig av å beholde den kompetansen som allerede finnes i helseforetakene i dag og bruke den på riktig vis. Spesielt fordi det ikke bare



er PH som opplever mangel på spesialistressurser, og at det er usikkert hvor mye tilgangen på spesialister kommer til å øke de neste årene.

Stor arbeidsbelastning, mindre samsvar mellom profesjon og oppgavefordeling, samt begrenset handlingsrom er faktorer ved medarbeidertilfredshet som kan føre til høy turnover. For å sikre at kritisk kompetanse forblir i foretakene vil det være avgjørende å sørge for at handlingsrom og oppgavefordeling optimaliseres, samt at medarbeidertilfredsheten styrkes gjennom å sikre et godt arbeidsmiljø. Dette vil også være viktig for å lykkes med rekruttering av ny kompetanse, og for å sikre at leger og psykologer under spesialisering fullfører sin utdanning og blir værende på arbeidsplassen. Derfor handler det andre målet om både å beholde og å rekruttere fagfolk. Den første hypotesen under dette målet lyder slik:

H2.1: Medarbeidertilfredshet og eierskap styrker omdømme og evnen til både å rekruttere og å beholde fagfolk.

Ut ifra datainnsamlingen er det flere områder som leger og psykologer er opptatte av for å trives på jobb, og som blir viktig for å beholde og rekruttere fagfolk. Et forslag er å tilby ansatte gode arbeidsbetingelser, eksempelvis gjennom å gi fagfolk oppgaver som engasjerer. Fagfolkene bør tilbys gode arbeidsforhold der deres kunnskap, kompetanse og engasjement verdsettes og utnyttes. Hvis de med kritisk kompetanse i større grad opplever sine arbeidsoppgaver som meningsfulle, vil dette kunne tilføre energi inn i en arbeidshverdag med høyt press, og gjøre det lettere å oppleve trivsel selv om belastningen tidvis er stor. Et annet tiltak kan være å øke muligheten for selvutvikling, hvor tilgang på videreutdanning og kompetanseheving utover spesialistutdanningen kan styrke kvalitet og medarbeidertilfredshet.

Videre kan individuelle tilpasninger av arbeidsform og -belastning føre til at ansatte i større grad opplever å stå i et arbeidspress de evner å håndtere. Som alle andre har også fagfolk ulik arbeidskapasitet, og en individuell tilpasning kan føre til at den ansatte i større grad føler seg sett og tilrettelagt for. I sammenheng med dette kan det også være et forslag å øke rommet for autonomi, slik at fagfolk i



større grad har muligheten til å optimalisere egen arbeidshverdag. Per i dag oppleves det som at krav ovenfra fratar ansatte autonomi og bidrar til frustrasjon omkring arbeidsoppgavene. Selv små rom for autonomi kan dermed gi en opplevelse av kontroll over egne oppgaver, noe som er positivt for både medarbeidertilfredshet og eierskap til organisasjonen. Til slutt kan det være et mulig tiltak å tilby bedre lønnsbetingelser.

Fagfolk må få arbeide med det de er utdannet til, i en meningsfull sammenheng, og i en godt tilpasset organisasjon. Hvis vi lykkes med tiltak som styrker den enkeltes medarbeidertilfredshet, øker også evnen til å jobbe under høyt arbeidspress. Det kan bidra til at helseforetakene i større grad klarer å beholde fagfolk. Økt eierskap til felles målbilde vil i tillegg kunne føre til større mobilisering og energi inn i arbeidet. Det kan også påvirke i hvilken grad ansatte i helseforetakene fremstår som ambassadører for egen arbeidsplass utad, gjennom framsnakk og stolthet. Økt medarbeidertilfredshet og eierskap øker derfor ikke bare sannsynligheten for å beholde viktige fagfolk, men vil også kunne styrke rekrutteringen, ved å bedre arbeidsplassens omdømme og utforming av attraktive stillinger. Fagledernetverkene i PH understreker at spesialisthelsetjenesten, sammenlignet med private aktører, også har mye å tilby som arbeidsplass. Det vil være viktig å profilere helseforetakene for å synliggjøre konkurransefortrinn som faglig fellesskap og muligheter for utvikling.

H2.2: Et større handlingsrom for lokalt tilpassede virkemidler styrker evnen til å beholde og rekruttere fagfolk.

Forprosjektet indikerer at lederne på nivåene nærmest leger og psykologer i PH, mangler faglige og administrative støttefunksjoner. Dette fører til at handlingsrommet oppleves som begrenset. Lederens kapasitet brukes i høy grad til drift fremfor ledelsesaktiviteter. For at fagfolk skal kunne oppleve å jobbe i en prioritert faggruppe, med gode arbeidsbetingelser, autonomi og rom for videreutvikling, er de ansatte avhengig av ledere som har tilstrekkelig handlingsrom og lederkompetanse til å kunne optimalisere arbeidsmiljøet ut ifra



lokale behov. Dette er et kjernepunkt for å kunne lykkes med forbedring av både meningsfullt arbeid, effektivisering, og økt kapasitet i tjenestene. Dette vil vi gå nærmere inn på under delmål 3 (se delkapittel 3.3).

Initiell vurdering av prioritet

Medarbeidertilfredshet og eierskap vil ha stor effekt på evnen til å beholde og rekruttere kritisk kompetanse i PH. Et godt arbeidsmiljø hvor medarbeidere oftere opplever engasjement og lojalitet overfor sin arbeidsgiver, kan føre til at flere leger og psykologer blir værende på sin arbeidsplass både gjennom og etter spesialistutdanningen, til tross for høyt arbeidspress. Samtidig vil et styrket omdømme bidra til at flere fagfolk rekrutteres inn. Over tid vil slike effekter sørge for økende kapasitet i tjenestene i takt med at antall spesialister i helseforetakene også øker.

For å kunne øke nærmeste leders handlingskompetanse og handlingsrom kreves involvering fra ledere på høyere nivå, blant annet for å frigjøre nødvendig handlingsrom. Nærmeste leder trenger styrking av både kompetanse og myndighet, lagt til rette for av ledere på høyere nivåer, og understøttet gjennom kompetanseheving og stillingsutforming. Dette dekkes av delkapittel 3.3.

Siden det finnes begrensninger i å kunne hente inn ny spesialistkompetanse, vil det være avgjørende å lykkes med å beholde den kompetansen vi har i dag. Dette vil samtidig kunne øke rekrutteringsevnen. Dette delmålet er i seg selv såpass viktig for prosjektets hovedmål at det prioriteres høyt. Målet fremstår oppnåelig gjennom tydelig forankring av behov og formål hos ulike ledd innen PH.

3.3 Sikre god ledelse, styring og administrasjon

Fra spørreundersøkelsen er det identifisert at spesialister opplever å ha stor arbeidsbelastning, begrenset handlingsrom og at oppgavefordeling og profesjon ikke samsvarer. Samtidig viser innsiktsarbeidet at det er et ønske om at ledere



med «nærmeste leder» - funksjon for spesialistene skal bli mer konkrete og tydelige. Disse funnene indikerer at ledelse og styring har flere forbedringspunkter: arbeidsbelastningen kan lempes ved bedre ressursstyring, handlingsrommet kan økes ved tydeligere ledelse og oppgavefordeling kan optimaliseres. Ledelse er også sentralt for ansattes medarbeidertilfredshet, hvor ledere som er tett på, følger opp og bistår med utvikling kan styrke ansattes opplevelse av et godt arbeidsmiljø. Dette krever ledelseskompetanse, ledelsesbevissthet og handlingsrom slik at det tredje målet handler om å sikre god ledelse, styring og administrasjon blant ledere i helseforetakene.

H3: God ledelse er en forutsetning for riktig ressursutnyttelse, ressurstilgang, medarbeidertilfredshet og kvalitet i tjenesten, og kan styrkes ved å øke handlingsrom og handlingskompetanse for ledere på lavere nivåer.

For at ledelse skal kunne sikre riktig ressursutnyttelse, ressurstilgang, medarbeidertilfredshet og kvalitet i tjenesten er det avgjørende at ledelsen som utøves er effektiv. Som beskrevet ovenfor avdekker innsiktsarbeidet et behov for å styrke ledelseskompetansen hos ledere med «nærmeste leder» - ansvar for leger og psykologer, der ledelseskompetanse ikke samsvarer med ansvar og arbeidsoppgaver. Et mulig tiltak er å heve ledelseskompetansen gjennom å tilby ledere på disse nivåene lederutdanning som er tilpasset driftens behov. Dersom sammenheng mellom kompetanseheving og utfordringene ledere møter i hverdagen forsterkes, kan lederne få de verktøyene og den ledelsesbevisstheten de har behov for. Dette kan bidra til å sikre at ledelsen bevirker riktig ressursutnyttelse, og oppnår høy kvalitet i tjenesten og tilfredse medarbeidere.

For så å kunne *utøve* god ledelse er det behov for å frigjøre tid og kapasitet til å utføre ledelsesoppgavene, hvor rammevilkårene tilrettelegger for handlingsrom. Lederopplæring kan gi lederne verktøy og bevissthet til bruk i hverdagen, men organisasjonens utbytte forutsetter at lederne har mulighet til å anvende kunnskapen de har tilegnet seg. Et tiltak som ble foreslått på bakgrunn av



innsiktsarbeidet er å sikre at ledere med «nærmeste leder» - funksjon for leger og psykologer har tilgang på egne stab- og støttefunksjoner med kunnskap om enhetens behov. Disse kan avlaste lederne gjennom å ta ansvar for relevante administrative oppgaver. En optimalisering av stab- og støttefunksjoner kan på denne måten frigjøre kapasitet og handlingsrom hos lederne, slik at de i større grad får muligheten til å utøve god ledelse.

For at det skal være lettere for stab- og støttefunksjoner å frigjøre handlingsrom hos lederne kreves en viss kunnskap om enhetens behov og faglig tilnærming. Dette kan understøttes gjennom å utvikle nye opplæringsløp, som samarbeid mellom universitet/ høyskole og helseforetak, for å styrke kompetansen hos ansattegrupper i stab- og støtte. En slik optimalisering av kompetanse kan skape nye muligheter for oppgavedeling mellom klinikknære ledere og stab- og støttefunksjoner. Dette tiltaket vil utforskes videre under delmål fem.

Et annet tiltak som legger til rette for god ledelse er å utvikle meningsfulle måltall på kvaliteten i tjenestene som utføres innenfor PH. Måltallene bør være faglig forankret, slik at ledere på lavere nivåer målrettet kan tilpasse kapasitet og kompetanse.

Initiell vurdering av prioritet

Å legge til rette for ledelse, styring og administrasjon kan potensielt ha stor effekt på å sikre kritisk kompetanse i PH. Vi anbefaler at dette initiativet prioriteres høyt i hovedprosjektet. Det er mange yrkesgrupper som står under høyt press på jobb, men som samtidig har høy medarbeidertilfredshet og presterer godt. Vårt ønske er at spesialister skal ha en trygg og god arbeidsplass, hvor de trives, har et levelig arbeidspress og yter behandling av høy kvalitet til sine pasienter. Ledelsen behøver den riktige kompetansen og det nødvendige handlingsrommet til å utøve god ledelse, styring og administrasjon som sikrer nettopp et slikt arbeidsmiljø.

Et kompetanseløft hos ledere på lavere nivåer i helseforetakene vil imidlertid være både tid- og ressurskrevende. Det blir derfor nødvendig å se potensielle gevinster i



sammenheng med ressursbruken som kreves. Selv om det overordnede initiativet om å sikre god ledelse, styring og administrasjon i seg selv prioriteres høyt vil det være ulike prioriteringer med henhold til konkrete tiltak. Eksempelvis vil tiltaket om å sikre kompetente stab- og støttefunksjoner for å frigjøre handlingsrom hos ledere på lavere nivåer prioriteres høyere enn utvikling av kvalitetsindikatorer, på bakgrunn av viktighet og gjennomførbarhet. Dette vurderes ut ifra at stab- og støttefunksjoner fremstår som et mer kritisk behov på bakgrunn av innsiktsarbeidet, og det prioriteres derfor svært høyt. Utvikling av kvalitetsindikatorer vurderes som middels prioritert. Videre vil tilgang på lederutdanning og utvikling av nye opplæringsløp vurderes som høyt prioritert, da begge er tiltak som har stor betydning for å sikre god ledelse, styring og administrasjon, og dermed gi positiv effekt for sikring av kritisk kompetanse i PH. På den andre siden kan tilpassede lederutdanningsløp kreve både interne og eksterne ressurser, og opplæringsløp krever inngående samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner.

3.4 Tjenesteutvikle og styrke samarbeidet med kommunehelsetjenesten

Basert på innsikt hentet fra fagledernetverket og fra rapporten til Barneombudet (2020) er det identifisert stor variasjon i kvalitet på henvisningene. Barneombudet viser også til stor variasjon i tilbudet til barn og unge, hvor mye tyder på at mange kommuner i dag ikke er rustet til å gi et godt tilbud til barn og unge med lette og moderate psykiske plager, eller etter endt behandling i PHBU (Barneombudet, 2020). Dette vil kunne føre et økt trykk på PHBU og mindre kapasitet til å ivareta barn med alvorlige lidelser. Denne utfordringen blir også belyst i Riksrevisjonens rapport (2021), som viser til at tilgangen på psykisk helsetjenester i kommunene er ulik. Samlet kan dette medføre at enkelte personer med psykiske lidelser kan risikere å ikke få hjelp når de har behov for det. Til sammen indikerer dette et behov for tydelig ansvar og oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, for å sikre tilgang på riktig hjelp hos riktig tjeneste. Dette



vil legge bedre til rette for et forutsigbart og effektivt pasientforløp, som også bidrar til å redusere ventetider. En hypotese er derfor:

H4: Tydelig funksjonsfordeling av ansvar, roller og oppgaver vil effektivisere samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste.

En funksjonsfordeling av ansvar, roller og oppgaver vil legge til rette for et helhetlig pasientforløp med oppstart i kommunehelsetjenesten. Eksempelvis bør det tydeliggjøres hvilke oppgaver og saker som ligger til kommunehelsetjenesten og hvilke saker som bør overføres til spesialisthelsetjenesten. En gjensidig forpliktende rolle- og ansvarsfordeling vil kunne bidra til bedre og riktigere henvisninger og til at iverksatte tiltak henger sammen, slik at det for pasienten oppleves som et helhetlig tjenestetilbud. Slik klargjøring vil også kunne redusere antall uklare henvisninger. En reduksjon i antall uklare henvisninger vil frigjøre kapasitet hos spesialisthelsetjenesten samtidig som pasientforløpet effektiviseres, eksempelvis gjennom at all relevant informasjon om et barn foreligger allerede ved henvisning.

Flere av helseforetakene samarbeider i dag aktivt med kommunene i sitt opptaksområde for å utvikle samhandlingsforløp for barn og unge med psykiske plager. Dette er viktig både for å sikre effektive pasientforløp og for å etablere en oversikt over de ulike tjenestene og deres ansvarsområder. Det er derfor helt sentralt at samarbeidet med kommunens koordinatorfunksjoner fungerer godt. Tilgjengelig kompetanse, kapasitet og organisering i den enkelte kommune vil kunne påvirke dette samarbeidet og det vil videre være viktig å identifisere mulige risikoer som kan påvirke både helheten og fremdriften i pasientforløpet. Et eksempel på et tiltak innenfor dette området kan være å etablere fagråd for barn og unge i alle helsefellesskap, og å utarbeide felles samarbeidsrutiner med kommunale koordinatorfunksjoner.

I tillegg påpeker fagledernetverkene viktigheten av å styrke tiltak i kommunen, slik at både kommunepsykologer og fastleger i større grad bidrar til færre henvisninger, blant annet fordi de oftere behandler lettere psykiske plager selv.



Samtidig vil det være nødvendig at spesialisthelsetjenesten har tillit til kommunale tjenester, for å forhindre at utredninger gjort i kommunehelsetjenesten må gjøres om igjen eller dobbeltsjekkes i spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at vurderingssamtalen fungerer godt, og at kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten har en felles forståelse for hva vurderingssamtalen er.

Initiell vurdering av prioritet

Tjenesteutvikling og styrket samarbeid med de kommunale helse- og oppveksttjenestene, kan potensielt ha god effekt på å sikre kritisk kompetanse i PH. Riktig helsehjelp hos riktig tjeneste og et helhetlig tilbud vil kunne redusere henvisningsmengden og antallet uklare henvisninger. Resultatet vil imidlertid være avhengig av tilgjengelig kompetanse og kapasitet i den enkelt kommune og etablering av fellestjenester mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet med kommunen er også tett knyttet til nasjonale føringer og forventes ha en sentral plass i ny nasjonal opptrappingsplan for PH som er varslet komme i 2023. Samtidig ser vi et betydelig utviklingspotensial også på regionalt nivå gjennom helseforetakenes innsats i helsefellesskapene, og vurderer derfor delmål 4 til medium høy prioritet inn mot hovedprosjektet.

3.5 Optimalisere samarbeid med utdanningsinstitusjonene

Informasjon fra spørreundersøkelsen viser at fagområdet PH velges tidlig i ansettelsesforholdet. I tillegg ser det ut til at ansatte legger vekt på forutsigbarhet i sine spesialiseringssløp. På den andre siden fremstår det fra innsiktsarbeidet som om ulike avdelinger kan ha behov for forskjellig kompetanse, slik at et spørsmål om fremtiden vil være avhengig av om de aktuelle avdelingene har tilgang på fagfolk med rett kompetanse. Andre behov som har blitt løftet underveis i innsiktsarbeidet er behovet for at andre helseprofesjoner kan utføre forløpskoordinerende oppgaver og behovet for stab- og støttefunksjoner med mer



faglig spisset kompetanse (jf. 3.1). For å kunne sikre at helseforetakene både har den kompetansen de trenger og muligheten til å tilpasse oppgavefordelingen kan Helse Midt-Norge videreutvikle samarbeidet med ulike utdanningsinstitusjoner. Gjennom et optimalisert samarbeid kan tilgangen på fagfolk økes, både når det kommer til leger og psykologer, og når det kommer til andre yrkesgrupper. I forprosjektet har det blitt utarbeidet tre hypoteser som tilsammen skal sikre et optimalt samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

H5.1: Bedre koordinering av arbeidet med strategiske planer mellom psykisk helsevern og utdanningsinstitusjonene vil sikre riktig kompetansetilgang.

Ved tilrettelegging for strategiske planer som koordinerer arbeidet mellom PH, utdanningsinstitusjonene og spesialiseringsprogrammene kan nyutdannet helsepersonell i større grad få tilgang på relevant kompetanse og tilegne seg den kompetansen helseforetakene har behov for. Koordinerte strategiplaner kan si noe om hvilken kompetanse PH har behov for i fremtiden. Slik kan utdanningsinstitusjonene styrke sine forutsetninger for å utvikle en helhetlig utdanning som dekker kompetansebehovet ved endt utdanning. Dermed, dermed øker muligheten for at helseforetakene kan optimalisere oppgavefordelingen raskere og frigjøre spesialistkapasitet. Et eksempel på tiltak innenfor dette området kan være å invitere til innspill fra utdanningsinstitusjonene når det utarbeides strategiske planer innenfor PH. Det vil også være hensiktsmessig å spille inn endringer i kompetansebehov i framtidig revisjonsarbeid av retningslinjene for utdanningene som utarbeides gjennom Rethos-prosjektet. Det samme kan gjøres i forhold til utforming av framtidig innhold i spesialiseringsprogrammene.

En bedre koordinering med utdanningsinstitusjonene kan i tillegg bidra til et bedre samarbeid om praksis, eksempelvis for legestudenter. Ved en tydelig promoteringsstrategi kan helseforetakene i større grad benytte anledningen til å fremme PH som et attraktivt fordypningsområde og en spennende arbeidsplass.



Dette kan øke sannsynligheten for at foretakene lykkes med «merkevarebygging», og videre med rekrutteringsarbeidet.

H5.2: Ulike kompetansebehov mellom avdelinger innebærer et behov for å skreddersy utdanningsforløpene.

Det at forskjellige avdelinger innad i helseforetakene har behov for ulike kompetanse gir mulighet for å skreddersy kompetansetilgangen etter behov. Når noen studenter i tillegg velger spesialisering tidlig i studieløpet vil det være fordelaktig hvis kompetansen kan tilpasses og optimaliseres allerede underveis i utdanningsforløpet. Dette er i tråd med foregående hypotese, samtidig som denne hypotesen tilfører et behov for at utdanningsinstitusjonene ikke bare koordinerer opplæringsinnhold etter strategiske planer, men også etter lokale behov slik at hver enkelt avdeling i større grad får den kompetansen de trenger så tidlig som mulig.

H5.3: Godt samarbeid mellom helseforetakene og NTNU om innretting av de tverrfaglige masterprogrammene, og videreutdanningsprogram for ansatte i psykisk helse, vil spisse kompetansen i kommunehelsetjenesten.

Behovet for andre yrkesgrupper med helsefaglig kompetanse fordrer et samarbeid mellom helseforetakene og NTNU, slik at aktuelle tverrfaglige masterutdanningsløp og videreutdanningsprogram kan tilføre den riktige kompetansehevingen. Kompetanseheving hos andre profesjoner vil kunne spisse fagkompetansen i kommunehelsetjenesten (jf. 3.4) og gjøre det mulig å tilby administrative ressurser med spesialisert fagkunnskap hos spesialisthelsetjenesten (jf. 3.1 og 3.3).

Initiell vurdering av prioritet

I et langtidsperspektiv vil det å optimalisere samarbeidet med utdanningsinstitusjonene og spesialiseringsprogram kunne bidra til at fremtidens leger og psykologer besitter større deler av kompetansen som PH krever, også innad i de ulike avdelingene. Det vil også kunne ha en god effekt på mulighetene



til å fordele oppgaver slik at spesialistene frigjøres, i tillegg til økt kapasitet hos ledere på lavere nivåer. Samlet sett vil dette delmålet kunne bidra til å styrke kompetansen i PH og sikre at fagfolk er kompetent og tilgjengelig når pasienten har behov for det.

Selv om langtidseffektene av slike initiativ er viktig, vurderes dette delmålet til å ha lav prioritet. Dette skyldes at det er krevende å etablere og utvikle slike samarbeid, samtidig som det tar lang tid å endre studieløp, slik at rammen for å oppnå målet kan komme til å gå forbi kapasiteten til prosjektet. Samtidig består dette delmålet av flere hypoteser, hvor det å videreutvikle godt samarbeid mellom helseforetakene og NTNU om tverrfaglige masterløp og videreutdanningsprogram vurderes til middels prioritet. Dette handler om å sikre tilgang til kompetente ressurser som kan frigjøre tid hos ledere og spesialister i PH, og vurderes både til å være noe enklere å gjennomføre, og å være mer effektivt med hensyn til delkapittel 3.1, 3.2 og 3.3. De to resterende hypotesene innenfor dette målet, henholdsvis arbeid med strategiske planer og ulike kompetansebehov mellom avdelinger, vurderes å ha lav prioritet.

3.6 Finnes det enda et mål?

På heldagssamlingen som ble avholdt mot slutten av forprosjektperioden stilte vi fagledernetttverkene i PH spørsmålet om hva som mangler – hvilke tema omfattes ikke av de mål og hypoteser som forprosjektet så langt har identifisert?

I denne sammenheng ble det tatt opp en rekke spørsmål knyttet til det mer strategiske og politiske perspektivet av det å sikre kritisk kompetanse i PH.

Flere deltakere på samlingen var opptatt av at vi også må snakke om hva vi skal gjøre mindre av, eksempelvis byråkratisering av pasientforløp eller klagebehandling, hvor det var ønskelig med tydelige nasjonale prioriteringer hva spesialisthelsetjenesten skal tilby av tjenester. Andre deltakere var opptatt av å sikre at helseforetakene i regionen samles om en strategi i forhold til kjøp av



private spesialisthelsetjenester, som oppleves å ha innvirkning på den tilgjengelige spesialistressursen i regionen.

Dette er tema som i løpet av forprosjektperioden også er kommet på agendaen nasjonalt, blant annet gjennom at Helsedirektoratet skal evaluere de nasjonale pasientforløpene og vurdere mulighet for forenklinger. Det har også vært arbeidet interregionalt med innspill til prioriteringer i ny nasjonal opptrappingsplan for PH som kommer i 2023, hvor særlig prioriterte områder for spesialisthelsetjenesten forventes omtalt.

Tydeliggjøring av hvordan helseforetakene best mulig kan samarbeide målrettet med Helse Midt-Norge RHF i arbeidet med strategiske planer for fagområdet regionalt, og inn mot nasjonal helseledelse, kan være et potensielt sjettede hovedmål som kan utforskes videre i hovedprosjektet. Samtidig forventer Helse Midt-Norge RHF at noen av de nevnte utfordringsområdene vil få sin oppfølging i arbeid med nasjonale tjenesteutviklingsprosesser.



4 Etablering av hovedprosjekt

Med utgangspunkt i forprosjektet har vi utarbeidet en rapport som samtidig er et forslag på mandat for et hovedprosjekt der delmålene og deres tilhørende hypoteser er prioritert, basert på hvilke tiltak som trolig vil gi størst effekt. Hovedprosjektet har som mål å sikre kritisk kompetanse i PH og vil ha en varighet på ca. 2 år.

4.1 Prosjektforslag

Under følger et prosjektforslag som har til hensikt å gi et solid fundament for organisering og etablering av prosjektet. Forslaget bygger på mandatet og innsikt fra arbeidet med forprosjektet.

Forslag til hovedprosjekt: «Sikre kritisk kompetanse i psykisk helsevern»

Bakgrunn for prosjektet

Et forprosjekt ble initiert med hensikt om å utarbeide en strategi for å sikre kritisk kompetanse innenfor PH i Helse Midt-Norge. Prosjektet skal resultere i en rekke forbedringstiltak som skal bidra til å sikre, utvikle og beholde spesialister med kritisk kompetanse innenfor PH i Midt-Norge.

Prosjektplan

Prosjektet vil gjennomføres i tre faser: *Innsikt og strategi, gjennomføring og evaluering*, som illustrert i vedlegg B.

Innsikts- og strategifasen skal resultere i en detaljert situasjonsbeskrivelse med tilhørende handlingsplan. I første del av denne fasen vil det være fokus på analyse. Det vil være nødvendig å kvalitetssikre og supplere analysene fra forprosjektet gjennom videre datainnsamling og grundig analyse av funnene. Deretter skal funnene beskrives. Med funn menes her både identifiserte utfordringer og



områder der Helse Midt-Norge leverer godt. Det er viktig å undersøke prosesser som fungerer for å identifisere hvilke suksessfaktorer vi kan videreføre i andre prosesser. Videre vil en oversikt over forbedringstiltak og en tilhørende handlingsplan utarbeides og forankres hos alle prosjektgrupper. Til slutt skal en risikovurdering av nåsituasjonen gjennomføres.

Gjennomføringsfasen skal sikre at tilgjengelige gevinster realiseres og større forbedringsprosjekter startes opp. For å få det til skal det igangsettes, koordineres og utføres aktiviteter i henhold til handlingsplanen utarbeidet i innsiktsfasen. Handlingsplanen vil være organisert i mindre delprosjekter og gjennom hele gjennomføringsfasen vil det være aktuelt med en kontinuerlig evaluering for å sikre fremgang. Mot slutten av denne fasen vil det i tillegg utarbeides en strategi for overføring til vanlig drift for å sikre at forbedringstiltakene blir forankret og videreført.

Evalueringsfasen skal resultere i en sammenfattet rapport, der forbedringstiltakene er evaluert på kort sikt. I denne fasen skal det innhentes oppdaterte data og gjennomføres nye analyser for å få et tydelig oversiktsbilde. Effektene av tiltakene bør også evalueres opp mot måltall. I evalueringsfasen er det viktig å sikre god kompetanseoverføring til de ulike prosjektgruppene og andre involverte interessenter, slik at tiltakene lever videre.

Konseptvalgets vurderinger

Som illustrert i rapporten har det gjennom forprosjektet blitt utført vurderinger av forbedringstiltakene og den potensielle effekten de vil gi. Forbedringstiltakene, tidligere omtalt som delmål, er belyst i henholdsvis delkapittel 3.1-3.6. Disse delmålene utgjør grunnlaget for videre arbeid og etablering av hovedprosjekt.

Hovedprosjektet vil konsentreres om delmålene belyst i kapittel 3.1-3.4.

Ved å legge til rette for sammenhengende pasientforløp, hensiktsmessig arbeidsfordeling, god ledelse og godt samarbeid med kommunehelsetjenesten, vil



Helse Midt-Norge legge grunnlaget som skal sikre kritisk kompetanse innenfor psykisk helse.

Prosjektets hovedprodukter

Prosjektet skal resultere i dyp innsikt reflektert i en detaljert situasjonsbeskrivelse av dagens situasjon med en tilhørende handlingsplan. Dette skal danne grunnlaget for forbedringsarbeidet som skal sikre kritisk kompetanse innenfor PH. Videre vil prosjektet søke å realisere lavthengende gevinster så tidlig som mulig, samtidig som det må igangsettes større forbedringsprosjekter som kan pågå i, og eventuelt forbi, hovedprosjektets fartstid. Med utgangspunkt i en innledende vurdering hvor de fire første delmålene prioriteres i hovedprosjektet (jf. Kapittel 3.1-3.4), vil det blant annet komme prosjekter hvor vi jobber med:

- Ledere med direkte lederansvar for spesialister i PH
- Forløpskoordinerende oppgaver
- Oppgavefordelingen til kontorfaglig/administrativt ansatte
- Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Innad i de ulike retningene er det naturlig at det organiseres flere prosjekter av ulikt omfang, som kan virke forskjellig på delmålene. Det kan også forekomme prosjekter som faller utenfor disse fire retningene. I andre tilfeller vil en hypotese kunne bli ivaretatt av andre strukturer, slik at et delprosjekt i større grad bidrar med vektlegging og mobilisering av en etablert struktur, eksempelvis samarbeidet i helsefellesskapene eller med utdanningsinstitusjonene, uten at delprosjektet nødvendigvis tar ansvar for strukturen. I andre tilfeller kan det være nyttig å teste ut en hypotese gjennom pilotprosjekt, som å prøve ut et tiltak lokalt. Dette vil kartlegges, identifiseres og spesifiseres i første fase av hovedprosjektet.

Prosjektets forventede gevinster

Med bakgrunn i innsikt fra forprosjektet og fra innsikt- og strategifasen i hovedprosjektet, skal prosjektet ha gjennomført eller igangsatt forbedringstiltak som skal bidra til å sikre kritisk kompetanse i PH. Ved å fokusere på delmål 1-4 vil



det spesielt forventes gevinster med hensyn til ledelse nærmest spesialistene, forløpskoordinerende oppgaver, oppgavefordeling til kontorfaglig/administrativt ansatte og samarbeid med kommunehelsetjenesten. Av forprosjektet fremgår det at ledelse og oppgavefordeling er to sentrale områder for hovedprosjektet, som kan gi gevinster for alle tre delmålene. En mer hensiktsmessig oppgavefordeling frigjør kapasitet hos spesialistene, fremmer et effektivt og fleksibelt koordinert pasientforløp og frigjør større mulighetsrom for ledere. Å utvikle ledelse vil på sin side frigjøre handlingsrom til mer hensiktsmessig oppgavefordeling, styrking av arbeidsmiljø og av evnen til å utvikle og rekruttere fagfolk, samtidig som en sikrer kvalitet i pasientforløpene. Lykkes prosjektet med dette forventes det at spesialister vil kunne utnytte sin kapasitet mer effektivt ut ifra pasientens behov, pasientforløpene vil kunne bli mer effektive og helseforetakene vil kunne skape en attraktiv arbeidsplass som i større grad tåler det store oppgavevolumet. Samlet sett forventes det at denne tilnærmingen vil bidra til at Helse Midt-Norge sikrer riktig tilgang på kritisk kompetanse og at denne anvendes til riktig tid.

Nærmere spesifisering av konkrete gevinster for de ulike delprosjektene vil kartlegges og identifiseres videre under innsikt- og strategifasen i hovedprosjektet.

Overordnet organisering

Forslag til prosjektorganisering er illustrert i vedlegg A. Prosjektet skal eies av fagdirektøren i Helse Midt-Norge RHF. Fagdirektøren vil fungere som øverste beslutningsorgan, og ha en tilhørende styringsgruppe bestående av regionalt fagdirektørnettverk. Styringsgruppen har mandat til å godkjenne og beslutte større prosessuelle og organisatoriske endringer på vegne av regionen som helhet.

Den utøvende enheten vil bestå av en arbeidsgruppe nedsatt av Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med prosjektstøtte fra PwC. Denne arbeidsgruppen vil ha hovedansvar for gjennomføringen av delprosjektene, og bidra med innsikt og analyser. Det vil være arbeidsgruppens ansvar å sikre nødvendig forankring og involvering av aktuelle interessenter og å bistå med spisskompetanse underveis i



forprosjekt og hovedprosjekt. Pwc har hovedansvar for prosjektstyring og skal bidra med videre kartlegging og analyse i hovedprosjektet.

Interessenter

Det vil være flere interne og eksterne interessenter knyttet til dette prosjektet. For å lykkes med prosjektet vil det være sentralt å inkludere linjeorganisasjonen tidlig. Dette innebærer å engasjere helseforetakene gjennom fagledernetverket for PHV og fagledernetverket for PHBU. Videre vil tillitsvalgte og brukerorganisasjoner både på regionalt og lokalt nivå være viktige interessenter for å lykkes med å sikre kritisk kompetanse i PH. På regionalt nivå innebærer dette Regionalt brukerutvalg (RBU), Konserntillitsvalgte (KTV) og konsernverneombud (KVO). På lokalt nivå vil helseforetakenes tillitsvalgte og lokale brukerorganisasjoner være relevante interessenter å involvere.

Av eksterne interessenter kan det bli avgjørende å involvere ulike utdanningsinstitusjoner, for eksempel NTNU, og kommunehelsetjenesten. Dette vil til en viss grad være avhengig av hvilke delprosjekt som prioriteres i hovedprosjektet, hvor de vurderingene som er gjort hittil peker mot at det vil være mest kritisk å involvere interne interessenter i første omgang, samtidig som kommunehelsetjenesten blir en sentral ekstern interessent. Det vil også være relevant å vurdere hvordan og i hvilken grad utdanningsinstitusjonene kan involveres fortløpende gjennom hovedprosjektet.

Rammebetingelser

Prosjektet har en ramme på 2 år, hvor innsikt- og strategifasen forventes å forløpe våren 2023. Gjennomføringsfasen vil foregå fra høst 2023 til medio 2024, og evalueringsfasen vil avrunde prosjektet høsten 2024. Spesifikke ressursbehov for konkrete delprosjekter må inngå når delprosjektene skal planlegges i første fase av hovedprosjektet. Et forslag er at noen av de mer spesifikke prosjektersressursene til ulike delprosjekter kan inngå som en del av helseforetakenes driftsressurser.



På regionalt nivå er det likevel mulig å si noe om forventede ressursbehov. Et forespeilet behov vil være å sette av en ressurs i hvert enkelt helseforetak som kan ha ansvar for hovedprosjektets koordinering. Gjennom å sette av en spesifikk ressurs med ansvar for fremdrift i delprosjektene og med de oppgavene som faller på ulike avdelinger, kan mulige forsinkelser grunnet manglende tid og kapasitet hos helseforetakene potensielt unngås.

For overordnet prosjektstyring og prosjektkoordinering vil det være behov for kontinuerlig bistand fra PwC. PwC vil fortsette å sikre overordnet koordinering og fremdrift videre inn i hovedprosjektet, i tillegg til å ta ansvar for hele- eller deler av mer spesifikke prosjektleveranser, eksempelvis utarbeidelse av prosjektplaner, koordinering av prosjektmøter, veiledning knyttet til prosjektstyring og prosjektrapportering, inklusive hovedprosjektrapport. Avhengig av Helse Midt-Norge RHF sitt behov kan det settes av ressurser til eventuelle opsjoner utover allerede avtalt bistandsomfang, dersom det er behov for at PwC tar større ansvar for mer konkrete prosjektleveranser.

Prosjektets avhengigheter og forutsetninger

Riktig involvering av interessenter

For å lykkes med et hovedprosjekt som sikrer kritisk kompetanse i PH vil eierskap nedover i linjeorganisasjonen være avgjørende. Helse Midt-Norge RHF er avhengig av at helseforetakene ikke bare er informert og engasjert, men at de også tar en aktiv rolle i prosjektarbeidet og tar ansvar for å lykkes med prosjektet som skal sikre kritisk kompetanse i deres arbeidshverdag. Med dette som bakgrunn kan det foreslås at hovedprosjektet fordeler forskjellige pilotprosjekt til ulike helseforetak, slik at de kjenner at de eier prosjektene, da det er deres tematikk og deres ansvar.

Videre vil det være viktig å mobilisere fagledernetverkene som en sentral interessant. Ved å sikre mobilisering hos denne gruppen vil prosjektet ha større forutsetninger for å lykkes med en god overføring inn i helseforetakene og lokalt blant de ulike avdelingene. I prosjektet vil fagledernetverkene fungere som en



referansegruppe, hvor det kan være aktuelt å involvere nettverkene på regelmessig basis. Fagledernetverkene møtes to til tre ganger i halvåret, og dette kan være en viktig arena for prosjektets involvering av denne interessenten for å sikre kontinuerlig overføring til organisasjonen. Dette vil være spesielt viktig i prosjekter som kan tenkes å drives av Helse Midt-Norge RHF, eksempelvis delprosjekter som i større grad involverer det politiske og det nasjonale perspektivet. I tillegg vil regelmessig samhandling med fagledernetverkene være sentralt for å fordele og arbeide med ulike delprosjekter og tiltak blant deltakerne i nettverkene, eksempelvis gjennom delprosjekter som omhandler optimal oppgavefordeling. Her kan fagledernetverkene ta ansvar for å kartlegge hvilke koordinerende oppgaver som kan utøves av annet personell, og for å utarbeide en plan for overføring av aktuelle forløpskoordinerende oppgaver. Denne prosessen er igangsatt og ble lagt inn i styringskrav og rammer for 2022.

Videre er det identifisert flere regionale interessenter som er viktige å involvere i prosjektet. Et forslag er å involvere KTV og KVO gjennom å avtale tid i deres drøftingsmøter. Tilsvarende har RBU uttrykt et ønske om å bli involvert underveis, og dette kan arrangeres gjennom å be om tid i deres møter. Når det kommer til lokale tillitsvalgte og brukerutvalg er et forslag å innhente innspill fra fagledernetverkene om hvordan de ønsker at tillitsvalgte i helseforetakene skal involveres. Hvis hovedprosjektet lykkes med å sikre god forankring av linjeorganisasjonen, ansvarlighet hos fagledernetverkene og riktig involvering av regionale interessenter, vil prosjektet ha gode forutsetninger for å lykkes med gevinstrealiseringen.

Tilstrekkelig tilgang på nødvendige ressurser

Basert på beskrivelsene av prosjektets interne rammebetingelser vil det være en viktig forutsetning at hovedprosjektet får tilgang til nødvendige ressurser. Dette vil blant annet være avgjørende for at hovedprosjektet skal håndtere koordinering av de ulike delprosjekter hos helseforetakene, for å sikre tilstrekkelig fremdrift på lokalt nivå uten kapasitetsmessige flaskehalser og for å sikre helhetlig og effektiv



prosjektstyring. Ulike prosjekt vil ha ulike behov, og det vil være viktig å sikre at delprosjektene i seg selv ikke virker mot hovedprosjektet ved å oppta kritisk kompetanse på en måte som bidrar til større flaskehalser i et langtidsperspektiv. I forlengelsen av dette kan det være nødvendig å tildele helseforetakene økonomiske midler som er øremerket til å drive pilotprosjekter videre, spesielt ved delprosjekter som viser seg å være kostnadsdrivende, for å sikre at fremgang i hovedprosjektet opprettholdes. I noen tilfeller kan det være nødvendig å bistå klinikknivået med prosjektkompetanse, eksempelvis ved hjelp av PwC, for å støtte klinikken i å rigge, fasilitere og å følge opp delprosjekter.

Et bevisst forhold til nasjonale rammebetingelser

En viktig forutsetning vil være å se dette prosjektet i en nasjonal sammenheng. Som tidligere nevnt er det et viktig satsingsområde for regjeringen (Regjeringen 2021 og Regjeringen 2022) å sikre tilgjengelighet av fagfolk med riktig kompetanse der det er flere aktører innenfor helsesektoren som jobber med tilsvarende kompetanseutfordringer. Disse aktørene kan være sentrale samarbeidspartnere hvor Helse Midt-Norge kan nyttiggjøre seg av det andre gjør, samtidig som andre kan ha nytte av at Helse Midt-Norge bidrar som utprøvingsarena. En mulig samarbeidspartner er Helsepersonellkommisjonen, og det kan være aktuelt å avtale et møte med kommisjonens leder Gunnar Bovim for å utveksle erfaringer og legge grunn for videre samarbeid, slik at Helse Midt-Norge også er påkoblet nasjonalt satsingsarbeid.

På samme tid vil det være avgjørende for hovedprosjektet å avklare eget forhold til nasjonale rammebetingelser. For at prosjektet skal lykkes vil det være sentralt å forstå noe mer om hvorfor disse målene og hypotesene ikke er gjort noe med tidligere. Årsaken til utfordringene PH møter i dag har vært til stede i lang tid, og hovedprosjektet bør tilegne seg innsikt i hvorfor det har vært vanskelig å gjøre noe med disse utfordringene. I dette ligger det en respekt for at slike endringer som er foreslått i forprosjektrapporten er krevende å gjennomføre, og en forutsetning for å lykkes vil være å ta dette på alvor. Helse Midt-Norge RHF må tilegne seg en



forståelse av hvorfor det er vanskelig å lykkes med slike endringer, for å evne og gjøre noe med det. Hypotesene må derfor sees i sammenheng med nasjonale strukturer og forhold, hvor hovedprosjektets plan må kunne løses innenfor, eller utfordre, de nasjonale rammebetingelsene for å lykkes med endringene foreslått i forprosjektrapporten.

4.2 Avslutning

Helse Midt-Norge RHF har med denne rapporten ferdigstilt et forprosjekt som har gitt innsikt til et hovedprosjekt som skal beskrive, gjennomføre og evaluere tiltak som svarer opp utfordringene beskrevet i rapporten. Forprosjektet har beskrevet nåsituasjonen, utarbeidet delmål med tilhørende hypoteser og utformet et forslag på inngang til hovedprosjekt. Gjennom å oppsummere funn og videre anbefalinger fungerer også rapporten som grunnlaget for et mandat til å gjennomføre et hovedprosjekt med tiltak som skal sikre den riktige tilgangen og anvendelsen av kritisk kompetanse som er nødvendig for å møte pasientens nåværende og fremtidige behov i PH.



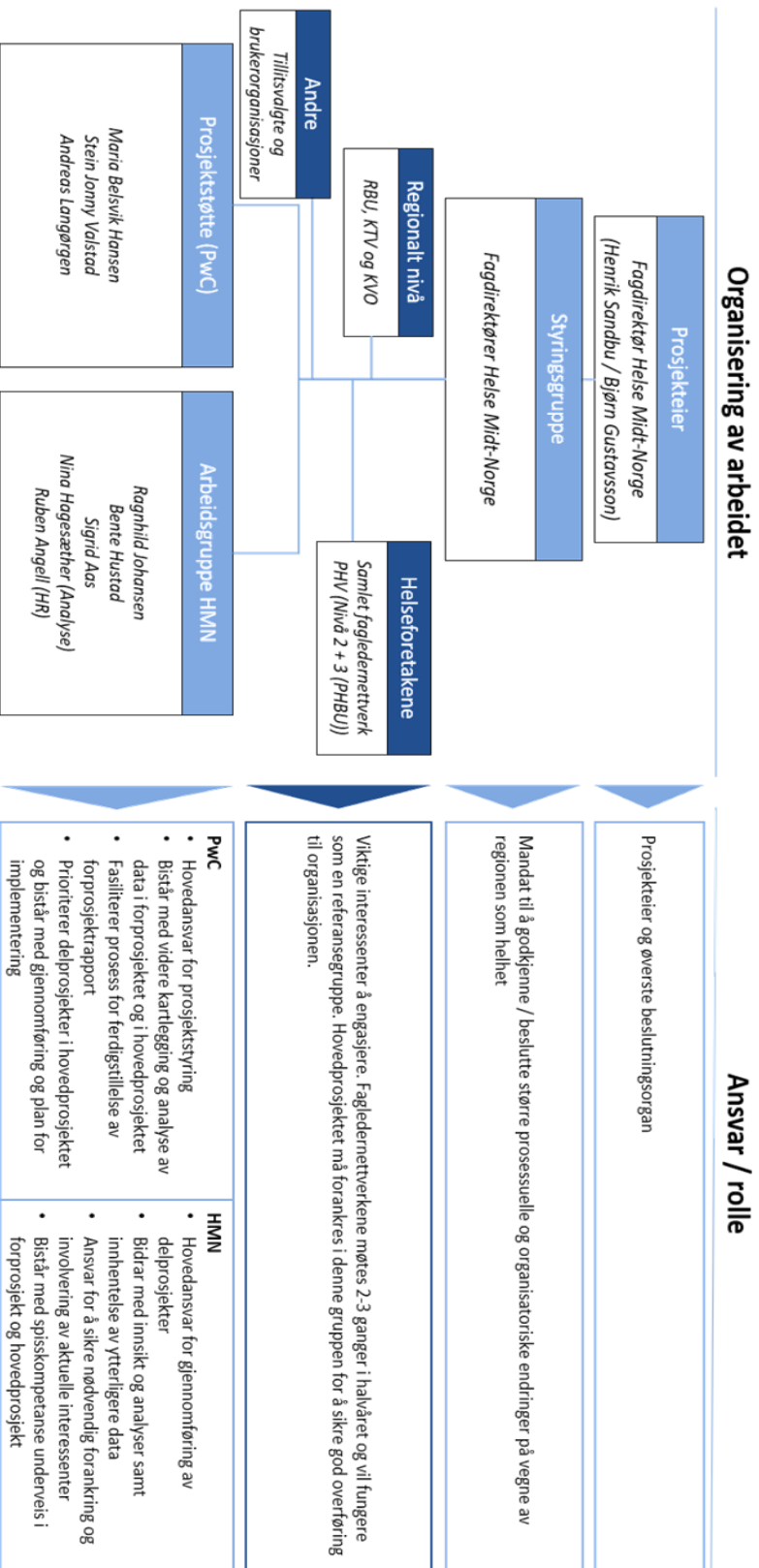
5 Referanseliste

- Barneombudet. (2020). – *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*. Hentet fra: <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>
- Regjeringen. (2021). *Regjeringen har oppnevnt helsepersonellkommisjonen*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-har-oppnevnt-helsepersonellkommisjonen/id2892577/>
- Regjeringen. (2022). *Sykehustalen 2022: Vi skal styrke vår felles helsetjeneste*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2022/id2895158/>
- Riksrevisjonen. (2021). Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM). (2021). *Ungdom med uavklart tilstand*. Hentet fra: <https://ukom.no/rapporter/ungdom-med-uavklart-tilstand/ungdom-med-uavklart-tilstand>
- Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM). (2022). *To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge*. (Rapport 3-2020). Hentet fra: <https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi--status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/bakgrunn>





Vedlegg A





Forslag til tilnærming til hovedprosjektet



Vedlegg B