



Innspill fra Norsk psykiatrisk forening til

Høring - NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Norsk psykiatrisk forening (Npf) takker for muligheten til å komme med innspill til rapporten.

Npf har gjennomgått rapporten, og kommenterer for hvert kapittel.

Kapittel 2

Tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av de ansattes kompetanse- oppgavedeling:

Npfs kommentar:

I psykiatrien har utviklingen vært at legeandelen er drastisk redusert i forhold til psykologene og andre. Spesielt i poliklinikkene er dette uttalt. Mange pasienter møter ikke psykiater/lege i løpet av behandlingsperioden. Dette går på bekostning av pasientsikkerheten da psykiatriske symptomer kan skyldes forhold en psykolog ikke har kompetanse til å avdekke. Psykiaterens oppgave blir i stor grad å være konsulent når forholdet mellom psykiater/lege og psykolog kan være 1:10. Eksempel hentet fra Allmennpsykiatrisk poliklinikk ved Asker DPS)

Dokumentasjonskrav, vedtak spesielt, har økt og tar stor del av tiden som man kunne ha brukt til direkte pasientarbeid. Høykompetente/dyre medarbeidere må bruke mye tid på oppgaver som kunne løses av andre, eks. Merkantil personell og annet støttepersonell.

Organisering av helsetjenesten

Npfs kommentar:

Pga knapphet på kompetanse bør man se på sykehusstruktur. For stor geografisk spredning gir sårbare fagmiljøer og vanskeligheter med rekruttering av

nøkkelkompetanse. Dette gjelder også for psykisk helsevern og vil gå ut over kvaliteten. En mer sentralisering kan stå i motsetning til at kravet om likeverdige tjenester uavhengig av bosted. Imidlertid er det ikke innfridd nå heller.

Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester.

Npfs kommentar:

Styret i Npf har beskrevet dette i en kronikk i Dagens medisin (<https://www.dagensmedisin.no/vi-beklager-vare-unnlatesessynder/538198>).

«Humper i veien», det vil si vanlige livsutfordringer trenger som regel ikke helsehjelp.

Alt snakket fra politikere og andre om at det står dårlig til med befolkningens psykiske helse kan også føre til at man blir i mindre grad villig/evner å akseptere at vanlige livshendelser gjør vondt og tror derfor at man trenger profesjonell hjelp til det meste som smerter. Nye tilbud til de med lettere psykiske helseplager som lavterskeltilbud, kommunepsykologer og annet har blitt løftet opp av politikere som et bevis på satsing på psykisk helsevern. Behovet for tilbud til de mest alvorlig syke har ikke vært så synlig.

HPK peker på at forskning og statistikk viser tegn på overbehandling.

Npfs kommentar:

Den ensidige opptatthet av antall konsultasjoner i psykiatriske poliklinikker/ hos avtalespesialister kan ha en slagside der en ikke er opptatt av om man gir nødvendig og god behandling (kvalitet), men teller antall(kvantitet). En risiko ved en slik måte å telle på er at de friskeste/enkleste får mer behandling enn de er i behov av, noe som igjen fører til mindre ressurser til å helt nødvendig helsehjelp til syke. Samtidig som det for noen grupper sannsynligvis er en overbehandling, er det grupper som underbehandles. Alvorlig psykisk syke underbehandles både i psykiatrien, i primærhelsetjenesten og i somatikken.

Kapittel 3

3.2.4 Godkjenning av utenlandsk utdanning

Npfs kommentar:

Det bør vurderes om psykiatriopplæringen/-spesialiseringen ved utenlandske læresteder er tilstrekkelig god for å leger og psykiatere som skal ha sitt virke i Norge. Følgende forhold kan bli for svakt ivaretatt:

- Ikke-medikamentell behandling
- Helhetstilnærming, rollebevissthet
- Kommunikasjonsferdigheter
- Kunnskap om norsk helsevesen og -lovgiving, herunder andre helseprofesjoners rolle

Kapittel 4

4.1 Sentrale utviklingstrekk

Stor vekst for psykologer og leger.

Figur 4.5. Flere avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten fra 2011 – 2021 for somatikk (74 000 til 92 400) enn for PHV (21 000 til 21 800).

Npfs kommentar:

Veksten i årsverk har i perioden 2011 til 2021 vært betydelig større i somatikk enn i PHV. Dette til tross for «gylden regel» i perioden og annen erklært satsning på PHV. Npf lurer på om det er finansielle drivere for dette?

4.2 Personell i spesialisthelsetjenesten

Økningen i årsverk innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten har i stor grad funnet sted i form av årsverk for leger og særlig psykologer. For psykologer har antall årsverk økt med nesten 1 400 årsverk, mer enn 54 prosent, fra 2011 til 2021 (SSB, tabell 09547). Grunnen til at veksten i årsverk totalt ikke er større, er en reduksjon i årsverk.

Npfs kommentar:

Det har vært en spesielt stor vekst i antall (og andel) psykologer i perioden (54 % vekst i årene 2011-2021). Utviklingen bør evalueres da den medfører behov for å se på fordelingen av oppgaver mellom psykologer og leger.

Antall døgnplasser i psykisk helsevern gikk ned fra 4 194 i 2011 til 3 284 i 2020 (SAMDATA, Helsedirektoratet, i Ose og Kaspersen 2021), en nedgang på 22 prosent. Antall polikliniske kontakter økte i samme periode fra 321 til 435 pr. 1 000

innbyggere i voksenbefolkningen, mens antall polikliniske kontakter på barne- og ungdomsfeltet (BUP) holdt seg stabilt, med rundt 825 kontakter pr. 1 000 innbyggere. En slik omlegging av tjenestene fra døgnbehandling til poliklinisk behandling krever flere ansatte med høyere kompetanse, som kan gå inn i selvstendige behandlerstillinger, altså leger og psykologer.

Npfs kommentar:

Det er et spørsmål hvordan nedgangen i døgnplasser står i forhold til økningen i polikliniske kontakter per innbygger. Kan det være slik at noen pasientgrupper får dårlige tilbud (de mest alvorlig syke), mens andre får bedre tilbud (lettere psykiske lidelser)? Om det er slik, vil en nok ikke uten videre kunne hevde at tilbudet til de med lettere – moderate psykiske lidelser har forebyggende effekt på utviklingen av alvorlige psykiske lidelser.

4.3 Personell i kommunale helse- og omsorgstjenester

I 2021 gikk rundt 16 800 av årsverkene i kommunene til psykisk helse- og rusarbeid (Ose og Kaspersen 2021). Det var en økning på 2 856 årsverk fra 2016, noe som tilsvarer en økning på drøyt 20 prosent. Den relative økningen har vært høyere for tiltak rettet mot barn og unge (29 prosent) enn for tiltak rettet mot voksne (18 prosent).

Npfs kommentar:

Det er uklart hvilken effekt denne økningen i årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene har på behovet for spesialisthelsetjenester.

Psykologårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester økte fra 244 i 2015 til 506 årsverk i 2021, altså mer enn en dobling (Thonstad og Stølan 2022). Som omtalt i kapittel 3, har det i senere år blitt innført krav om at kommunene skal knyttet til seg enkelte yrkesgrupper, og lovkravet om tilknyttet psykolog gjelder fra og med 2020. Lovkravet har bidratt til økningen i antall psykologer i kommunene. Det har vært en målrettet rekruttering av psykologer til disse tjenestene gjennom statlig tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunen. Fra 2020 finnes ikke lenger en statlig tilskuddsordning for å fremme rekruttering. Ved utgangen av 2021 hadde fire av fem kommuner knyttet til seg psykologkompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, enten gjennom ansettelse, samarbeid med andre kommuner eller kjøp av tjenester. Andelen i 2021, 80 prosent, var en nedgang fra 2020, da andelen

var 84 prosent (Thonstad og Stølan 2022). I 2021 hadde 63 prosent av kommunene ansatt psykolog(er) i kommunen, 24 prosent hadde inngått samarbeid med andre kommuner, 9 prosent kjøpte tilgang på psykologtjenester lokalisert innenfor kommunen og 14 prosent kjøpte tilgang der tjenesten var lokalisert utenfor kommunen. Det er geografiske variasjoner, og andelen kommuner som har knyttet til seg psykologkompetanse øker med sentralitet. I Nord-Norge har kun to av tre kommuner knyttet til seg psykologkompetanse. I mindre sentrale kommuner er det dessuten mindre vanlig å ansette psykologen i egen kommune, og kommunene som har knyttet til seg psykolog baserer seg i større grad på samarbeid eller kjøp (Thonstad og Stølan 2022). Veksten er i all hovedsak knyttet til utviklingen i kommunale helsetjenester og tverrfaglige psykisk helse- og rustjenester. Psykologer er til en viss grad også tilsatt i den kommunale PP-tjenesten og det kommunale barnevernet, i tillegg til at noen er tilsatt i kommuneadministrasjon eller i tjenesteovergripende stilling

Npfs kommentar:

Denne utviklingen tyder på en betydelig satsning på kommunepsykologer, men en lite planmessig bruk av psykologkompetansen i kommunene og stor geografisk variasjon i fordelingen av kompetansen. Det kan synes lite avklart hvilken rolle for psykologer i kommunene som best kan forsvare ressursbruken vi har sett på rekruttering av denne yrkesgruppen. Det later til å være behov for en vurdering av effekten av innføringen av nye krav til yrkesgrupper og en gjennomgang av kompetansebehovet i kommunene, basert bl.a. på kost-nytte analyser. Man bør i dette være oppmerksom på dynamikker i samfunnet som kan bidra til å øke etterspørselen etter psykologer (og psykisk helsehjelp i videre forstand), uten et reelt økt behov for høyspesialisert kompetanse.

4.9.2 Innleie og vikarbruk i spesialisthelsetjeneste

Andelen av total innleie i spesialisthelsetjenesten som fant sted i Helse Nord, var særlig høy for psykologspesialister (43 prosent). Figur 4.22 Antall innleietimer for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. 2021. Nesten halvparten av innleietimene for leger, var innen psykiatri.

Npfs kommentar:

Bruken av innleie tyder på rekrutteringsproblemer. Det blir viktig å stille spørsmål om hva er det som gjør stillingene relativt lite attraktive.

Kapittel 5 Helsepersonellkommisjonens tolkning av utfordringer knyttet til fremtidig tilgang på personell i helse- og omsorgstjenestene

Psykologer nevnes gjentatte ganger i kapitlet. Kommuner rapporterer vansker med å rekruttere psykologer. 18% av psykologene (mot 11% av legene) jobber ikke i helse- og omsorgssektoren. Psykologene er også en av gruppene med størst turnover ut av helse. Det nevnes også at en årsak til at kommunene rapporterer vansker med å rekruttere psykologer er at det i 2016 ble det lagt frem et forslag om å lovfeste et krav om at alle kommuner skulle ha tilknyttet psykolog, et krav som trådte i kraft i 2020.

Npfs kommentar:

Npf ønsker å påpeke at det er en svakhet ved rapporten at man baserer rapportering av «rekrutteringsmangel» m.m. på utsagn fra helseforetakene og kommuner. Npf savner at man ser på hvor mange psykologer vi egentlig trenger for et bærekraftig helsevesen. Her kunne man gjerne sammenligne med andre land; hvor mange psykologer har de i det offentlige (viser her bl.a. til Refinementrapporten bl.a. SINTEF deltok i å utforme som viste at Norge var på topp i antall psykologer i helsevesenet per innbygger). Videre kunne man se på hva som egentlig var det faglige argumentet for pålegg om kommunepsykologer, tilsvarende det at psykologspesialister har rett til å fatte tvangsvedtak. At psykologer juridiske har rett til å gjøre en ting også leger kan betyr ikke at man må ha psykolog til å gjør det. Det kan godt hende vi trenger mange psykologer, men faglige argumenter for dette i et bærekraftig helsevesen savnes.

Fastlegemangel og tiltak for å bøte på dette diskuteres.

Npfs kommentar:

Npf vil påpeke at arbeidssituasjonen for fastleger og for psykiatere og andre innen psykisk helse vil henge nøye sammen. Innen feltet psykisk helse må det gjøres gode differensieringer som gjelder hvem som skal til spesialisthelsetjenesten og hvem som skal ivaretas av fastlege og kommune. Fastlegen er sentral i denne triageringen. Videre befatter psykiatrien seg ofte med mennesker som har sykdommer som manifesterer seg i unge år, vedvarer livet ut med ulike utfordringer i varierende grad og med samtidig somatiske utfordringer. Samhandling mellom psykiatri og fastlege

rundt disse pasientene er sentral. En styrking av fastlegenes situasjon vil derfor også gange psykisk helsefeltet. Tilsvarende antas at en god organisering av psykisk helsefeltet letter fastlegenes hverdag.

Ad psykiatere, rekruttere og beholde

Rapporten påpeker at *«leger vurderer at jobben som sykehuslege i større grad enn fastlegejobben gir gode muligheter for faglig utvikling, sosialt miljø og gode sosiale ordninger og rettigheter, at jobben som sykehuslege i mindre grad innebærer mye administrativt arbeid og at jobb som sykehuslege gir høyere status»*. Den nevner videre at det er særlig vanskelig å rekruttere og beholde psykiatere. Psykiatrien er et fag som p.g.a. sin egenart er ansett egnet for desentralisering til små enheter.

Rapporten påpeker imidlertid sårbarheten i dette med svake fagmiljø, lite kolleger etc for sykepleiere og det samme må antas gjelde for psykiatere. Det nevnes 3-delt turnus så vel som å koble noen LIS1 stillinger til psykiatri som tiltak for å bøte på dette.

Npfs kommentar:

Npf er glad for at det rettes oppmerksomhet mot psykiatri. Vi har imidlertid noen utdypende kommentarer. For det første synes beskrivelse og framskriving av mangel på psykiatere å basere seg på hva NAV rapporterer om ledige stillinger, hva HF'ene rapporterer mm. Det er ikke i kapittel 5 beskrevet noen egentlig faglig begrunnelse for at det er for få psykiatere. Det kommenteres ikke på at WHO viser at Norge er det landet i verden som har høyest tetthet av psykiatere i offentlig helsevesen per innbygger, og en tilsvarende beskrivelse kommer frem i den europeiske Refinementstudien. Organisering og oppgavedeling innen psykisk helse – der psykiatere i hovedsak jobber – er i Norge annerledes enn i somatisk helsevern. Npf anbefaler at man med tanke på et bærekraftig helsevesen i fremtiden ikke bare øker antall stillinger med en videreføring av dagens organisering, men at man ser kritisk på hvordan oppgavene utføres. Sammenligning med andre land må være relevant her da psykiatriske sykdommer skal ha tilsvarende behandling uansett land – på samme måte som andre sykdommer. Psykiatri og psykiatrisk sykdom må også skilles tydeligere fra psykisk velbefinnende, følelser den enkelte har i hverdagen mm.

Det andre hovedpunktet Npf vil påpeke er forståelsen for hva som gjør at psykiatere velger faget og blir der. Det nevnes NSDM sin struktur for Recrute and retain og tiltakene Utdanningsrelaterte tiltak, Personlige og profesjonelle støttetiltak, Regulatoriske tiltak og Økonomiske insentiver. Dette må antas i stor grad være relevant også for psykiatere, men trolig er det behov for ytterligere utdyping. Det menneskelige aspektet i hvorfor noen fortsetter i en jobb og hvorfor noen slutter bør nærmere utforskes.

Turnover.

Npfs kommentar:

Npf vil påpeke - slik rapporten også nevner - at en viss grad av turnover bra. Det sikrere variasjon, nye impulser og bredde. I kommunen er turnover 14 – 15 %. Turnover av legespesialister er ikke spesielt høy. Turnover i sykehus er 5% eller lavere. Det er en gruppe som har høy turnover, det er psykologene. Om det er et problem eller ikke må vurderes opp mot hvordan man er kommet frem til behovet for psykologer i sykehusene.

Sysselsetting

Det kommer frem at leger (som inkluderer psykiatere) har høy grad av sysselsetting, 89% jobber i helsevesenet (mot 82% av psykologene) og leger jobber lenge (over 67 år som median og gjennomsnittlig pensjonsalder).

Npf kommenterer at dette må oppfattes som positivt.

Kapittel 6 Helsepersonellkommisjonens tolkning av utfordringer knyttet til fremtidig tilgang på personell i helse- og omsorgstjenestene

Kapittelet handler om fremskriving og kilder til det

Kapittel 6.1.1 nevner også rekrutteringsutfordringer i psykisk helsevern, og her skriver de eksplisitt at SSB antar videreføring av samme oppgavefordeling fremover når de fremskriver.

Npfs kommentar:

Npf ønsker å påpeke at dette kanskje ikke er den mest hensiktsmessige innfallsvinkelen til hvordan vi skal få et bærekraftig helsevesen i fremtiden. Vi må

også se på hvordan vi organiserer oss – og her skue til andre land og sammenligne oss med somatisk helsevern. Npf vil understreke betydningen av at de med mest alvorlig psykiatrisk sykdom må få god nok behandling, og at det derfor er derfor essensielt at vi bruker ressursene riktig og at vi er kritisk og redelig i forhold til beskrivelse av dette.

Sammensetning av befolkningen og økende andel eldre

I kapittel 6 nevnes også at mye av økningen i behov for ansatte i fremtiden er relatert til antall eldre.

Npfs kommentar:

Npf vil påpeke at de fleste alvorlige psykiatriske lidelser rammer og hemmer unge mennesker. Det finnes samtidig en rekke psykiatriske tilstander som debuterer i høyere alder når hjernen begynner å eldes. Hvordan dette sykdomspanoramaet vil påvirkes av endret befolkningssammensetning vites ikke. Npf vil samtidig påpeke at en må sørge for god psykiatrisk behandling til både unge og eldre med alvorlig psykiatrisk sykdom. Npf ønsker å understreke viktigheten av å skille mellom vanlige livshendelser som den enkelte og førstelinjen må håndtere fra alvorlig psykiatrisk sykdom som må utredes og behandles i spesialisthelsetjenesten.

Forventninger i befolkningen og helsepersonell sitt ansvar

I 6.1.2 nevnes forventninger til hvilken helsehjelp man skal få og at helsepersonell er med på å bygge opp disse.

Npfs kommentar:

Npf påpeker at denne tematikken er viktig, og svært relevant innen feltet psykisk helse. Her er det behov for at bl.a. psykiatere er tydelig ovenfor befolkningen om hvilke psykiatriske sykdommer som finnes, hvordan de arter seg og hva som er anbefalt behandling. Samtidig må man vokte seg for å sykeliggjøre allmenne livshendelser som absolutt ikke behøver behandling av spesialist – og kanskje ikke av helsevesen i det hele tatt. Psykiatri og psykisk helse ellers har en sentral rolle når det gjelder forventningsavklaring.

Bærekraft

Det argumenteres for at en stadig økende andel av de sysselsatte som jobber innen helse- og omsorgstjenestene, ikke er bærekraftig. Per nå jobber 15% av de

sysselsatte i Norge jobber innen helse og omsorg. Det hitsettes:

«Helsepersonellkommisjonen har identifisert seks innsatsområder, som vil gjøre det mulig å utløse flere arbeidskraftsressurser og gi et større omfang av helse- og omsorgstjenester, uten å øke antallet sysselsatte i tjenesten. Det må legges betydelig vekt på å arbeide helhetlig og strukturert i helse- og omsorgstjenesten for å få til en parallell utvikling på disse områdene. (...) omfatter – organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene, – oppgavedeling, – arbeidsforhold og arbeidstid, – utdanning og kompetanseutvikling, – prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester, og – digitalisering og teknologisk utvikling.

Npfs kommentar:

Npf støtter disse forslagene til hvordan vi skal ha et bærekraftig helsevesen i fremtiden. Npf understreker behovet for å benytte denne tilnærmingen også i psykisk helsefeltet.

Kapittel 7 Pasientforløp og samarbeid mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Npfs kommentar:

Npf ønsker å understreke betydningen av samarbeid mellom fastlege og psykiater. Fastlege + psykolog er ikke lik psykiater, men veiledning av fastleger fra psykiater vil kunne gi bedre og mer effektiv pasient behandling. Veiledningen kan gjelde henvisning, diagnostisering og langtidsbehandling.

En svakhet i rapporten, slik Npf ser det, er at den deler helsetjenesten i spesialisthelsetjenesten og den kommunale, uten å beskrive hvilke pasienter som bruker de ulike helsetilbudene. Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for begge.

Kapittel 8 Oppgavefordeling.

Npfs kommentar:

I kapittel 8 skriver kommisjonen om bedre oppgavefordeling.

Npf har flere spørsmål i den forbindelse.

Har man vurdert om sidestilling av psykologspesialister og psykiatere har ført til en forbedring, eller forverring av effektiviteten, eller er den uendret?

En referanse her er Rene Girards mimetiske teori, som går ut på at det er likhet som forsterker potensialet for konflikt. Legger man denne teorien til grunn, kan man tenke seg at en grundig diskusjon må til. Npf mener at det er nødvendig å få klarhet i hva slags rolle psykiatere har i en fremtidig spesialisthelsetjeneste.

En bekymring for Npf er at psykiatere blir presset til å bli kun biomedisinske eksperter i kraft av kompetansen knyttet til medikamentforskrivning. Resultatet blir i verste fall at alle andre aspekter av psykiatrisk behandling overlates til andre faggrupper og at psykiatere kun forholder seg til psykofarmakolgi og somatikk. Utviklingen på mange DPSer går allerede i en slik retning. Det er mulig en slik utvikling er ønsket av andre faggrupper. Den er ikke ønsket fra Npf.

Npf mener at det er viktig å differensiere oppgaver og bruke ressursene ut ifra kompetanse og utdanning. Samtidig er det behov for en spesialist som har en bred kompetanse og kan se helhetlig på pasientens utfordringer. Psykiatere, som har bio-psyko-sosio-eksistensiell forståelse av psykiske lidelser burde etter Npf vurdering lede tverrfaglige team og ha ansvar for fordeling av oppgaver.

Begrepet "spesialist" kan skape forvirring. Spesialist er en som kan mye innen et bestemt felt, men når det kommer til psykiatri, snakker vi om en spesialist/generalist samtidig. Selve psykiatrispesialiteten handler om evnen til å forstå psykiske lidelse på mange ulike måter samtidig.

Kapittel 9 - Arbeidstider m.m.

Npf noterer seg at man tar opp, til tross for sykepleiergruppens ønske å arbeide hver 3. helg, at man ifølge AML har rett å legge vaktplaner slik at sykepleier arbeider hver 2. helg. «Beregninger (Moland 2021) tyder på at en relativt beskjeden økning av antall helgevakter, vil løse de største utfordringene knyttet til å bemanne disse vaktene. Det vil dermed bidra til at flere kan bli tilbudt økt stillingsprosent.»

Npf er usikker på hvor klokt det er på sikt å gjøre arbeidssituasjonen med krevende for sykepleiere.

Npf mener rapporten i for stor grad er opptatt av arbeidsgivers styringsrett når det gjelder å utnytte og effektivisere arbeidskraft/ansatte.

Leger er fortsatt en gruppe med lavt sykefravær.

Den økte pågangen til Villa Sana for legegruppen bør gis oppmerksomhet.

Man har også med at leger rapporterer at redusert egenkontroll bidrar til følelse av høyt arbeidspress.

Man tar opp begrepet 'Joy in Work' og god ledelse er avgjørende for å få det til.

Når det gjelder lønns og arbeidsvilkår står det i rapporten «For å rekruttere og beholde personell i helse- og omsorgssektoren er det viktig at lønns- og arbeidsvilkårene er gode nok i forhold til alternativene som tilbys i andre sektorer, både i starten og videre i karrieren. Som det er spesifisert i mandatet, skal Helsepersonellkommisjonen ikke drøfte eller komme med forslag knyttet til en videre praktisering av frontfagsmodellen. Kommisjonen har derfor ingen synspunkter om lønnsnivået for særskilte grupper, sett opp mot andre grupper». Samtidig skrives det «Dersom det gjennomføres endringer som gir økt produktivitet, for eksempel gjennom nye arbeidstidsordninger, vil det kunne forsvare særskilte lønnstillegg, så lenge samlede utgifter i sektoren ikke økes. Helsepersonellkommisjonen oppfordrer partene til å ha dialog om slike ordninger. Dvs man snakker ikke om lønn som et reelt rekrutterings og stabiliseringstiltak.

Det som også kan påvirke leger, er endret søkelys på særaldersgrenser.

«Begrunnelsen for å øke de alminnelige aldersgrensene i arbeidsmiljøloven, bør også gjelde for yrkesgruppene med særaldersgrenser. For

Helsepersonellkommisjonen er ordninger som bidrar til at helsepersonell kan stå lengre i jobb, viktige ut fra behovet om å sikre nok helsepersonell i årene fremover.

Det pågår et partssammensatt arbeid i regi av Arbeids- og inkluderingsdepartementet for å se på hvordan yrkesgrupper med særaldersgrenser skal bli tilpasset det reviderte pensjonssystemet. Kommisjonen vil derfor ikke gå nærmere inn i problemstillinger knyttet til dette spørsmålet.»

Npf mener det er bekymringsfullt dersom det er planer om å svekke AML for å øke arbeidsgivers styringsrett av arbeidstid.

Oppsummert mener Npf:

Norsk psykiatrisk forening støtter opp under innspillene rundt risikoen for negative effekter på rekruttering og stabilisering ved svekkelse av AML og at det øker risiko for økt sykefravær og med det igjen økt behov av innleie og økte kostnader. Det fremkommer tydelig i Rambøllundersøkelsen at ikke minst for legegruppen at redusert egenkontroll bidrar til følelse av høyt arbeidspress. Vår vurdering er at en svekkelse av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser ikke styrker bærekraft men i stedet kan bidra til å øke problemet med mangel på personell i sektoren, og økte kostnader, i tillegg til svekkelse av kvalitet og pasientsikkerhet.

Norsk psykiatrisk forening vurderer at styrket partssamarbeid er en mer holdbar vei å gå og at høy grad av medbestemmelse i utforming av arbeidstidsordningene vil være avgjørende.

Kapittel 10 - Utdanning og kompetanseutvikling

Npfs kommentar:

Vedørende punkt 10.8.3: Norsk psykiatrisk forening støtter styrking av veilederkompetanse. Når det dreier seg om tverrfaglig gruppeveiledning mener Npf at det er veldig viktig at man innenfor legefagene og LIS1/LIS2/LIS3 opprettholder at det er leger/spesialistleger som skal veilede leger. Leger må veilede leger for å sikre kunnskapsoverføring fra mere erfarne leger og spesialister til yngre kolleger både i spesialiteter med mange praktiske prosedyrer og i psykiatrien. I dagens LIS-utdanning igjennom den felles kompetansemodule er det en økning av ikke-klinisk veiledning, noe som ytterligere understreker behovet for lege-legeveiledning. Det er vår vurdering at tverrfaglig samarbeid styrkes, ikke svekkes, av at man får økt kompetanse innen eget fag.

Ellers savner Npf at man har rettet oppmerksomheten på hvordan man kan styrke kvaliteten i LIS2/LIS3 utdanningen. Npf savnet også innspill rettet mot ferdige spesialisters behov for faglig oppdatering og videreutdanning, noe som har blitt mer og mer svekket med strammere økonomiske rammer. Mangel på faglig oppdatering risikerer på sikt å svekke både pasientsikkerhet og trivsel i faget, noe som igjen går ut over stabilitet i spesialistgruppen og også rekruttering.

Norsk psykiatrisk forening støtter økt andel tredelt LIS1. Npf mener at målet bør være at samtlige LIS1-stillinger ha tre/firedelt praksis, dvs at alle LIS1 burde være innom psykiatrien. En slik ordning vil bidra positivt til rekruttering samtidig som kompetansen i psykiatri hos de somatiske spesialitetene, ikke minst allmennmedisin vil økes. Videre støtter vi at når det gjelder koblede LIS1-stillinger at det ikke innføres bindingstid eller karanteneordninger.

Kapittel 11

Npfs kommentar:

Prioritering og reduksjon av overbehandling har stort sett bare henvisninger til somatisk helse og det er en betydelig svakhet at psykisk helse og rus fullstendig ignoreres i et slikt kapittel. Prioriteringer, pasientskade og overbehandling kan gi seg helt ulike utslag i psykiatri/avhengighet som somatikk.

Det er bra at Kommisjonen ser at det er et betydelig rom for reduksjon av unødvendige og lavt prioriterte helsetjenester, men påpeker ikke den store kostnadsveksten i somatikk som ofte har gått på bekostning av psykiatrien. Det er fortsatt rom for å bedre tjenestene til de mest alvorlig psykisk syke pasientene.

Det bra at Kommisjonen tar opp problemet med overbehandling og unødvendig oppfølging. Npf arbeider også med Klope valg, men ser at det blir på andre premisser enn i somatikken hvor det mer vil dreie seg om å gjøre mindre av unødvendig diagnostikk initialt i behandlingen.

Npf er helt enig med Kommisjonen at bekymring for tilsynsmyndigheter, som Helsetilsynet eller statsforvalter, kan bidra til at behandlerne legger opp til mer omfattende tjenester og medikalisering enn det som faglig sett er nødvendig. Vi tror også at retningslinjer og nasjonale pasientforløp kan bidra med det samme.

Helsepersonellkommisjonen vurderer også personellperspektiv til tjenester og brukerne i omsorgsboliger og foreslår større enheter som gir mulighet til bedre ressursutnyttelse for å gi stordriftsfordeler og minske det totale behovet for personell.

For pasienter med psykiske lidelser vil vi sterkt advare mot at det etableres institusjonslignende boliger. Pasientene trenger egne boliger som er trygge med tilstrekkelig bemanning i mest mulig ordinære boliger.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler å lage bedre statistikk om private helse- og omsorgstjenester. Dette støttes av Npf.

Kapittel 12 Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

Npfs kommentarer:

Npf utarbeidet i 2022 et policydokument som gjelder telepsykiatri, og kommentarene er basert på det arbeidet foreningen gjorde i de forbindelse.

Telepsykiatri har blitt viktig og reaktualisert i psykiatrisk behandling. Bruk av eksempelvis videoutstyr i psykiatrien begynte opprinnelig i 1950-årene og på 2000-tallet fikk man erfaring med at telepsykiatri på noen områder kunne være like effektivt som, men forskjellig fra fysisk pasientbehandling. Npf støtter derfor videreutvikling av digitalisering og bruk av teknologi også inne psykiatrien.

Telepsykiatri er i dag brukt med god erfaring nasjonalt og internasjonalt, og det har vist seg at det i mange tilfeller kan være en like god løsning som fysiske møter innen psykisk helsevern i forhold til diagnostisk nøyaktighet, behandlingseffektivitet og pasienttilfredsstillelse. Videre er det sett på som et alternativ som sparer tid, penger og andre ressurser, og at det legger til rette for pasientfokusert og integrert helsehjelp.

Telepsykiatri i behandling

Telepsykiatriske intervensjoner har demonstrert klinisk nytte i et utvalg behandlingsmodaliteter; herunder gruppe- individuell- og familieterapi, og eksempler på dette er CBT, IPT, eksponeringsterapi, psykodynamisk psykoterapi og DBT.

Etter gjennomgang av en rekke lands generelle anbefalinger, kan viktige punkter deles inn i hva klinikere bør tenke over før og under behandling og noen betraktninger om sikkerhet. Npf bidrar gjerne i utarbeidelsen av slike retningslinjer.

For flere tilstander kan et telepsykiatrisk tilbud være et bedre alternativ enn fysisk kontakt med helsetjenesten, slik som ved autistisk spektrum lidelse og angstlidelser.

Telepsykiatri brukt i akuttmottak/legevakt kan øke grad av samarbeid mellom poliklinikk og akutt-tjeneste.

Telepsykiatri kan forbedre helsetjenester der det er lav legebemanning, slik som i fengsel og sykehjem.

Hva synes pasientene om telepsykiatri?

Det er gjennomført mange studier der en setter søkelys på pasienttilfredshet og telepsykiatri. En ser her at det er viktig å ha god kvalitet på video, og at andre faktorer spiller inn, slik som demografiske faktorer (alder, kjønn og etnisitet) og hvilken tilstand pasienten er i (for eksempel akutt depresjon versus depresjon i remisjon). I tillegg trekkes mindre reisetid, reduserte kostnader og ventetid samt større tilgjengelighet på høyspesialiserte tilbud fram som positive aspekter ved bruk av telepsykiatri.

Studier av pasienter med psykiske lidelser viser god pasienttilfredshet. Pasientene ser ikke ut til å synes at det er mer utfordrende å «snakke fritt» digitalt, og møter til timer i samme grad som i vanlig poliklinikk.

Bruk av andre digitale teknologiske verktøy i telepsykiatri

En kan også innlemme flere digitale verktøy i telepsykiatri, og som tillegg til vanlig behandling. For eksempel internettsider, chat-rom, sosiale medier, app-løsninger, VR- og robotteknologi.

Naturlig nok har digitaliseringen av samfunnet også gjort seg gjeldende innen psykiatri/psykologi. Søker man på ordene 'app psykiatri psykologi mental helse', får man en rekke treff. Det dreier seg om alt fra selvhjelpsapper, blogger,

facebookgrupper til annonser for terapeuter som tilbyr hjelp. Googler du bare 'app psykiatri' kommer det først og fremst opp apper til hjelp for leger, mest som erstatning for eller tillegg til lærebøker og håndbøker innen feltet. Det er et stort og til dels uoversiktlig felt, men i en artikkel i Tidsskriftet (10/4045/tidsskr.19.0034) tilbys en oversikt over apper for studenter og turnusleger. Flere pasienter har fortalt om gode erfaringer ved bruk av apper som 'Minplan.no', som er et hjelpemiddel i kriser ved for eksempel økt selvmordsfare. Det dreier seg om en selvprodusert oversikt over faresignaler, tiltak, strategier og nettverk.

Det er viktig at de med mangel på tilgang eller kunnskap om digitale plattformer ikke blir skadelidende og at disse tilbys alternativer, f.eks. fysiske konsultasjoner. Bruk av telefon kan være tilstrekkelig for konsultasjoner med lavere risikoprofil for å oppfordre til kontakt med de som mangler tilgang eller kunnskap om digital teknologi.

Kapittel 13 HPKs vurderinger av fremtidig personellbehov.

HPK anbefaler at samlet helse- og omsorgspersonell ikke skal øke vesentlig utover dagens nivå. De skriver at dette er første gang arbeidsstokken i Norge ikke lenger vil øke, og at dersom det blir en vesentlig personellvekst her, så vil sysselsettingen i andre næringen og sektorer måtte reduseres. Innspill mottatt anbefaler at kompetansen til den enkelte yrkesgruppe i større grad enn i dag bør brukes i helse- og omsorgstjenesten slik at vi får bedre og mer effektive tjenester. Imidlertid har HPK ikke vurdert om økt bruk av konkrete yrkesgrupper i deler av tjenesten vil gi bedre kvalitet og kapasitet og om faktisk behovet for andre yrkesgrupper reduseres.

De omtaler konkret yrkesfagutdannede, sykepleiere, og argumenterer for mer attraktive ansettelsesforhold og mulighet til å bruke og videreutvikle kompetansen i daglig arbeid samt mulighet for formell videreutdanning. Ifht sykepleiere kommenteres det at selv om de fleste har relativt høy stillingsprosent, jobber mange deltid og mange blir uføretrygdet eller går av når de når særaldersgrensen (65 år). Norge har høyest antall yrkesaktive sykepleiere ifht folketall (EØS) og gjør per i dag mange arbeidsppgaver som annet helsepersonell kan ivareta – dette bør endres. I tillegg bør en utforske om de kan få oppgaver som i dag tilhørere høyere profesjonsutdanninger der det er hensiktsmessig, og slik frigjøre kapasitet samtidig som det anses som motiverende og vil øke trivsel.

HPK anbefaler at vi organiserer tjenestene bedre – effektiv oppgavefordeling som utnytter potensiale i kompetanse, og mellom personellgrupper. I tillegg bør oppgaver knyttet til rapportering og administrasjon flyttes fra klinisk og brukerrettet personell. Npf ønsker å kommentere at bedre merkantil støtte vil ønskes velkommen innen psykiatrien.

Kapittel 14 - økonomiske og administrative konsekvenser

HPK foreslår å vurdere fremtidig organisering av helse- og omsorgstjenestene ved å nedsette et utvalg for å utrede spørsmålet om mer helhetlig organisering, ev. samlet på felles forvaltningsnivå, ev. å utrede behov for nærmere utredning av bærekraftig sykehusstruktur i Norge slik at vi kan tilby høy kvalitet i hele landet. Andre forslag innebærer at det iverksettes et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram, nye praksismodeller, økt bruk av hus- og hytte stillinger, økt støtte til studenters merutgifter f eks i praksis, økt ansvar i kommunene for undervisning, utviding i tilbud om kompletterende utdanninger for de fra land utenfor EØS som bør gjøres av HDir

Npf mener at fagforeningene må involveres.

Samlet snakkes det betydelig om at vi må effektivisere tjenester, fordele oppgaver etter kompetanse, og at vi ikke kan forvente at vi blir flere.

Npf støtter forslaget om at administrative oppgaver skal flyttes vekk fra klinisk personell.

Npf savner at rapporten retter oppmerksomheten mot at lovgiver og kontrollorganer (slik som statsforvalteren) må støtte opp under at behandling gitt skal være effektiv og fagstyrt i større grad og at klinikere skal bruke mindre tid på å skrive redegjørelser og vedtak, m.m. Npf mener den signifikant «jusifiseringen» i psykiatrien må diskuteres dersom tjenestene skal organiseres mer effektivt.

Npf mener videre at godkjenninger av spesialister bør flyttes tilbake til spesialitetskomittene.

Npf ønsker at hva som er god behandling og gode behandlere avgjøres av fagpersoner, ikke at helsebyråkrater.

Hamar, 24.03.2023

Lars Lien

Leder i Norsk psykiatrisk forening