

Rådet for psykisk helse

Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo

Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo

Tlf 23 10 38 80

post@psykiskhelse.no

Bank: 1609.08.79875

www.psykiskhelse.no

Org.nr. 971524499



Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hjelpeskilden Norge, Hvitte Ørn, Landsforeningen for Plurimende innen Psykisk helse - LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådelyng om spileforsyning, Spileforsyningsselskapet, WSO - Landsforeningen We Shall Overcome, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Stiftelsen CRUX, Norges Røde Kors, Fagforbundet, FO - Fellesorganisasjonen, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 28. april 2023

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

Det er stor avstand mellom ressurser og forventninger i psykisk helsevern. Det er høyere sykdomsbyrde i befolkningen og flere får hjelp for sent og trenger mer sammensatte og langvarige tiltak og behandlinger. Andelen eldre øker, noe som utløser større behov for helsehjelp. Vi er helt avhengige av å ha en fungerende spesialisthelsetjeneste for å komme inn så tidlig som mulig med virksom hjelp. Alt kan ikke forebygges - folk blir syke.

I et land der helsetjenestene tilstreber å kunne hjelpe alle, er det livsfarlig dersom systemet kneler, ikke løser oppgavene eller i verste fall innbyr til så liten grad av tillit at folk ikke lenger tror de kan få hjelp. Med dagens ressursituasjon der både kapasitet og kompetanse er i manko, er situasjonen langt fra gunstig. Det har oppstått et etterslep og pågangen har vært større enn tilgangen over tid. Det er sprengt kapasitet, høy avvisningsprosent, manglende døgnplasser og lang ventetid som bidrar til at kvaliteten på behandling og oppfølging blir påvirket. Det psykiske helsefeltet har et overordnet ressursproblem, og trykket kommer på flere indikatorer samtidig. Den demografiske utviklingen framover og framskrivningsmodeller for personellbehov i psykisk helsevern og rus gir et anslag på behov for 15 prosent vekst i antall sysselsatte helsepersonell i sektoren for å kunne gi helsehjelp etter samme modell og på samme nivå som i dag. Derfor må vi utvilsomt ta grep for bedre ressursutnyttelse i helsesektoren for å kunne ivareta befolkningens psykiske helse på et akseptabelt nivå.

Helsepersonellkommisjonen ber oss senke forventningene og bemanne nedenfra. Hvis vi ikke kan kutte må vi få på plass smarte løsninger. Vi konsentrerer i hovedsak våre innspill til utredningens og utvalgets forslag til politikk på området psykisk helse og psykisk helse og rus.

Effektivisering

Kommisjonen peker på nødvendigheten av en betydelig effektivisering i spesialisthelsetjenesten. Vi står ovenfor en mangel på helsepersonell i framtiden som vi ikke kan betale oss ut av. Tjenestene må effektiviseres. Samtidig er psykisk helsevern over lang tid blitt stemoderlig behandlet. Psykisk helsevern har over mange år hatt en lavere vekst enn somatikken, og tjenesten er i stor grad dreid fra døgnopphold til poliklinisk behandling. Det er også mer arenafleksibel behandling i form av ulike oppsøkende akutteam både for voksne og barn. Ventelister, rapportering om stadig sykere pasienter ved akuttavdelingene og en endring i antall dømte til psykisk helsevern, gjør at Rådet for psykisk helse nå mener vi har overtrådt en smertegrense for hva som er akseptabelt i den videre omleggingen av tjenestene i psykisk helsevern. Det er et stort behov for flere døgnplasser allerede nå. Vi støtter et arbeid for å se hvordan både teknologi og nye behandlingsformer og metoder kan effektivisere tjenestene. Samtidig vil vi anbefale at vi er varsomme med et tankegods som tilsier å redusere forventninger og begrense valg for de alvorligst psykisk syke.

Helsepersonellkommisjonens anmodning om å senke forventningene og valgmulighetene, bør rette seg mot grupper som er nær ved å få sine forventninger innfridd. Mennesker med alvorlig psykisk sykdom kan ikke bli stående på lav prioritering når ressursene skal fordeles, og feltet må løftes før det kan stabiliseres og effektiviseres på linje med resten av helsesektoren. Vi må erkjenne at utgangspunktet er

forskjellig, og at vi må lukke gapet mellom somatikken og psykisk helsevern for å gi et bedre utgangspunkt.

Kapasitet

Det er utfordrende å både rekruttere og beholde spesialkompetanse i psykisk helsevern, og det er et svært krevende rekrutteringsklima og flukt av spesialsykepleiere i psykisk helsevern og i [kommunalt psykisk helsearbeid](#). Vi opplever en handlingslammelse og vegring mot å endre på noe alle er enige i at ikke fungerer. Fremover trenger vi mer treffsikre tiltak for å utdanne, rekruttere, og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten. Dette krever en strategisk tilnærming til kompetanseutvikling for å sikre kapasiteten. Per i dag har helse- og sosialtjenester det høyeste legemeldte sykefraværet (7,9 prosent) med 2,1 millioner tapte dagsverk. Løsningen er ofte innleie av vikarer, noe som er svært fordyrende, mens pasientene og tjenestene står igjen som taperne. Det er vanskelig å beholde sårt tiltrengt kompetanse, mens den negative omtalen av en pågående psykisk helsekrise og arbeidspresset virker anti-rekrutterende for feltet. Vi frykter at viktig personell omstiller seg eller går over til private helsetjenester på enklere og mer lukrative kontrakter, og at vi da går glipp av spesialistkompetanse det har tatt lang tid å bygge opp.

Helsefagarbeidere er en svært viktig ressurs i psykisk helsevern, og bør gis mulighet for spesialisering og kompetanseheving på lik linje med andre profesjoner i helsesektoren, eksempelvis ved å styrke sin kompetanse om psykosebehandling gjennom en tilpasning av SEPREP-utdanningen for helsefagarbeidere.

Ansatte med mye realkompetanse uten formell utdanning er også en viktig del av helsetjenesten. De beste folkene å satse på er ofte de som allerede er i tjenestene og har lyst til å lære mer. Det bør tilrettelegges for at denne gruppen kan få mulighet for utdanning som helsefagarbeider etter modell for arbeidsplassbasert barnehagelærerutdanning hvor størstedelen av studiet legges til egen arbeidsplass. En slik modell vil bidra til å lukke gapet mellom behov og kvalifisert personell. Bemanningsenheten i PHR Vestre Viken har utdannet helsefagarbeidere etter lignende modell. Det bidrar både til kompetanse og stabilitet i personelltilgangen, og kvalitet og kapasitet i den hjelpen som gis. Vi støtter arbeidet med å skape en heltidskultur, og understreker nødvendigheten av å rekruttere og beholde ansatte i alle personellgrupper.

Sosialfaglig forståelse og kunnskap må få større plass i helsetjenestene. Sosionomer må ha en naturlig plass i behandlingsteamene rundt pasientene, det vil bidra til å ivareta et helhetlig behandlingsperspektiv. Det må rettes mer fokus på det sosialfaglige aspektet innen psykisk helsevern både med tanke på de sårbare overgangene mellom behandlingsnivåene og når det gjelder hvordan pasienters psykiske helse påvirkes av andre faktorer i livet som økonomi og boforhold.

Jobbtilfredshet er sammen med lønn en viktig driver for å beholde og rekruttere. Dette innebærer fysisk og psykisk trygghet i arbeidshverdagen og opplevelse av kontroll og innflytelse. Når vi vet at mangelen på helsepersonell innen psykisk helsevern er stor allerede i dag, må vi etablere andre modeller som sikrer en tverrfaglig personellsammensetning og teamstruktur som gir synergieffekter. Sosionomer, fysioterapeuter, treningsfysiologer, ergoterapeuter og ikke minst helsefagarbeidere er bare noen av mange yrkesgrupper som sammen med leger, psykologer og sykepleiere kan samarbeide om å møte pasientens behov og samlet sett gi mer treffsikker og effektiv behandling. Vi må ta i bruk den kunnskapen vi har om at pasienten er et resultat av sitt liv og ikke bare sin diagnose. Det er vanskelig for en pasient å konsentrere seg om samtaleterapi hvis redselen for å miste huset er det som er mest

påtrengende. Vi vet også at pasienter som får trening som medisin er mer mottagelig for terapeutiske samtaler.

Kompetanse

Helsepersonellkommisjonen er krystallklar på at vi verken kan betale eller bemanne oss ut av krisen. Vårt eneste alternativ er å ruste opp innholdet i det vi leverer. Da må vi fjerne oss fra tankesettet der det ikke er like nøye med de som er innlagt i psykisk helsevern som i somatikken. Det er på tide å vekte innsatsen internt i sykehusene på en måte som motvirker dagens diskriminerende ordninger. Ingen andre pasienter møter så mange ufaglærte når de er akuttinnlagt på et sykehus som mennesker i alvorlig psykisk krise. Det er utenkelig å tillate ufaglærte ansatte på en somatisk intensivavdeling, mens intensivpasienter i psykisk helsevern til stadighet opplever at ansatte uten verken erfaring eller kompetanse settes til å passe på dem i deres verste livskriser. Vi kaller det bemanningsdiskriminering. Skal vi klare å utnytte kapasiteten til det personellet vi har i psykisk helsevern bedre, må vi ha et felles, nasjonalt løft på kompetanse der kompetanseheving er satt i system. Pasienter og brukere i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid må møte den samme kompetansen på alle behandlingsnivåer. Vi trenger gode og brukervennlige digitale kompetansekartleggingssystemer. Alle må ha det, og alle må kunne det.

Oppgavedeling

Nye roller og oppgavedeling i tjenestene må utvikles. [Ny master i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet](#) sammen med spesialistgodkjenning for sykepleiere gir mulighet for klinisk karrierevei. Kompetansen vil bidra til bedre helse, levekår og lengre liv for mennesker med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer, og i tillegg bidra til bedre kvalitet og mindre forbruk av tjenester for mennesker som dør 20 år tidligere enn resten av befolkningen.

Et av de sterkeste midlene for å motvirke sosial ulikhet i helse, er å tilgjengeliggjøre denne kompetansen for hele befolkningen. Dette trekker også den nye folkehelsemeldingen tydelig frem, mens konkrete tiltak lar vente på seg til opptrappingsplan for psykisk helse og nasjonal helse- og samhandlingsplan legges frem. Sykepleiere med en slik spesialkompetanse vil bidra til bedre tjenester og bedre ressursbruk jevnt over i helsetjenesten. Masteren bør spilles inn i arbeidet med ny helse- og samhandlingsplan fordi den vil bidra til bedre ressursutnyttelse og en sunnere samfunnsøkonomi, samt bærekraft og sårt tiltrengte sykepleierressurser i distriktene.

Ledelse

Helsepersonellkommisjonen peker på at bemanningsutviklingen i helse- og omsorgstjenesten ikke er bærekraftig, og at vi må begrense den negative utviklingen. Vi snakker om en av de mest komplekse sektorene i samfunnet, der sykepleietjenesten utgjør den største personellressursen. Det er helt avgjørende for kvaliteten i tjenestene å sikre god faglig ledelse på pasientnært nivå for å skape gode arbeidsplasser og utnytte kapasiteten på en best mulig måte. Det etterspørres stabs- og støttefunksjoner og større ressurser til fagutvikling. For å lykkes med å rekruttere og beholde sykepleiere og annet personell, og gjennomføre nødvendige omstillinger og endringer i sektoren, er det behov for å redusere lederspenningen og styrke lederkompetansen og den faglige ledelsen. Det gjelder særlig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Lederspenn

Gode ledere er en forutsetning for å lykkes med bemanningskrisen. I dag opplever vi mangel på reell mulighet for å drive ledelse på grunn av for stort lederspenn. Situasjonen er prekær, og det må skapes rom for ledelse, ikke bare administrasjon. Vi må utvikle en plan med konkrete tiltak for å styrke lederkompetanse og kapasitet på pasientnært nivå i både kommuner og spesialisthelsetjeneste. Behovet for styrket faglig ledelse bør vektlegges særskilt, men også sammenhengen mellom faglig, personal og organisatorisk ledelse.

[Sykehusutvalget](#) har vurdert regelverk og tiltak som kan understøtte en fornuftig lederstruktur. Deres kartlegging viser at de fleste enheter ved helseforetakene har mellom 10 og 50 ansatte, men at det er store variasjoner. Ved flere foretak har 10 prosent av enhetene mellom 60 og 100 ansatte.

[Undersøkelser](#) viser blant annet at i alders- og sykehjem er medianen 93 ansatte per leder, men at det er registrert virksomheter med opptil 274 ansatte per leder. Vi har ikke gode undersøkelser fra kommunal sektor.

Kartlegging

For å lykkes med kompetansebygging i helsetjenesten trenger vi gode og brukervennlige digitale kompetansekartleggingssystemer. [Kompetanseportalen](#) er et viktig verktøy som flere fremhever i forbindelse med å møte behovet for faglig oppdatering og interne kurs. Kompetanseportalen kan også brukes til å samle informasjon om kompetansesammensetning i en faggruppe og kompetansebehov hos den individuelle sykepleier slik at ledere og sykepleiere kan finne frem til individuelt tilpassede kompetanseplaner. En slik kompetansespissing vil gi bedre pasientsikkerhet, for veien til god behandling blir kortere når kompetansen er riktig plassert fra start.

Erfaringskompetanse

Vi støtter betydningen av også å inkludere bruk av erfaringskompetanse og frivillige i psykisk helsearbeid og spesialiserte tjenester. Rådet for psykisk helse har helt siden TV-aksjonen Hjerterom i 2004 støttet etablering av recoveryorienterte hus/rehabiliteringsarenaer med stor grad av brukerinnflytelse og involvering som alle tar utgangspunkt i det friske i mennesket og har egenstyrking og arbeid og meningsfull aktivitet som mål. Dette er arenaer med mer fleksible og støttende rehabiliteringsmuligheter for mennesker som trenger mer sammensatt og helhetlig støtte og som ikke finner hjelp i mer vedtaksstyrte standardløp i regi av NAV. Men også slike tiltak med stort innslag av frivillige trenger ansatte med rehabiliteringskompetanse. De trenger også økonomisk forutsigbarhet for drift og aktivitetstilbud. Frivillighet er ikke gratis, og frivillige trenger også kvalitetssikring og systematisk kompetanseheving. Vi støtter en videreutvikling av ordningen med å ansette erfaringskonsulenter. Dette er en ressurs i helsetjenestene. Samtidig vil vi presisere at i all bruk av frivillige og erfaringskonsulenter er det viktig at vi ivaretar pasient- og brukersikkerheten, herunder at vi som samfunn sikrer at bruken av erfaringskonsulenter og frivillige også ivaretar kravene i helsepersonelloven når det faktisk er slik at de yter helsehjelp i regi av helsetjenesten. Det krever kompetansebygging og ivaretagelse også av erfaringskonsulenter og av de frivillige.

Kombinerte stillinger

Helsepersonellkommisjonen framhever nødvendigheten av en tettere kobling mellom forskning og klinisk praksis, samt systematisk arbeid for deling og implementering av kunnskap og kompetanse.

Behandling av relasjonell karakter krever alltid tid for å oppnå den nødvendige tilliten, som er en bærebjelke for støtte og tilfriskning. Komplekse problemer trenger ofte spesialisert kompetanse, og for at flere skal kunne nyttiggjøre seg den må vi skape elastiske modeller og samhandlingsløsninger som gir synergieffekter av denne formen for kompetanse. Det bør stimuleres til flere kombinerte stillinger, hvor akademia og klinisk praksis samarbeider, også for spesialsykepleiergrupper.

De vi ikke snakker om: Pårørende

I en framtid der helsepersonell er en knapp ressurs samtidig som den demografiske utviklingen tilsier at behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke betraktelig er det helt nødvendig at politikken på dette området støttes opp av en bedre og mer helhetlig pårørendepolitikk enn det vi som samfunn har i dag. Pårørendeperspektivet er fullstendig fraværende i utredningen. Det er ikke bærekraftig å fortsette å bruke pårørende som en ubetalt og uendelig ressurs som en forlengelse av helsetjenesten. Det vil være langt flere pårørende som vil stå i betydelig mer omfattende pårørendeoppgaver samtidig som de skal være bidragsyttere inn i et arbeidsliv som trenger deres ressurser. Det er altså ikke slik at det ikke finnes folk, men vi velger å bruke folk som skal utføre andre samfunnsnyttige oppgaver. Vi vet allerede i dag at mange pårørende med stort omsorgsansvar selv faller ut av arbeidslivet og selv får store helseutfordringer. Dette er ikke effektivisering, men feil bruk av ressurser. Denne kunnskapen må implementeres i den politiske styringen av helsetjenesten framover. I tillegg vil vi understreke hvor viktig det er at barn som pårørende blir identifisert og tiltak iverksatt og fulgt opp.

Dømt til behandling

Domstolene dømmer stadig flere til tvunget psykisk helsevern. Et økende antall døgnplasser beslaglegges og andre pasienter utskrives grunnet plassmangel. I dag er rundt 40 prosent av pasienter i de sikkerhetspsykiatriske avdelinger innlagt etter strafferettslig grunnlag, og må sikres god og langvarig hjelp. Sengetallet totalt sett må dimensjoneres slik at plassene finnes når mennesker dømmes til behandling uten at de som fremdeles er syke skrives ut prematurlig, for da vil kommunene og pårørende fortsatt måtte ta en stor belastning med de mest alvorlig syke og sykehusene fortsetter med unødvendig mange svingdørspasienter. Når spesialisthelsetjenesten skal løse samfunnsoppdrag av tverrdepartemental karakter må midlene følge med, og utløse finansiering og ressurser. Vi må derfor i fremtiden sørge for at driftsmidler fra justissektoren følger med når mennesker blir dømt til behandling. I arbeidet fremover blir det derfor nødvendig å sikre et tverrfaglig bilateralt samarbeid for å få til elastiske løsninger.

Vold mot helsepersonell

Bemanning i spesialisthelsetjenesten på psykisk helse og rusfeltet handler også om sikkerhet, for pasienten selv, for medpasienter og for ansatte. Høye jobbkraav, liten kontroll, emosjonelle belastninger og rollekonflikter er faktorer som vi vet kan føre til sykefravær. Dette er i stor grad til stede i helse og omsorgssektoren, særlig blant turnusarbeidere. Når man legger til belastningen med å stå i daglige situasjoner hvor du ikke vet om du vil få slag eller spark fra en pasient fordi bemanning og kompetanse er mangelfull, kan helsepersonell fort bli utslitte og sykmeldte. På den annen side kan mangel på personell gi konsekvenser som truer pasientens rettssikkerhet og økt bruk av tvang. Tilstrekkelig bemanning er avgjørende både for å forebygge vold og utagering hos pasienter og for å trygge ansattes og medpasienters sikkerhet. En [gjennomgang](#) av vedtak og journaler for flere belteforløp ved Regional sikkerhetsavdeling (Østmarka) ga Sivilombudet bekymring for en problematisk normalisering av bruk av belter, særlig transportbelter. Et eksempel på god praksis er akuttavdelingen ved Lovisenberg diakonale sykehus. De gjennomfører kontinuerlig felles opplæring i MAP-programmet (møte med

aggresjonsproblematikk) på søndager for å sikre at ekstravakter og ufaglærte får skoling og trening i arbeidsmetoden sammen med sykepleiere og spesialister.

Likebehandling og likeverd

Vi kan ikke senke forventningene til kvaliteten i hjelpen mennesker skal møte når de er i sine største livskriser. Det forlenger behovet for helsehjelp, og i verste fall koster det liv. Nå må vi bort fra bemanningsdiskrimineringen og bedre tilbudet til mennesker med psykisk helse- og ruslidelser. Det må satses på ressursene som allerede er i tjenestene, og samtidig trenger vi et løft på kompetanse og samhandling.

De aller fleste vil være i behov av spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten gjennom livet. De av oss som trenger helsetjenester innen psykisk helsevern må møtes med likebehandling og likeverd. Dette har politikere, helseledere og fagfolk et ansvar for å bidra til. Det er langt flere som trenger hjelp i psykisk helsevern enn de som får det i dag. Samfunnet går glipp av store ressurser, og mange lider unødig. Vi har akutt behov for langsiktig satsing som forebygger og retter opp velferdsgapet. Dersom vi får mer betydelige personell-lekkasjer til det private vil kvaliteten i det offentlige bli skadelidende.

Forebygging

Alle faktorer er med å påvirke helsetilstanden, så vi er avhengige av en sektorovergripende strategi for å fordele virkemidler og beskyttelsesfaktorer på alle arenaer der myndighetene kan påvirke. Det er lavterskeltiltakene som gir best utbytte. Hvis man fanger opp mennesker i risiko tidlig i en negativ utvikling skal det mye mindre til for å snu, og sjansen for tilfriskning er betraktelig mye bedre. Spørsmålet er hva slags incentiver som gis til kommunene, som først og fremst må stå for forebyggingen, og hvordan helsesektoren rigges slik at man får rett hjelp til rett tid. Vi ser for ofte konsekvensene av at folk ikke får hjelp på rett behandlingsnivå.

Rådet for psykisk helse



Tove Gundersen
Generalsekretær