

Høring

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

Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsfrist 02.05.23.

Høringssvar fra NAPHA, 28. april 2023

Vår ref.: 24/2023



Innledning

Vi i Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) vil først og fremst berømme Helsepersonellkommisjonen for en bred inngang til utfordringene, grundig utvikling av kunnskapsgrunnlag, og å være modige i beskrivelser, anbefalinger og tiltak.

NAPHA tar kommisjonens beskrivelse av fremtidig behov for helsepersonell, gitt den demografiske utviklingen, til etterretning. Vi deler bekymringen knyttet til den store mangelen på personell i årene fremover. Som et nasjonalt, men kommunenært, kompetansesenter for lokalbasert psykisk helsearbeid, er vi særlig bekymret for utviklingen i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene. Her er mangelen på nødvendig psykisk helsepersonell mange steder allerede en realitet.

Vi vil i hovedsak fokusere vårt innspill omkring noen utvalgte tiltak som vil være særlig relevant for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og for vår virksomhet som kompetansesenter. Det vil være tiltak i kapittel 7 (Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene), kapittel 8 (Oppgavedeling), kapittel 10 (Utdanning og kompetanseutvikling) og kapittel 12 (Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene).

Mange av tiltakene som Helsepersonellkommisjonen foreslår er rettet mot helse- og omsorgstjenestene. NAPHA ønsker å understreke at psykisk helse- og rusarbeid har et mye bredere fokus enn dette. Innsatsen rettes like mye mot forhold i samfunnet – sosiale, kulturelle og relasjonelle forhold, som evnen til å håndtere og regulere egne tanker, følelser og adferd.

Arbeidet er tverrsektorielt, og tydelig forankret i verdier som tilhørighet, normalisering, likeverdighet, myndiggjøring og menneskerettigheter. Tiltak vil ofte berøre både nettverk, økonomi, levekår, arbeid, bolig og lokalsamfunn. Psykisk helsearbeid utøves i form av:

- forebyggende arbeid utenfor tjenestene (for eksempel i barnehager, skoler, arbeidsplasser, lavterskeltilbud rettet mot ulike grupper, brukerstyrte tilbud og tilbud i regi av frivillig sektor, kultur- og idrettsliv)
- psykisk helsehjelp integrert i øvrige tjenester og sektorer (for eksempel NAV, sykehjem, hjemmetjenester, fastleger og helsestasjon)
- egne psykisk helsetjenester og ambulante tjenestetilbud
- lavterskel behandlingstilbud for personer med de vanligste lidelsene angst og depresjon (for eksempel Rask psykisk helsehjelp)
- oppsøkende behandlingsteam på tvers av kommuner og spesialisthelsetjenester for personer med alvorlige og sammensatte problem (for eksempel ACT/FACT-team)

Hvis vi skal lykkes med å skape mest mulig helsefremmende samfunn, og minske belastningen på psykisk helse- og rustjenestene, er vi avhengig av god samfunnsplanlegging og en bred samfunnsrettet innsats fra mange sektorer og forvaltningsnivåer. Hele befolkningen og alle sektorer må gjennom på en stor omstilling.

NAPHAs leder har deltatt i Helsepersonellkommisjonens arbeid. Hun har også bidratt til dette innspillet gjennom å legge til rette for drøftinger av kompetansesentrenes rolle, og har også godkjent den endelige høringsuttalelsen. Det øvrige arbeidet er først og fremst gjennomført av andre ved NAPHA.

1. Samhandling og mer helhetlig organisering

På tross av mange helsepolitiske initiativ, reformer og satsinger pekes det fort på utfordringer i samhandlingen når uheldige hendelser og utilstrekkelig psykisk helsehjelp avdekkes.

Helsepersonellkommisjonen beskriver godt hvordan det er en helt grunnleggende utfordring at tjenester skal leveres av to tjenestenivå. Uforholdsmessig mye tid, penger og helsepersonell brukes på å drøfte samhandlingsutfordringer. Mer effektiv og bedre samhandling kan gi mange flere tidligere og bedre hjelp og behandling.

Vi stiller oss bak Helsepersonellkommisjonens anbefaling i kapittel 7 om å nedsette et utvalg som får i oppgave å utrede en mer helhetlig organisering, eventuelt ett forvaltningsnivå. Det kan bidra til å redusere forbruket av helsepersonell og gi bedre bruk av den samlede tilgjengelige kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Det anbefalte utvalget bør ha en bred og helhetlig inngang til arbeidet, og tenke nytt om både organisatoriske løsninger, bruk av helsepersonell, lovverk og finansieringsordninger på tvers av tjenestenivå. Problemstillinger utvalget bør se nærmere på er:

- Hvordan kan pasientforløp bli mer effektive ved å ha mer fokus på kvalitet, fleksibilitet og individuelle tilpasninger? Det brukes i dag svært mye tid på koding, forløpsregistrering og rapportering av styringsdata. Da blir det mindre direkte brukertid og mindre rom for fleksibilitet.
- Hvordan kan pasientforløp, koordinerende enhet og forløpskoordinators rolle videreutvikles og sees mer i sammenheng, og på tvers av tjenestenivå? I dag er kommunenes rolle i pasientforløpene mindre tydelig.
- Hvordan kan kartlegging og innhenting av opplysninger skje mer effektivt gjennom mer automatiserte prosesser og digitalisering?
- Hvordan kan ordninger for tjenestetildeling bli mer effektive, eventuelt avvikes, slik at psykisk helsehjelp kan tilbys mer fleksibelt? I mange kommuner praktiseres bestiller-utførermodellen veldig byråkratisk og gir lite rom for fleksibel og brukerorientert hjelp. Det er flere gode eksempler på kommuner som har lagt om innretningen av sine tjenester slik at de blir både mer tilgjengelige og mer brukerorienterte. Det er også utprøvinger av «en vei inn» – hvor kommune- og spesialisthelsetjenesten gjør felles vurdering av henvisning, og sammen beslutter hvilke tjenester som er nødvendige.
- Hvordan kan helsefellesskapene ta en mer ledende rolle i tjenesteutviklingen på tvers av tjenestenivå? NAPHA stiller seg bak [Sykehusutvalgets rapport](#) som peker på et betydelig potensial for å forbedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak gjennom å bygge videre på helsefellesskapene, og ha et eget samhandlingsbudsjett for disse. Det forutsetter imidlertid et utvidet mandat, tydeligere oppdrag, at arbeidet blir tilstrekkelig prioritert og godt nok forankret, relevant kompetanse, og at det jobbes godt med å utvikle en kultur som preges av ønske om å skape noe sammen.
- Hvordan kan man lære av gode lokale samhandlingsinitiativ ved å evaluere slike initiativ mer systematisk? Ett eksempel er samhandlingskonseptet [Bedre i lag](#) i Nord-Norge. Prosjektet er utviklet som et samarbeidsprosjekt mellom flere kompetansesenter, brukerorganisasjoner, kommuner, helseforetak og Statsforvaltere. Formålet er å utvikle et ressurseffektivt seminarkonsept, med god forankring, som kan bidra til mer helhetlige og sammenhengende tjenester. I samskapende prosesser og likeverdig samarbeid defineres lokale utfordringer og gode samhandlingstiltak lokalt.

- Hvordan kan man lære av både gode erfaringer og utfordringer med samhandling i [ACT og FACT](#)? ACT og FACT er gode eksempler på hvordan man gjennom en fleksibel teamtilnærming på tvers av nivå kan ta i bruk helsepersonell på hensiktsmessige måter. På den andre siden kan det også være mye å lære av de grunnleggende strukturelle samhandlingsutfordringene disse teamene erfarer, på tross av at dette er team som er sammensatt nettopp for å løse samhandlingsutfordringer på tvers av ulike tjenestenivå. For eksempel utfordringer knyttet til virksomhetsspesifikke lovverk, ulike journalløsninger, ulikt arbeidsgiveransvar, ulike finansieringsløsninger og ulike faglige perspektiv.
- Hvordan kan man legge til rette for en avgrenset utprøving av en modell med ett tjenestenivå, for eksempel i ett helseforetaksområde og fortrinnsvis for målgruppen som har de største og mest sammensatte tjenestebehovene?
- Hvordan kan man legge til rette for mer interkommunalt samarbeid for små kommuner (på samme måte som legevaksordninger, barnevernstjenester o.l.)? Det kan gjøre det mulig for flere små kommunale psykisk helse- og rustjenester å utvide sitt tilbud, være mer tilgjengelige tilbud på kveld og helg, og bruke helsepersonell på hensiktsmessige måter, også på tvers av kommuner.

2. Å bygge tjenestene nedenfra

Det lokalbaserte tjenestetilbudet for mennesker med psykiske helseproblemer er i dag langt bredere og mer mangfoldig enn for bare noen tiår siden. Et økende antall kommuner rapporterer også at de gir et godt eller svært godt tilbud i alle hovedforløpene for voksne. Samme utvikling er det når det gjelder barn og unge, med unntak av de som har sammensatte tjenestebehov ([Ose & Kaspersen, 2022](#)). Samtidig har [Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester \(2021\)](#) beskrevet et sammensatt og komplekst utfordringsbilde hvor det er ulik tilgang til psykisk helsetjenester, og for store variasjoner i tilbudet.

Det er behov for en fortsatt styrking av det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet. Antall årsverk her har ikke økt de siste årene utover den generelle befolkningsveksten. Kommunene rapporterer også om betydelige mangler til målgruppene med størst og mest sammensatte behov ([Ose & Kaspersen, 2022](#)). Mange kommuner opplever også et stadig sterkere press og et raskt økende antall henvisninger. Det må prioriteres mer, og bedre.

Det er behov for å sette mer kraft bak arbeidet med en «venstreforskyving», både fra spesialiserte sykehustjenester til kommunale tjenester, og fra kommunale tjenester til helsefremmende, forebyggende og lavterskeltilbud. NAPHA stiller seg bak prinsippet i Helsepersonellkomisjonens anbefaling i kapittel 8, om å bygge tjenestene nedenfra og styrke helsefremming, folkehelsearbeid og lavterskeltilbud i kommunene.

Innsatsen på dette området må imidlertid ikke gå på bekostning av det lokalbaserte tilbudet til de som har utviklet omfattende psykiske helseproblemer og er de aller mest hjelpetrengende. Kommunene har ansvar for brukere med stadig mer komplekse helseproblemer (kompliserte RoP-lidelser, autisme, utviklingsforstyrrelser, selvskading, spiseforstyrrelser m.fl.). Å sikre mange nok kompetente fagpersonell til disse tjenestemottakerne er allerede en stor utfordring, og må være en hovedprioritet fremover.

Selv om det er nødvendig å se på oppgavedeling i alle psykisk helse og rustjenester, må forsvarlighetskravet ivaretas, og alle innbyggerne skal motta kvalifisert hjelp, ut fra sine hjelpebehov.

Når dette skal gjøres med færre helsepersonell blir det nødvendig å se med nye øyne på hvordan man kan planlegge, organisere og tilby tjenester med større bruk av annet personell, andre typer kompetanse og frivillige tilbud.

Slik NAPHA ser det trenger ikke dette nødvendigvis bety en svekkelse av tjenestetilbudet, men kan også gi en større bredde og flere tilbud som gjenspeiler brukernes ønsker og behov. Det er potensial i å involvere flere som har erfaringskompetanse, og flere brukerstyrte tilbud.

Kommunalt psykisk helsearbeid er allerede et svært tverrfaglig fagområde med høyt kvalifisert personell. To tredjedeler av alle årsverk er personell med helse- og sosialfaglig høgskole/universitetsutdanning, mange med sosialfaglig utdanning, og mange med videreutdanning innen psykisk helsearbeid ([Ose & Kaspersen, 2022](#)). Det vil si at det er mye erfaring med å jobbe tverrfaglig, noe som kan gjøre omstilling og oppgavedeling lettere.

Tiltak som kan styrke arbeidet med å bygge tjenestene nedenfra kan være:

- En opptrappingsplan for psykisk helse som legger opp til en betydelig styrking av lokalbasert psykisk helsearbeid, mer innovasjon og utvikling av nye praksiser som både er tilpasset lokale utfordringer, innbyggeres behov og mindre bruk av helsepersonell.
- Økt oppmerksomhet om begrensede valg og prioriteringer i de kommunale tjenestene.
- Mer innsats fra ideelle og frivillige organisasjoner. Det gjøres allerede mye godt arbeid fra ideelle og frivillige, men det ligger et betydelig potensial for mer lokal samskaping mellom lokalbaserte tjenester og frivilligheten, og avklaring av hva som bør være frivillig innsats og helsetjenester. Gråsoneutfordringer rundt personvern og brukerrettigheter må adresseres. Det kan også være et effektiviseringspotensial i å avklare de kommunale psykisk helse- og rustjenestenes rolle og oppgaver, sett i forhold til psykisk helsearbeid i andre tjenestetilbud, som for eksempel fastleger, hjemmetjenester, skoler, barnehager, arbeidslivet og frivilligheten.
- Fortsatt satsing på kunnskapsbaserte lokalbaserte tjenestemodeller. [ACT](#), [FACT](#), [FACT ung](#) og [RPH](#) er tjenestemodeller som gir mange bedre psykisk helsehjelp, og kan redusere behovet for mer ressurs- og kompetanseintensiv behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette er teambaserte tjenestemodeller som også er godt egnet for oppgaveforskyving og hensiktsmessig bruk av helsepersonell.
- Mer bruk av undervisningsbaserte kurs, gruppe- og opplæringstilbud for personer som kan ha god nytte av det. Det blir viktig å fremme for befolkningen at dette i mange tilfeller kan være vel så god hjelp som individuell behandling, som de aller fleste forbinder med psykisk helsehjelp.
- Styrke forskning i, med og for kommunene. I omstillingene fremover vil det bli enda større behov for ny kunnskap om hvordan man kan/bør planlegge, organisere og tilby lokalbaserte tjenester. Det bør utforskes nærmere hvordan ulike roller og profesjoner samarbeider på hensiktsmessige måter, hvilken kompetanse som trengs for å utføre de ulike oppgavene og hvem som har mest nytte av hvilke tilbud (for eksempel individuelle tilbud, gruppetilbud og/eller digitale tilbud). Mange kommuner etterspør mer evaluering og forskning på lokalbaserte praksiser.
- Mer bruk av ny teknologi og digitale verktøy, både i planlegging, opplæring, tjenesteutvikling, behandling og brukersamarbeid.

3. Bredere samfunnsrettede tiltak i tillegg til bedre samfunnsmedisinsk kompetanse

Psykisk helse er et resultat av et komplekst samspill mellom individuelle, familiære, strukturelle og samfunnsmessige forhold. God psykisk helse og trivsel henger tett sammen med mange forhold, både levekår, bolig, utdanning, arbeid, økonomi, familie, nettverk og sosiale relasjoner. Disse områdene har hver for seg og til sammen stor betydning for vår psykiske (og fysiske) helse, og våre muligheter i livet.

NAPHA mener at det trengs en styrking av tiltak som forebygger og fremmer psykisk helse innenfor alle disse levekårsområdene. Det vil i første rekke handle om universelle tiltak rettet mot den generelle befolkningen, men også mot utsatte grupper i samfunnet med større risiko for å utvikle psykiske helseproblemer. En vellykket innsats her kan bidra til å redusere omfang og belastning, samt avlaste behovet for helsepersonell i de definerte rus- og psykisk helsetjenestene.

Vi stiller oss bak Helsepersonellkommisjonen i kapittel 8 om å tydeliggjøre og styrke kommunenes samfunnsmedisinske kompetanse. Samtidig oppfatter vi at samfunnsrettede tiltak forutsetter langt mer enn samfunnsmedisinsk kompetanse. For eksempel kompetanse i sosialfaglig arbeid, økonomi, velferdskompetanse og kunnskap om sosialpsykologi, oppvekst og barnevern.

Vi oppfatter Helsepersonellkommisjonens tiltak på dette området for å være for snevre og for svake. Samfunnsmedisinsk kompetanse er kun en av mange kompetanser som trengs for å skape en bred nok innsats på dette området.

4. Mer brukermedvirkning og samarbeid med brukerorganisasjoner

NAPHA har alltid vært en tydelig pådriver for økt brukermedvirkning. Brukermedvirkning er viktig både for å ivareta grunnleggende rettigheter, og for å kunne tilby mer treffsikker hjelp. Hvis folk får hjelp de oppfatter som hjelpsom, vil de i mindre grad etterspørre andre tilbud.

I de siste årene har [recoveryperspektivet](#) fått økt gjennomslag i psykisk helse- og rustjenestene. Perspektivet innebærer et skifte fra å ha fullt fokus på behandling av symptomer og helseutfordringer, til en bredere og sterkere innsats rettet mot den enkeltes livsprosess og personlig bedring, menneskerettigheter, meningsfulle hverdager, gode liv og tilhørighet til lokalsamfunnet. Den økende interessen for recovery i lokalbasert psykisk helse- og rusarbeid må forstås i lys av et sterkere fokus på brukermedvirkning, menneskerettigheter, levekår og sosiale prosesser. Man skal finne veien fremover i mer likeverdige dialoger.

Mange kommuner jobber godt med brukermedvirkning på individnivå, og mange bruker tilbakemeldingsverktøy. Men det er fortsatt en vei å gå når det gjelder retten til å medvirke på systemnivå, i tjenesteutvikling, bruk av erfaringskonsulenter, likemenn og rådgiving fra bruker- og interesseorganisasjoner ([Ose & Kaspersen, 2022](#)). Vi stiller oss bak Helsepersonellkommisjonens anbefalinger i kapittel 8 om å styrke brukermedvirkning i pasientforløp og i tjenesteutvikling, å utrede hvordan helse- og omsorgstjenestene kan inngå i mer forpliktende samarbeid med frivillige brukerorganisasjoner, å utrede om dagens lærings- og mestringstilbud kan overføres til brukerorganisasjonene og å utrede hvordan erfaringskonsulenter i større grad kan inngå i arbeid som omfatter helsefremming, forebygging og lavterskeltilbud, men også som brobygger inn mot helse- og omsorgstjenestene.

Noen tiltak som kan bidra til mer brukerorienterte tjenester er:

- å sikre bedre, og mer stabil og forutsigbar finansiering av brukerorganisasjoner. Særlig lokalt er mange organisasjoner sårbare. Mange kommuner har utfordringer med å få tak i personer med relevant erfaringskompetanse som kan inngå i et samarbeid om tjenesteutvikling. En mer stabil finansiering, og bedre tilgang til kompetanse, kan også gjøre organisasjonene bedre i stand til å ivareta nye oppgaver, som for eksempel lærings- og mestringstilbud, slik Helsepersonellkommissjonen foreslår.
- å sikre bedre, mer stabil og forutsigbar finansiering av de brukerstyrte sentrene. Dette er aktører som er sterke pådrivere for brukerperspektivet i tjenestene. De største brukerstyrte sentrene tilbyr både rådgiving, brukerstyrte tilbud og opplæring av erfaringskonsulenter. Det er et stort potensial for å bygge ut disse tilbudene i større grad enn i dag.
- å tydeliggjøre, videreutvikle og bruke erfaringskonsulentrollen mer i helsetjenestene slik Helsepersonellkommissjonen foreslår. Både norsk og internasjonal forskning har vist til mange positive effekter, både for personen selv, og for tjenestetilbudet. Erfaringskonsulenter kan, slik Helsepersonellkommissjonen foreslår, inngå i både helsefremmende og forebyggende arbeid, i lavterskeltilbud og være en ressurs i overgangene inn mot helse- og omsorgstjenestene, og ut av dem. I tillegg har mange erfaringskonsulenter også *selvstendige oppgaver* i helse- og omsorgstjenestene. Hvis de skal inngå i mer klinisk arbeid fremover, er det behov for å regulere og tydeliggjøre rollen i større grad, på samme måte som personell med fagarbeiderkompetanse. Slik Helsepersonellkommissjonen beskriver erfaringskonsulentene i figur 8.2, vil det være litt misvisende å sidestille erfaringskonsulenter med frivillige og likepersoner. De som deltar i frivillig arbeid mottar som oftest ikke lønn for sitt arbeid, og arbeidet er ikke regulert på samme måte som andre profesjoner i helse- og omsorgstjenestene.
- å sikre bedre, og mer stabil og forutsigbar finansiering av [Erfaringsssentrum](#), som er den nasjonale interesseorganisasjonen for erfaringskonsulenter. Organisasjonen er pådriver for mer bruk av brukerkunnskap og erfaringskonsulenter i tjenestene, og har en viktig rolle i utviklingen av rollen som erfaringskonsulenter i fremtidens helsetjenester.
- å videreutvikle utdanningstilbudene for erfaringskonsulenter og sikre tilstrekkelig opplæring, veiledning og kompetansestøtte i tjenestene både for ledere, ansatte og erfaringskonsulenter. Ansettelse av erfaringskonsulenter er ofte en del av arbeidet med å skape mer brukerorienterte tjenestetilbud. En slik endring krever i tillegg en større organisasjons- og kulturendring. Ansettelse av erfaringskonsulenter er ikke tilstrekkelig.

5. Bedre kompetansestøtte til de kommunale tjenestene

Kommunenes behov for tjenestestøtte varierer mye, ut fra størrelse, geografi, demografi og hvilke problemstillinger de står overfor. Hvis kompetansesentrene skal støtte psykisk helse- og rustjenestene i den omstillingen de må gjennom fremover, må vi følge godt med på utviklingen, samarbeide tett med hverandre, benytte et bredt sett av virkemidler og prioritere godt. Vi må kunne endre våre oppdrag fortløpende, og tilby kompetansestøtte ut fra tjenestenes behov. Vi må opptre mer koordinert i nasjonale satsinger, og mer samordnet i utviklingsarbeid tettere på tjenestene, slik Helsepersonellkommissjonen beskriver. Vi stiller oss bak det Helsepersonellkommissjonen skriver i kapittel 10 om å utrede nærmere hvordan kompetansesentre og kompetansetjenester kan knyttes nærmere helse- og omsorgstjenestene, for å heve kvaliteten i tilbudet.

Utredningen bør gjennomgå hvem sentrene bør ha som målgrupper, og hva som bør være nasjonale, regionale og lokale oppgaver, gitt hvordan tjenestene vil utvikle seg fremover. Man bør se nærmere på samordning av de ulike kompetanseområdene og hva som kan være hensiktsmessig finansiering og organisering. Hovedformålet bør være å vurdere hvordan sentrene kan bidra til nyttig kompetanse- og tjenestestøtte enda tettere på der beslutninger tas og tjenester utvikles.

Man bør også vurdere nærmere hvilken rolle kunnskaps- og kompetansesentrene bør ha sett opp imot UH-sektoren (profesjonsspesifikke utdanninger/kompetanseløp, etter- og videreutdanninger etc.) og foreslå en ordning for «hus og hytte»-modell, eventuelt hospitering mellom kompetansesenter og helse- og omsorgstjenester.

Utredningen bør bygge på sentrenes gode erfaringer med «praksisnært arbeid», hva man har lykkes særlig godt med, og utforske nærmere hvordan de kan:

- bidra med kompetansestøtte som gjør det mer attraktivt å jobbe i tjenestene
- bli en sterkere pådriver for kompetanseutvikling og samskaping i alle kommuner, ikke bare de som mest aktivt etterspør kompetansestøtte
- bli en sterkere støttespiller for ledere i arbeidet med systematisk kompetanseutvikling, livslang læring og arbeidet med å bli mer lærende organisasjoner
- bli en sterkere støttespiller for ledere i begrensede valg og prioriteringer
- bidra til kunnskapsdeling og læring på tvers
- tilby tidsavgrenset, lett tilgjengelig og hybrid opplæring på områder som er etterspurt
- oversette, samle og systematisere og sortere forskning og fagstoff, og gjøre dette mer tilgjengelig
- følge med på utviklingen, og være en støtte for helsemyndighetene i å identifisere nye kunnskapsbehov

6. Effektivisering gjennom digitalisering

I psykisk helse- og rustjenestene finnes det mange eksempler på hvordan man kan tilby psykisk helsehjelp på digitale plattformer. For eksempel tilbyr [Rask psykisk helsehjelp](#) i mange kommuner både undervisningsbaserte kurs, gruppetilbud, veiledet selvhjelp og individuelle samtaler digitalt, som et supplement til fysisk oppmøte.

NAPHAs inntrykk er at mange opplever digitale helsetjenester som nyttige og av god kvalitet, og ansatte rapporterer om mindre frafall ved videokonsultasjoner, enn ved fysiske møter. Det er også ressursbesparende både for den enkelte og for samfunnet, ved at de som søker hjelp slipper å bruke tid på å komme seg til og fra helsetjenesten. Helsehjelpen blir mer tilgjengelig, og det kan føre til mindre fravær fra jobb/skole.

NAPHA støtter kommisjonens anbefaling i kapittel 12 om å effektivisere gjennom bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi og styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Som kommisjonen beskriver, er det et mye større potensial i bruk av digital teknologi i helsetjenestene, enn det som er benyttet til nå.

Samtidig er det viktig å være oppmerksomme på at økt digitalisering forutsetter god digital kompetanse. Det er også viktig å ha en reflektert holdning til hvem som kan ha nytte av digital helsehjelp. Nye digitale tilbud bør følges av evaluering. Digitale helsetjenester gir ikke nødvendigvis god hjelp for alle.

Evaluering bør skje både på individnivå ved kontinuerlig bruk av kartleggings- og tilbakemeldingsverktøy, og gjennom forskning. Det finnes gode digitale systemer for evaluering og bruk av tilbakemeldingsverktøy.

Til tross for at det de siste årene har vært stor omstilling og mye mer bruk av digital teknologi i helsetjenestene, mangler mange ansatte og brukere fortsatt grunnleggende IT-ferdigheter. Grunnleggende digital kompetanse, tilstrekkelig tilgang til teknisk støtte, og gode brukergrensesnitt, vil være en forutsetning for å lykkes med å økt bruk av digitale verktøy. Kompetansesentrene kan være en potensiell ressurs og pådriver på dette området.

En utfordring ved digitale kurs og gruppetilbud er at lovverk og vurdering av risiko knyttet til personvern tolkes ulikt. Det samme gjelder vurderingen av digitalt utsyr brukt på hjemmekontor. Selv om mye arbeid i prinsippet kan utføres hjemmefra, forhindrer lovverket noen steder denne muligheten, som mange ansatte opplever gir økt fleksibilitet og mindre stress. NAPHA anbefaler at det utarbeides et rundskriv for å få en mer lik tolkning og praktisering av lovverket, og en gjennomgang av om lovverket er tilpasset dagens og fremtidens behov.

Som Helsepersonellkommisjonen skriver, ligger det et stort potensial i å automatisere oppgaver som ikke er knyttet til direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende. I kommunale psykisk helsetjenester vil det være nyttig å se på muligheten for økt bruk av digital selvhenvising. Mange kommuner har gode erfaringer med dette.

Det brukes i dag mye tid på dobbeltføring av opplysninger i ulike systemer som ikke kommuniserer godt nok med hverandre. Dersom det hadde vært sikre digitale applikasjoner der befolkningen selv kunne fylt inn relevant informasjon, ville det kunne spart verdifull tid hos tjenestene.

Det er også mulig å bruke digital teknologi til å unngå uønsket variasjon, slik [Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester \(2021\)](#) har beskrevet. I Norge er det svært spredt bosetting og mange små kommuner. Flere steder er det lite tilgjengelig helsepersonell. NAPHA har gode erfaringer med å tilby kompetansestøtte og veiledning til helsepersonell i kommuner over hele landet via digitale plattformer (jf. beskrivelsen i kap. 8.5.4 om generell medisinsk og kirurgisk kompetanse i sykehus). Dette er et hovedgrep som bør utvikles videre. På denne måten kan etterspurte fagpersoner med høy kompetanse bidra til å støtte opp om lokale fagmiljø med mål om mer likeverdig hjelpetilbud til befolkningen.