

Vår saksbehandler: Jan Vegard Pettersen

Vår dato: 16.06.2016

Vår ref.:

Høringsvar: Vs: Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Det vises til høringsvar av 6 juni d.å. angående en rekke saker knyttet til oppfølgingen meld 26(2014-2015) spesielt og til enkeltpunkter i helsepolitikken generelt. NSF sitt svar vil komme punktvis i den rekkefølgen som angis i høringsbrevet, med unntak av forsøk med kommunalt driftsansvar for DPS. Sistnevnte kommer til slutt og kan anses som et eget høringsvar på saken, gitt det omfanget og de konsekvenser et slikt forsøk vil kunne ha.

Reverseringen av profesjonsnøytraliteten i lovverket

Det fremkommer i høringsbrev og notat at det i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven av 2012 skal innføres et lovbestemt krav om at kommunene må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor. Ikrafttredelse anslås til 2018. Videre foreslås det en utvidelse til også å gjelde tannleger, psykologer og ergoterapeuter fra 1. januar 2020. Forslagene skal behandles i en egen lovproposisjon som skal fremmes for Stortinget våren 2017.

Dette forslaget stiller NSF seg svært positive til, men mener prosessen burde vært fremskyndet. Vi mener endringen er viktig for kvaliteten på tjenestene. Det er en sentral føring for kommunene at kjernekompetansen som skal sikre befolkningen forsvarlige tjenester forankres i lovverket.

Vi mener videre at det er viktig at den endelige ordlyden blir av en slik art at det ikke blir mulig å organisere seg bort fra kravet. Et godt eksempel er den rettigheten kvinner har til å velge jordmor i svangerskapsomsorgen. Halvparten av landets kommuner har i dag ingen jordmordekning overhodet, slik at mange kvinner ikke har et slikt reelt valg. Det må derfor sikres at det ikke blir mulig å overholde plikten gjennom interkommunalt samarbeid. Vi mener det må sikres en reell jordmordekning i den enkelte kommune, slik at potensialet i et bedre svangerskapstilbud faktisk blir realisert. Dette vet vi er mer kostnadseffektivt og bærekraftig enn at denne aktiviteten skjer i regi av fastleger og avtalespesialister, som trenger frigjort kapasitet til andre grupper.

NSF stiller seg undrende til tidsplanen som er lagt. Dette punktet er nedfelt i regjeringserklæringen og har i lang tid vært varslet politikk. Da er det vanskelig å forstå at regjeringen velger å la saken behandles i nasjonalforsamlingen etter at et nytt Storting er konstituert. Denne tidsplanen synes å inneholde manglende ambisjoner om å gjennomføre egen politikk.

Lovfesting om at kommunen skal ha veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten på tilsvarende måte som spesialisthelsetjenesten har overfor kommunene.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 0 24 09
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506 MVA

Faktura adresse:
sykepleierforbundet@invoicedrop.com



NSF mener dette grepet er svært positivt. Det vil kunne bidra bedre til en mer hensiktsmessig kompetanseoverføring mellom forvaltningsnivåene og sikre bedre kvalitet og helhet i forløpene, spesielt til brukere med sammensatte behov. Videre vil vi foreslå at dette følges opp med veiledningsmateriell/rundskriv til tjenestene med eksempler på når en slik plikt trer i kraft, slik det ble gjort for spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt i 2012.

Tydliggjøring av kommunenes ansvar for pasient, bruker og pårørendeopplæring

Dette punktet er i tråd med våre innspill i en rekke prosesser. Det er viktig at kommunene får tydelige føringer på å utvikle tjenester som i større grad bidrar til å styrke mestringsevnen hos pasienter og pårørende. NSF vil understreke at en tydeligere forskriftsfesting av dette langt fra er nok. Det må også følges opp med endringer i hvordan staten legger føringer for hvordan kommunen skal organisere tjenestene sine. Kommunene må også få de virkemidler det er behov for slik at de kan utvikle integrerte tjenester i tråd med politiske ambisjoner og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. NSF mener derfor at finansieringsansvaret for tjenestene i mye større grad må sees i sammenheng med kommunenes sørge for ansvar.

Tydliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

NSF støtter forslaget og vil videre understreke at dette anses som et selvsagt ansvar i tjenestene allerede i dag. Hvis man antar at det her ligger et betydelig potensialet for kvalitetsforbedring bør det også følges opp med andre tiltak knyttet til bevisstgjøring, midler til kompetanseheving (også for andre grupper enn leger), samt en organisering som bidrar til mer fleksibel og riktig bruk av helsepersonells kompetanse i kommunene.

Tydliggjøring av kontaktlegeordningen for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven

NSF vil her vise til våre tidligere hørings svar i saken. Vi mener det er behov for å dyrke og utvikle et koordineringsansvar for forløp i sykehus. Det er særlig mellom ulike behandlende spesialister det vil være et slikt behov for å sikre ivaretagelse av den enkelte pasient. Norsk Sykepleierforbund støtter departementets forslag om å innføre en ordning med kontaktlege i spesialisthelsetjenesten for pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse og at denne (kontaktlegen) er den faste medisinskfaglige kontakten til pasienten. Vi legger videre til grunn at kontaktlegeordningen er ment å komme i tillegg til koordinatorordningen. Arbeidet med pakkeforløp kreft (Hdir IS-2246), som skal danne basis for alle pasientforløp, synliggjør betydningen av teamarbeid. Dette gjelder også for det igangsatte arbeidet med å utvikle pakkeforløp innen psykisk helse- og rus. Det er tverrfaglige/multidisiplinære team (MDT) skal på sine møter treffe beslutning om diagnose, sykdomsstadium og valg av behandling basert på de undersøkelser som er gjort i utredningsforløpet. Det er vesentlig at alle relevante legespesialiteter med tilstrekkelig beslutningskompetanse og myndighet er representert og møter i MDT-møtet. Forløpskoordinator skal være representert i MDT- møtene for å sikre kontinuiteten i pakkeforløpet. Forløpskoordinator er ofte sykepleier, men kan ha annen bakgrunn står det i rundskrivet til pasientene (IS-0466).

Sykepleiefaglige vurderinger og tiltak kan ivaretas gjennom ordningen når sykepleier er forløpskoordinator. For å sikre pasientene kunnskapsbasert praksis i alle relevante fagområder må



fokuset ikke bare være fast medisinsk faglig kontakt, men sikring av at alle relevante faggrupper er representert når beslutninger fattes rundt pasienten.

Tydeliggjøring av kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging

NSF støtter forslaget i sin helhet, men vil understreke at det er behov for ytterligere virkemidler for å utvikle en mer robust psykososial kommunal beredskap og oppfølging. Det er utarbeidet noe veiledende materiell, men det er behov for organisatoriske grep som sikrer at kommunene kan utvikle en tjeneste som ivaretar dette samfunnsansvaret på en kvalitativt god måte overfor den enkelte og som er bærekraftig for samfunnet. Vi viser til vårt overnevnte svar i tilknytning til forslag om tydeliggjøring av kommunenes ansvar for pasient, bruker og pårørendeopplæring samt forslag om tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsykiatriske sentre(DPS)

Forsøksordningen foreslås etablert med hjemmel i forsøksloven, som regulerer forsøk i den statlige, fylkeskommunale og kommunale forvaltning. Lovens formål er bl.a. at man gjennom forsøk skal *"utvikle funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer i den offentlige forvaltning, og en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltningsorganer og mellom forvaltningsnivåer. Det skal legges særlig vekt på å forbedre den offentlige tjenesteyting overfor borgerne og få til best mulig ressursutnyttelse"*, jfr. § 1.

Av loven § 3 fremgår at Kongen kan godkjenne forsøk *"for en periode på inntil fire år. Forsøksperioden kan forlenges med inntil to år. Dersom det er planlagt eller besluttet å gjennomføre reformer i samsvar med det forsøket gjelder, kan forsøksperioden forlenges fram til reformen trer i kraft."*

Etter departementets syn ligger forsøket innenfor forsøkslovens formål og øvrige rammer. Departementet problematiserer særlig det at ansvaret for DPS deles, ved at RHF beholder sørge-for-ansvaret, mens kommunen overtar driftsansvaret, men konkluderer med at også dette må sies å ligge innenfor lovens rammer.

Det kan ikke gis godkjenning dersom *"dette vil innebære innskrenking av rettigheter eller utvidelse av plikter som enkeltpersoner har etter gjeldende lovgivning"*, jfr. § 4 andre ledd. Departementet konkluderer, uten særlig nærmere vurdering, med at gjeldende pasient- og brukerrettigheter skal videreføres i forsøket, og at forsøket dermed er innenfor lovens rammer også på dette punktet. På bakgrunn av innspill fra høringsinstansene vil departementet fastsette rammeverket for forsøksordningen. Departementet tar sikte på at rammeverket skal være på plass slik at samarbeidet mellom kommunene og RHF kan starte våren 2017.

RHF, driftskommuner og deltagende kommuner må forhandle om kontrakter med hverandre, før det fastsettes forskrifter om forsøk med kommunal drift av DPS. Forskriftene må deretter godkjennes av Kommunal- og moderniseringsdepartementet etter at Helse- og omsorgsdepartementet har gitt sin faglige vurdering av saken.

Vår vurdering

NSF har i vårt innspill til helse- og sykehusplanen vært tydelig på at vi mener fremtidens



spesialisthelsetjeneste bør legge til rette for samlokalisering mellom psykisk helsevern, somatikk og rus. DPS strukturen må videreutvikles og beholdes som en del av spesialisthelsetjenesten. Det er et vesentlig potensialet for å utvikle bedre tjenester i DPSene og de bør i større grad, enn i dag understøtte det kommunale ansvaret. Vi har vanskelig for å tro at modellene og innrettingen på dette, slik departementet foreslår vil være hensiktsmessig eller i det hele tatt mulig å gjennomføre. Vi er kritiske til bruk av forsøksloven og til hvordan sørge for ansvaret foreslås håndtert for å sikre forsvarlige tjenester og nødvendig tjenesteutvikling. I høringsnotatet foreslås en modell der RHFet beholder sørge for ansvaret, mens kommunen får driftsansvaret. Det presiseres også at de tjenester som i henhold til forsøket skal ytes av kommunen, fortsatt skal være spesialisthelsetjenester. Med driftsansvar menes "*ansvar for budsjett og økonomisk resultat, kvalitet, pasientsikkerhet, arbeidsgiveransvar (med mindre dette ligger hos privat tjenesteyter), ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser, koordinering i forhold til andre tjenester og for at virksomheten drives i henhold til avtaler med RHF, gjeldende lov- og regelverk (psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven med mer.), samt tilrettelegging for drift i henhold til nasjonale faglige retningslinjer og veiledere*"

Det understrekes at RHFet bare kan inngå slike avtaler med kommuner som har "*tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å kunne yte DPS-tjenester på en faglig forsvarlig måte*".

NSF mener at overføring av driftsansvaret av DPSene fra helseforetak til vil svekke fagmiljøene. Forsøket vil også være kostbart, gi dårligere ressursutnyttelse og sviktenderekuttering. Det vil kunne føre til usikkerhet og mer byråkrati, og vil ikke bedre pasientenes helhetlige oppfølging i spesialisthelsetjenesten. NSF frykter svekket kvalitet og dårligere tilbud til pasientene dersom DPSene overføres til kommunene. Vi mener videre at en strukturell DPS-reform som den foreslåtte ikke er et velbegrunnet og egnet virkemiddel for å løfte tjenestetilbudet innen rus- og psykisk helse. Høringsnotatet drøfter knapt hvordan reformen vil gi et bedre tilbud. Manglende redegjørelse for kunnskapsgrunnlaget gjør det vanskelig å kommentere forslaget. Vi etterlyser et grundigere og mer kunnskapsbasert forarbeid før igangsetting av en såpass omfattende reform. Helsetjenesten er i dag organisert i to ulike nivåer med ulik finansiering og ledelse. En rekke virkemidler er etablert for å redusere de ulempene som kan følge av en slik modell. Et kostbart og komplisert forsøk som skaper nye og komplekse samhandlingsgrensesnitt uten at dette er begrunnet i en tydelig og realistisk analyse av fordeler og ulemper for pasientsikkerhet og effektiv drift fremstår som meget vanskelig å forsvare.

Departementet ber høringsinstansen ta stilling til 3 ulike modeller for innretting av forsøket.

Modell 1: Ansettelsesforhold opprettholdes i helseforetaket med instruks om å følge kommunens instruks:

NSF ser i likhet med departementet flere problemstillinger som kan oppstå i en slik modell, særlig med hensyn til at en slik ordning vil skape uklare ansvarsforhold for helseforetaket og kommunen, med tilhørende uforutsigbarhet for de ansatte. NSF anser denne modellen som uegnet og uaktuell.

Modell 2: Helseforetakets arbeidstakere leies ut til kommunen



NSF mener denne modellen i større grad enn modell 3 hensyntar at ordningen med kommunal drift av DPS er en *forsøksordning*, som er ment å vare i en begrenset tidsperiode. Innleie fremstår som en mer fleksibel og reversibel løsning enn virksomhetsoverdragelse (modell 3).

Modellen reiser imidlertid noen rettslige og faktiske problemstillinger, og det knytter seg derfor en rekke usikkerhetsmomenter til denne modellen. Når det gjelder faktiske problemstillinger, forstår vi det slik at arbeidsgiveransvaret deles mellom helseforetaket og kommunen. Det mener vi vil kunne by på problemer. NSF ser særlig for seg at innleie vil kunne resultere i feilaktige lønnsutbetalinger, med etterfølgende tilbakebetalingskrav fra helseforetaket eller arbeidstaker, samt problemer med planlegging og beregning av arbeidstid. Dette er elementer i arbeidsforholdet som også i dag skaper til dels store problemer for våre tillitsvalgte og medlemmer, og det kan ikke forventes at dette blir bedre ved at personellet får to arbeidsgivere å forholde seg til. I tillegg er det en fordel om den arbeidsgiver som har HMS-ansvar også har et helhetlig ansvar for arbeidstid.

Modell 3: Arbeidsforholdet overføres fra helseforetaket til kommunen ved en virksomhetsoverdragelse

NSF mener at en overdragelse av DPS til kommune, vil tilfredsstillende vilkårene for virksomhetsoverdragelse. Kommunen blir da eneste arbeidsgiver med de rettigheter og plikter som arbeidsgiverrollen medfører.

Virksomhetsoverdragelse innebærer at arbeidsgiveransvaret i sin helhet overføres til kommunen. Dette skaper forutsigbarhet for arbeidstakerne i større grad enn ved modell 2 innleie, ved at man kun trenger å forholde seg til en arbeidsgiver. Det at kommunen har en valgtrett med hensyn til pensjon og tariffavtaler innebærer imidlertid et usikkerhetsmoment. Avtaleverket i Spekter er bedre tilpasset virksomhet ved DPS enn det kommunale avtaleverket. Det er derfor en fordel om ansatte som berøres av forsøksordningen får beholde avtaleverket i Spekter. Det er positivt at departementet signaliserer at ved en virksomhetsoverdragelse bør ansatte og eventuelle nyansatte i forsøksperioden opprettholde/innmeldes i helseforetakenes kollektive tjenstepensjonsordninger, og at viktigheten av klare løsninger knyttet til pensjonsspørsmål understrekes.

Etter NSF's vurdering bærer modell 3 preg av å være mer "endelig" og irreversibel enn modell 2. Vi mener derfor at modell 3 i mindre grad hensyntar at dette er en forsøksordning. Etter at forsøket er avsluttet, vil det måtte skje en virksomhetsoverdragelse fra kommunen tilbake til helseforetaket, med mindre ordningen gjøres permanent. For de ansatte vil det å gjennomgå to virksomhetsoverdragelser på få år, med de usikkerhetsmomentene det innebærer, antageligvis innebære en ikke ubetydelig belastning.

NSF mener at dette forsøksprosjektet, uansett modell, helt klart vil føre til negative konsekvenser for arbeidsmiljø og rekruttering. Dette må hensynstas ved valg av modell for overføring av de ansatte som berøres av forsøksordningen. Den modell som velges må i minst mulig grad påvirke arbeidsmiljø og rekruttering negativt.

NSF mener at høringsnotatet gjennomgående er basert på et svakt kunnskapsgrunnlag og mangelfulle utredninger og vurderinger.



Norsk sykepleierforbund mener:

- Det er behov for å styrke DPSene. En god spesialisthelsetjeneste forutsetter spesialisert kompetanse der forskning, universitetstilknytning og utdanning av spesialister og tett samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste inngår. Kommunalisering av DPSene vil svekke helhetlig oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Det vil også være egnet til å svekke kvaliteten på de tilbudene som gis.
- Forsøksordningen vil i flere år fremover skape betydelig usikkerhet for ansatte i DPS, dette vil gå på bekostning av arbeidsmiljø og rekruttering.
- Den foreslåtte reformen vil kunne bryte ned sårbare fagmiljøer det har tatt år å bygge opp.
- Det foreslåtte forsøket gir uklare roller og ansvar til de involverte aktørene.
- Det er uheldig å innføre et nytt organisatorisk nivå for en pasientgruppe som er krevende å behandle og som mottar tilbud flere steder i spesialisthelsetjenesten.
- Dårlig samhandling må bedres med målrettede virkemidler, ikke med mer byråkrati, nye organisatoriske skiller, og større avstand til øvrig spesialisthelsetjeneste. Man må heller lære av DPS og kommuner som faktisk har fått til et samarbeid og god koordinering gjennom å videreutvikle aktivt oppsøkende behandlingsteam – ACT-team.
- Det er betydelige mangler ved utredningen knyttet til forsøkets konsekvenser for pasient- og brukerrettigheter.
- Økonomi og oppgavefordeling mellom DPS og kommunen blir uklare.
- Gode behandlingstilbud og fagutviklingsprosjekter som forutsetter en tett kontakt med helseforetakene settes i spill.
- Svakere insentiver for å utvikle kommunale tjenester for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.
- Svakere insentiver for å utvikle lavterskeltilbud og forebyggende tjenester innen psykisk helse.
- Evaluering av forsøket må inkludere en plan for å involvere fagmiljøene og tillitsvalgte.
- Den foreslåtte modellen kan medføre betydelig administrative og personellmessige konsekvenser.
- Det er ikke redegjort tilfredsstillende for transaksjonskostnadene forsøket vil innebære.

NSF mener at et langt bedre alternativ enn en kompleks strukturreform vil være å vurdere de som allerede har lyktes og lære av disse. Det er mange erfaringer og resultater fra kommuner og sykehus som lykkes i å tilby gode, samtidige, og effektive tjenester. Vi mener det er mulig å sikre bedre tjenester uten å flytte DPS til kommunalt nivå.

Det er mange kritiske faktorer departementet ikke adresserer som vi mener vil medføre at forslaget skaper flere utfordringer enn det løser. Blant annet peker vi på at forsøket kan bidra til større avstand til det resterende psykiske helsevernet og dermed fungere som en driver for flere akuttinnleggelser på sykehus. Dette fordi samarbeidet mellom DPS og somatisk spesialisthelsetjeneste vil svekkes for en pasientgruppe med betydelig somatisk oversykkelighet og -dødelighet. Forsøket stemmer videre dårlig overens med klare signaler fra helsemyndighetene om mer moderne ambulant arbeid med sårbare pasientgrupper.



DPS skal også opprettholde tilbud om å vurdere, utrede og behandle enkeltpasienter innen hele spekteret av psykiske lidelser. De aller fleste pasienter ved DPS mottar fortsatt et regulært poliklinisk behandlingstilbud. Videre skal DPS gi tilbud til pårørende, herunder barn som pårørende, samt veilede kommunen. Andre kjerneoppgaver er praktisering av fag- og kvalitetsutvikling, drive klinikknær forskning og utdanne helsepersonell. Eksempler på fag- og kvalitetsutvikling som kan settes i spill ved kommunal drift av DPS er:

- Redusert og riktigere bruk av tvang
- Mer ambulansarbeid
- Døgkontinuerlig akuttberedskap
- Brukerstyrte senger
- Medisinfrie tilbud
- Kortere og færre døgnopphold

For å ivareta disse oppgavene er det nødvendig med en tett tilknytning til relevante fagmiljø, noe tilknytningen til foretakene har forutsetninger for å ivareta i dagens struktur. En annen avgjørende faktor for å sikre god pasientbehandling handler om bærekraftige fagmiljøer.

Evalueringen av opptrappingsplanen viste at utviklingen av DPS førte til et betydelig bedre tilbud til mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Man har over år bygget robuste fagmiljøer med kompetanse og bredde til å ivareta denne gruppen. Imidlertid viste evalueringen også at behandlingstilbudet til lettere til moderate psykiske lidelser ikke var godt nok ivaretatt. DPS skal opprettholde et behandlingstilbud til pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser samt pasienter med langvarige og sammensatte hjelpebehov. Videre vet av de siste pasienttellingene at tilbudet i kommunene er svært variert og mangelfullt. Regjeringen har også igangsatt et arbeid knyttet til kommunal fullfinansiering av ferdigbehandlede pasienter innenfor døgnbehandling i TSB og Psykisk helsevern. Dette er jo nettopp et virkemiddel for å utvikle de kommunale tjenestene innenfor disse områdene. Tiltakene kan vanskelig gjennomføres samtidig.

Med vennlig hilsen

Eli G. By
Forbundsleder

Kari Elisabeth Bugge
Fagsjef

Kopi:

