

Klinikksjef KPR

Finn Hall

14.09.16

Innspill til Høringsnotat HOD, Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Kapittel 4

Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS).

Det skal innledningsvis understrekes at forslaget er omfattende og konsekvensene mange slik at svaret ikke er uttømmende og alle aspekter ikke medtatt.

1. Intensjonen i forsøket og om virkemiddelet er det rette.

Vi støtter den overordnede intensjon om å skape et helhetlig forløp for pasienten innen helsetjenesten. For å oppnå dette kan det gjøres endringer på flere områder, blant annet utarbeidelse og implementering av helhetlige pasientforløp, endringer i lov og forskrift, målrettede finansieringstiltak, samt organisatoriske forandringer.

Her foreslås det en omfattende organisatorisk endring der spesialisthelsetjenesten deles i to, og den ene del overføres til kommunalt nivå. Det blir i en slik situasjon meget viktig å sikre at pasienten fortsatt skal oppleve å møte en spesialisert tjeneste i DPS, at kvalitet og pasientsikkerhet opprettholdes, og at pasientens rettssikkerhet ivaretas. Det vil si at lovverk, styring og finansieringsmåter må tilpasses og dermed sikre dette.

Forslaget legger ikke opp til en slik tilpasning, og vi tror ikke at pasienten vil oppleve den samlede psykiatritjeneste som mer sammenhengende, når DPS er tettere knyttet til kommune i stedet for til den øvrige spesialisthelsetjeneste, og samtidig skal fungere innenfor et uendret spesialisthelsetjenestelovverk.

Det er heller ikke en forutsetning for et tett samarbeid å samle DPS og kommune i samme tjeneste. Det er flere gode eksempler på samhandling mellom DPS og kommune på landbasis. Blant annet ved Søndre Vestfold DPS har et fruktbart samarbeid med Larvik kommune resultert i utvikling av et pasientforløp for personer med psykoselidelser, og som planlegges overført til andre pasientkategorier. Det er dessuten igangsatt prosesser for felles samhandlingsteam, samt utvikling av en felles modell for brukermedvirkning.

Vi mener på denne bakgrunn at intensjonen med forslaget er god, men virkemiddelet er feil.

2. Faglige, kvalitets- og pasientsikkerhetsmessige forhold som må vektlegges/sikres v en slik ordning

Det fremgår av forslaget at “De fleste DPSer har et ansvarsområde eller opptaksområde som omfatter flere kommuner. Ved kommunal overtakelse av driftsansvaret for et DPS mener departementet at ansvaret som hovedregel må overtas for hele det eksisterende DPSets opptaksområde.”

Vi støtter at driftsansvaret må overtas for hele opptaksområdet da DPS av faglige og rekrutteringsmessige grunner ikke skal oppdeles i mindre enheter. Dette forutsetter at alle kommunene i opptaksområdet ønsker å delta i forsøket.

Vi mener at det ved avtaleinngåelse må sikres at DPS tjenestene ikke blir tilpasset driftskommunen bedre enn tilsvarende for de øvrige kommuner, og at den valgte organisasjonsmåte for driftskommunen, må gjelde tilsvarende for de øvrige kommuner.

For å sikre faglige, kvalitets- og pasientsikkerhetsmessige forhold mener vi at det er viktig å avklare følgende forhold:

- 1) Det er helt nødvendig at Helsedepartementet definerer hva “tilstrekkelig kapasitet og kompetanse” vil si, for å sikre at forsøkskommunene er tilstrekkelig robuste til å drifte DPS (kommune størrelse sett i relasjon til DPS størrelse), samt har kompetanse og oversikt over gjeldende lovverk, forskrifter og retningslinjer innenfor spesialisthelsetjenesten, samt de spesialiserte oppgavene og det dertil hørende ansvar.
Innst. 333 S (2014-2015), Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, Meld. St. 14 (2014–2015) har vurdert ti eksempler på oppgaver det kan være aktuelt å overføre til kommunene, deriblant psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og habilitering og rehabilitering. Utvalget har vurdert krav til kommunenes størrelse innen for enkelte av disse eksempler men ikke innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- 2) Det må sikres at kommunene forstår rekkevidden av faglige retningslinjer, og den nøyaktighet som utredning og behandling i regi av spesialisthelsetjenesten krever for å løse oppgavene forsvarlig, slik at kvaliteten og pasientsikkerheten er ivaretatt.

Det pekes i forslaget på at kommunen og spesialisthelsetjenesten yter samtidige tjenester til mennesker med sammensatte lidelser, og at det dermed kan være store fordeler med å overføre ansvaret for psykiske helsetjenester til kommunene.

Det er korrekt at kommunene og DPS yter samtidige tjenester til personer med moderate eller alvorlige psykiske lidelser, ofte slik at DPS ivaretar en spesialisert utredning og behandling, mens kommunene forestår den mer støttepregete behandling. Det er slik sett tale om å yte samtidige tjenester, og ikke de samme tjenester.

Det må i den forbindelse sikres at det ikke skjer en glidning mot at spesialisthelsetjenesten bruker ressursene på å behandle mennesker med milde til moderate lidelser, og dermed ikke kan løfte oppgaven i forhold til mennesker med moderate til alvorlige lidelser. **Det** skal nevnes at kommunene består av mange enheter (boligtjeneste, psykiatritjeneste, hjemmesykepleie, barnevern, skole, aktivitets- og arbeidstiltak mm) som fra et DPS perspektiv kan synes å ha utfordringer med å koordinere sine tjenester inn i et pasientforløp. Det kan derfor tenkes at tilførsel av enda en instans kan komplisere dette bilde.

- 3) Det må sikres at lovkrav kan oppfylles. Det vil si at de plikter som følger av spesialisthelsetjenesteloven kan innfris, som plikt til forsvarlighet, ventelisteregistrering, kontaktlege, journalsystemer, meldeplikter, kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, ledelse, utdanning, og godkjenning av institusjonen.

Det samme gjelder for de vilkår som følger av lov om psykisk helsevern som er meget omfattende og som skal sikre pasientens rettsikkerhet samt kvaliteten i behandlingen. Det krever god kompetanse og erfaring å fylle vilkårene i denne loven.

Et praktisk eksempel er at legen som skal begjære pasient innlagt i henhold til tvungent psykisk helsevern, må være uavhengig av legen som skal vurdere etablering av tvungent psykisk helsevern på samme pasient. Dette vil i praksis innebære at fastleger/legevakt ikke kan arbeide i nær tilknytning til psykiaterne – i motsetning til intensjonen med forslaget. Det blir meget viktig at pasienters rettssikkerhet sikres i denne forbindelse.

Bruker- og pasientrettighetsloven må også følges der denne omhandler spesialisthelsetjenesten, som vedr rett til nødvendig helsehjelp og tilhørende prioriteringsforskrift, rett til fritt behandlingsvalg, mmm. I den sammenheng aktualiseres blant annet spørsmålet om kommune eller RHF skal belastes gjestepasientkostnader.

- 4) Det fremgår av forslaget at DPS er, og i forsøket fortsatt vil være, en spesialisthelsetjeneste, og det fremgår at overføring av oppgaver fra sykehus til DPS skal fortsette og ikke er sluttført. Det må avklares hvordan denne sluttføring skal ivaretas.
- 5) Det kan bli uoversiktlige styringsforhold når deler av den kommunale virksomhet vil være underlagt egen lokalpolitisk styring mens andre deler skal være underlagt styring fra PHF.

3. Tjeneste-/behandlingstilbud for klinikken og øvrige avdelinger som fortsatt skal være en del av SiV

Det følger av forslaget at DPS-oppgaver flyttes i sin helhet til kommune, og dermed at HF står tilbake med de oppgaver som er definert å være sykehusoppgaver innen psykisk helsevern, samt oppgaver innen TSB og BUP som i dag ikke er lagt inn under DPS. Det vil si



- Øyeblikkelig hjelp definert i psykisk helsevernforskriften; tilbud til pasienter som trenger opphold i lukket avdeling og sikkerhetsavdeling; pasienter som har særlig vanskelige og kompliserte lidelser innen alle diagnosekategorier, f.eks spiseforstyrrelser; og pasienter med særlig kompliserte alderspsykiatriske tilstander og debuterende sammensatte tilstander for eldre. Jfr DPS veilederen 2006 og Veileder i lokalt psykisk helsearbeid 2014.
- De deler av TSB og BUP som ikke er organisert i DPS.

Ved overføring av driftsansvaret for DPS til kommunene flyttes grensesnittet i tjenestene, fra terskel mellom kommune og DPS til terskel mellom sykehus og DPS. Når antakelsen i forslaget er at terskelen hemmer samarbeid, vil det si at samarbeidet innad i spesialisthelsetjenesten hemmes, med de følger det vil få for pasientbehandlingen, særlig samarbeidet om de alvorligst syke pasienter, og for eksisterende strukturer, som samarbeid omkring utdanning av psykolog- og legespesialister med meget mer. Det må tas høyde for slike forhold i samarbeidsavtalen mellom HF og kommuner.

4. Bør forsøksordningen kun omfatte VOP/DPS? Hva m lokal/desentral polikliniskvirksomhet innen BUP? Hva m TSB?

Den polikliniske del av TSB henholdsvis BUP er for noen foretak organisert i DPS. Det er det samme ønske om sammenhengende forløp med kommunene for disse pasienter, og det er derfor ingen prinsipiell grunn til at disse tjenestene ikke skal flyttes til kommunene.

Dette betyr at den gjenværende spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern og TSB blir vesentlig redusert og den samlede spesialisthelsetjeneste fragmentert. Vi spør derfor om det er mer hensiktsmessig å oppheve nivådelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB – eller i helsetjenesten generelt. Og så samtidig endre lovgivning og styringsmåter så disse stemmer overens med organiseringen.

5. Aktivitets- og kvalitetsparametere – registrering, rapportering, nivåer
6. Journalsystem(er) og tilganger

Det fremgår av forslaget at “Det kommunale driftsansvaret skal utøves etter avtale med RHF, som fortsatt vil inneha det lovbestemte sørge-for-ansvaret. Avtalene forutsetter kommunal myndighet til å organisere de samlede spesialisthelsetjenestene i DPS og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.....”

For å kunne ivareta sørge-for-ansvaret mener vi at RHF må kunne stille krav om at DPS yter spesialiserte helsetjenester av god kvalitet i overensstemmelse med gjeldende lovverk og faglige

retningslinjer, om bestemte aktivitetsmål, og om transparens slik at forholdene kan etterprøves. Det vil blant annet si at

- det sikres relevant utdanningsnivå i tjenesten, spesialisering av leger og psykologer, etterutdanning av alle faggrupper, og lojalitet til faglige retningslinjer
- journalsystemene må være egnet til å håndtere det pasientadministrative forløp (rettighetsvurderinger, inntak, vedtak i henhold til psykisk helsevernloven, registrering av nøkkelpersoner i behandlingen mmm), og det legges til rette for å sikre god journalføring, slik at pasientrettigheter oppfylles. Det må herunder avklares om DPS skal ha samme journalsystem som spesialisthelsetjenesten, og hvem som skal ha hvilke tilganger til systemet; eller om kommunenes journalsystem skal brukes via DPS.
- kvalitetssystemet beskriver spesialisthelsetjenestens prosedyrer og rutiner, samt sikrer meldinger om avvik (blant annet sphl § 3-3 og 3-3a), og at et godt system for internkontroll er utviklet. Det må også her avklares om DPS skal ha samme kvalitetssystem som spesialisthelsetjenesten, eller høre innunder kommunens system.
- det er utviklet systemer og rutiner som sikrer rapportering til NPR, SSB og til RHF på styringsindikatorer. Også her må det avklares om DPS skal fortsette med samme styringssystemer som spesialisthelsetjenesten, eller benytte kommunens.

Såfremt forholdene ikke er avklart ved forsøksperiodens oppstart, risikerer man at tjenestene må bruke mange ressurser på å sikre helt grunnleggende forhold i stedet for å utvikle tjenesten og "bidra til mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse". Vi mener derfor at alle de nevnte parametere må avklares før forsøksordningen vedtas.

7. PHL og bruk av tvang – dagens godkjenning og oppgaver/anvendelse v DPSene i Vestfold i dag og kommunal DPS-drift. Hva må vektlegges/sikres?

Forholdene må legges til rette for at psykisk helsevernloven kan følges, og pasienter som behandles i henhold til tvungent psykisk helsevern, er ivaretatt i forhold til rettssikkerhet og faglig nivå.

DPS i Vestfold er i dag godkjente institusjoner til å ivareta personer i henhold til tvungent psykisk helsevern, både til å etablere tvungent psykisk helsevern og til å behandle pasienter der tvungent psykisk helsevern er etablert.

Ved kommunal drift må det sikres at institusjonen har kompetanse og rammer til å ivareta personer i henhold til tvungent psykisk helsevern slik at institusjonen kan godkjennes.

Institusjonen må ha tilknyttet kontrollkomisjon, og faglig ansvarlig for vedtak må være oppnevnt.

Det må sikres at innleggende og mottagende lege arbeider uavhengig av hverandre.

Det må sikres at fokus på rehabilitering og reduksjon av tvang opprettholdes.

8. Beholde og rekruttere nødvendig personell, særlig spesialister

Det vurderes klart at muligheten for å rekruttere eller beholde spisskompetente medarbeidere svekkes. Det er kjent at disse heller flytter seg til spesialisthelsetjenesten såfremt spesialiseringsnivået svekkes, spesialistutdannelsene ikke sikres, forsknings- eller fagutviklingsmulighetene avtar, eller lønns- og arbeidsvilkår medfører forringelser.

I forholdet til ansatte ber departementet høringsinstansene om særskilt å vurdere de ulike modellene.

Vi ser at modell 3 om virksomhetsoverdragelse er den enkleste, idet arbeidsgiveransvaret er klart definert. Samtidig er det vidtgående å foreta en virksomhetsoverdragelse i en forsøksordning.

Vi mener at den modell som sikrer at lønns- og pensjonsvilkår ikke endres i forsøksperioden, har forrang. Vi mener ikke at ansatte skal oppleve endringer i lønns- og arbeidsvilkår i perioden, med den begrunnelse at det er tale om en forsøksordning og ikke en permanent virksomhetsoverdragelse. Gjeldende tariffavtaler og pensjonsordninger i HFet må derfor beholdes i forsøksperioden.

Såfremt lønns- eller pensjonsvilkår endrer seg i negativ retning, vil det være et helt realistisk scenario at nøkkelpersonell vil anvende sin reservasjonsrett eller søke seg ut av DPSet.

“Dersom virksomhetsoverdragelsen fører til ikke uvesentlige negative endringer i arbeidstakerens situasjon kan arbeidstakerne ha en valgrett. Valgretten er ulovfestet og utviklet i rettspraksis. Dersom arbeidstakerne har og utøver valgretten vil de aktuelle arbeidstakerne ikke overføres til kommunen, men opprettholde sitt arbeidsforhold hos helseforetaket.”

Hvis modell 3 velges, mener vi at begrepet “ikke uvesentlige negative endringer” må spesifiseres slik at ansatte kan være informerte om dette.

“Alle kategorier ansatte som har nødvendig tilknytning til DPSet, overføres til kommunen.”

Hvis dette betyr at servicetjenester (vaktmester, rengjøring, kjøkken) som ikke er ansatt i DPS ikke medfølger i en virksomhetsoverdragelse, kan dette bli en kostnad som kommunen må medregne. Eller omvendt at HF må påregne at slike ressurser som i dag ikke er ansatt ved DPS, må medfølge i virksomhetsoverdragelsen.

9. Utdanningsansvaret, særlig for spesialister

Kommunen overtar driftsansvaret for DPS, og alle beføyelser overfor medarbeidere. Dermed også utdanningsansvaret. Spesifisering av forpliktelsene må sikres i samarbeidsavtalen mellom HF og kommunen.

Det vil si at for spesialisering av psykologer og leger må fordypningstid, undervisning, klinisk og psykoterapiveiledning, og kurser være avklart. Det samme for spesialister og andre medarbeidere i videre- eller utdanning.

10. Forskning og utvikling

Det pågår deltagelse i forskningsprosjekter ved DPS, og det skal kunne fortsette såfremt DPS fortsatt skal være spesialisthelsetjeneste og ha evne til å rekruttere nøkkelpersonell.

Kommunene må ha kapasitet til å avholde eller betale for kurs i basale ferdigheter som oppdatering i faglige retningslinjer/veiledere, standard anamneseopptak, diverse kartleggingsverktøy, vurdering i selvmords- og voldsrisiko, medisiner og andre behandlingsregimer.

11. Annet/øvrige forhold som avdelingen mener er viktig

“Når det gjelder evaluering av forsøket, viser departementet til den beskrivelse av forsøksordningens formål og grunnleggende forutsetninger/hovedelementer som er gjengitt ovenfor. Evaluering av forsøket skal vise i hvilken grad målene med forsøket blir nådd.”

Vi mener at mål, gevinster og mulig risiko, og dermed evalueringspunktene må konkretiseres før forsøksordningen vedtas.

Avslutningsvis kan vi konstatere at vi med dette forslaget risikerer at forsøksperioden på 4 år primært brukes til å få systemer på plass som skal avklare oppgavefordeling og arbeidsmåter, samt sikre kvalitet, pasientsikkerhet og rettsikkerhet. Og at helsetjenesten dermed kan gå glipp av 4 års utvikling innen pasientbehandlingen.

Lene Nyegaard Andersen
Avd.sjef