

Notat

Til: Helse- og omsorgsdepartementet

Stab samhandling og internasjonalt samarbeid

Kopi:

Seksjon samhandling

Fra: Oslo universitetssykehus

Saksbeh.: Bente Thorsen, samhandlingsoverlege

Dato: 30.9.2016

Sak: **Høring knyttet til oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen og oppgavemeldingen mv**

Oslo universitetssykehus har følgende vurderinger og innspill knyttet til høringsforslagene:

3.2 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Begrunnelsene i høringsdokumentet for innføring av lovfestet kompetansekrav er:

- Å sikre kvalitet, pasientsikkerhet, brukermedvirkning og pasient- og pårørendeopplæring
- Å skape bedre grunnlag for forskning i kommunehelsetjenesten
- Å sikre bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten

OUS deler forventningen om at lovbestemte krav om personelltyper kan bidra til å sikre at kommunene ansetter kompetent personell, og gjennom det sikrer kvalitet og pasientsikkerhet. De øvrige gevinstene knyttet til lovfesting av kompetansekravet er det vanskeligere å se. Styrking av brukermedvirkning, pasient- og pårørendeopplæring, forskning i kommunehelsetjenesten og samhandling med spesialisthelsetjenesten ivaretas etter OUS' syn bedre gjennom andre virkemidler, herunder felles fagutvikling, justering og etterlevelse av samarbeidsavtaler, samarbeid med universitet og høyskoler samt hensiktsmessige finansieringsordninger.

OUS slutter seg til forslagene til valg av kjernekompetanse (hvilke profesjoner kommunene skal ha) og til tidspunkt for innføring. Det kan imidlertid bli vanskelig for en del kommuner å skaffe jordmor og psykolog innen loven trer i kraft.

Om psykolog-kompetanse i kommunehelsetjenesten: OUS ser det som hensiktsmessig at kommunene får psykologkompetanse. Det er dokumentert at psykologer kan bidra med verdfull rådgivning i skoler og på helsestasjoner, og i bydelenes psykososiale team, herunder kriseteam. Dersom kommunens psykologer skal drive konsultasjonspraksis, mener OUS at denne bør legges i tilslutning til /nært samarbeid med fastlegekontorene, eventuelt at psykologer og fastleger arbeider i felles journalsystem. Dette for å sikre at befolkningens psykiske helse blir ivaretatt på en helhetlig måte og knyttet opp mot helsesituasjonen for øvrig. En slik plassering vil bidra til å tilføre fastleger psykolog-kompetanse, og gi psykologer et fagfellesskap for klinisk arbeid. Mange bydeler og kommuner erfarer i dag at det er dårlig samarbeid internt i den kommunale helsetjenesten. Det er variabel tradisjon for gjensidig informasjon og samarbeid mellom helsesøstre, jordmødre, fastleger, psykososiale team, hjemmetjenester og andre (for eksempel barnevern). Lovfesting av kompetansekrav kan ikke alene bøte på dette. Det må fra nasjonalt hold,

på en bedre måte enn i dag, også legges til rette for god samhandling. Fastlegens rolle som koordinator bør tydeliggjøres. Det er viktig å unngå parallelle, ukoordinerte behandlingsforløp i kommunehelsetjenesten, slik man til dels ser i spesialisthelsetjenesten. Parallelle, ukoordinerte behandlingsforløp fører til dårligere samlet utkomme for pasientene og overforbruk av helsetjenester. Utvikling av team rundt pasienter som trenger bred faglig oppfølging i kommunen, slik primærhelsemeldingen legger opp til, bør baseres på denne kunnskapen.

3.3 Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

Etter samhandlingsreformen har utvikling av møtefora og samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner/bydeler bidratt til utvikling av gjensidig og likeverdig veiledning om organisering av tjenester og omsorgstilbud. Fokus har vært på pleie, omsorg og ivaretagelse. Erfaring fra Oslo har vært positiv: Det er utviklet arenaer for likeverdig veiledning og samhandling, både i samarbeidsfora, direktørmøter og i årlige seminarer. OUS har en felles handlingsplan for samhandling med bydelene i sitt lokalsykehus-område. Innenfor området «pleie, omsorg og ivaretagelse» gir kommunen (bestillerenhetene) også veiledning i enkeltsaker til sykehusavdelingene om forsvarlig plassering av pasienter ved utskrivelse fra sykehus.

Det er svak/ingen tradisjon for veiledning fra kommunehelsetjeneste til sykehus når det kommer til klinisk fagutøvelse. Når fastleger ringer til kolleger på sykehus om pasienter, er det for å motta veiledning. Telefonkonferering ved akuttinnleggelser dreier seg om overlevering av nødvendig informasjon, eventuelt å motta veiledning om alternativer til innleggelse. Det er ikke tradisjon, og i liten grad erkjent behov fra sykehussiden, for at sykehusleger kontakter fastleger for å motta veiledning knyttet til behandling av enkeltpasienter. Det samme gjelder for sykepleiere og andre faggrupper.

PKO har bidratt i mange sykehus til å øke bevisstheten om at klinisk allmennmedisinsk kunnskap og metode kan ha noe å tilføre til sykehusmedisinen og bidra til bedre kliniske beslutninger for en del pasienter. Det samme er tilfelle når sykepleiere fra sykehjem, hjemmetjeneste og sykehus møtes i felles fagfora. Men i stor grad har praksis til nå vært at fagfolk fra sykehus veileder fagfolk fra kommunen. Dette vil ikke endre seg ved en lovendring (et «pennestrøk») som ikke ledsages av bevisst satsing, for eksempel gjennom nærmere utdyping i forskrift, oppdragsdokumenter, metodeutvikling og økonomiske ordninger.

Helsetjenesten både i sykehus og kommuner tilstrebes å være kunnskapsbasert; basert på forskning og etterrettelige studier. Spesialisthelsetjenesten har betydelig større tradisjon for forskning og kliniske studier enn kommunene har. Dette har bidratt til ulikevekt når det gjelder hvem som kan veilede hvem.

Det er viktig å stimulere til øket forskning i kommunehelsetjenesten. Vitenskapeliggjøring bidrar til øket kunnskap om god behandling i primærhelsetjenesten og bidrar til å heve status. Etablering av allmennmedisinske institutter i universitetene har vært viktige i denne sammenheng. De senere årenes satsing på forskning i helsetjenesten i kommunene gjennom Forskningsrådets ordning med offentlig PhD, hilses velkommen. Ordningen er imidlertid relativt kostbare for kommuner og krever bevisst prioritering fra kommunens ledelse.

Samtidig er det viktig å anerkjenne klinisk erfaring og kompetanse som bygger seg opp ved å behandle pasienter over tid. Fastlegene må ofte behandle mange sykdommer samtidig. De må balansere mange kliniske, av og til motstridende, retningslinjer opp mot hverandre, og utøve stor

grad av skjønn. De må respektere pasientens autonomi og ønsker for egne liv. Gjennom år ser de resultatet av behandlingen, og hvordan det går med pasientene de har ansvar for. OUS tror at denne kliniske kompetansen bedre enn i dag kan komme til nytte i sykehusene gjennom veiledning fra fastleger til sykehusleger, og at dette vil bidra til å bedre pasientbehandlingen. Samme betraktning kan gjelde sykepleiere i sykehjem eller hjemmetjeneste. Disse kjenner også ofte pasientene over tid og kan bidra med nyttig klinisk informasjon og veiledning til kollegaer i sykehus.

Eksempler på arenaer for utvikling av likeverdig veiledning mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste:

- Spesialister i allmennmedisin, leger i sykehjem og legevakt deltar i undervisning i spesialistutdannelsen for LIS leger på sykehus.
- Fastleger inviteres til å delta i kliniske beslutninger om pasienter, f. eks kreftpasienter, innen multisykdom og geriatri, kronisk syke barn, geriatri og psykiske lidelser.
- Det lages system slik at fastleger på eget initiativ kan gi innspill og bli involvert i behandlingsforløp.
- Det lages kurs og fagsamlinger hvor gjensidig kompetansedeling og veiledning er tema, f. eks slik det f. eks planlegges i Møteplass Oslo.
- Styrking av praksiskonsulentordningen med utvidelse til å omfatte flere profesjoner
- Det nedfelles i samarbeidsavtalene hvordan veiledningen kan foregå, både innen pleie, omsorg og ivaretagelse og medisinsk behandling
- Videreutvikling av felles fagnettverk pr i dag finnes flere slike, blant annet innen palliasjon.
- Legge systematisk til rette for gjensidige hospiteringsordninger.

3.4 Krav til ledelse i den kommunal helse- og omsorgstjenesten

I dette kapittelet vises det til forslag til en ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten som ble sendt på høring 30.10.15. Forslaget inneholder direkte og indirekte krav til ledelse. Det legges stor vekt på system for å sikre internkontroll.

Skreddersydd lederutdanning for helse- og omsorgssektoren i regi av Kunnskapsløftet og plasser på Nasjonalt topplederprogram for deltagere fra kommunehelsetjenesten er positive tiltak, ikke minst for ledere i sykehjem og kommunal pleie- og omsorgssektor.

OUS er likevel bekymret for om departementet har tilstrekkelig fokus på behovet for helsefaglig kompetanse i ledelsen av den kommunale helse- og omsorgssektoren. Mange samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner bærer preg av at det har vært stort fokus på pleie, omsorg og ivaretagelse, men lite fokus på medisinsk ivaretagelse og medisinsk samhandling.

Samarbeidsavtalene ivaretar ikke pasientenes behov for sammenhengende forløp og plassering av ansvar for medisinsk behandling.

Offentlige rapporter og utredninger bekrefter dette og peker på behovet for tydelig og kompetent helseledelse i kommunene:

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen Dokument 3:5 (2015–2016): Riksrevisjonen konkluderer med at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok.

Rapport fra Forskningsrådet juni 2016:

Evalueringsrapport av samhandlingsreformen (Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert

følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM))

Forskningsrådets styringsgruppe gir følgende råd i sin oppsummering:

«Fire områder bør vies særlig oppmerksomhet, nemlig **samarbeidsavtalene** mellom kommuner og helseforetak, **fastlegenes rolle og plass i reformen**, herunder vektlegging av kommunenes særskilte kompetanse i helsespørsmål, **hensynet til pasient-/brukermedvirkning** for å skape mer helhetlige pasientforløp samt **bedre utnyttelse av digital teknologi** i pasientkonsultasjoner (trepartsdialog).»

Rapport fra Helsetilsynet 1/2016:

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

Helsetilsynet peker, i likhet med samtlige rapporter om samhandlingsreformen, på at det er svikt i samhandling ved utskrivelser av de sykeste pasientene i form av mangelfull informasjon og uklare avtaler.

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet:

I oppsummeringen sies det:

Vi har mange kommunale helse- og omsorgstjenester som er gode hver for seg. Men tjenestene er for oppstykket og helheten mangler. Det rammer særlig dem med sammensatte behov

Regjeringen vil skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste med helsepersonell som arbeider i flerfaglige team. Dette vil kreve økt kompetanse og bedre ledelse.

Det har vært vanskelig å rekruttere til kommune- og bydelsoverlegestillinger. Selv om det er ønskelig med spesialister i samfunnsmedisin i disse stillingene, er erfaringen at det ofte er leger med liten arbeidserfaring som får dem. En lovfesting av kravet om at kommuneoverleger/bydelsoverleger bør være under utdanning eller ferdige spesialister i samfunnsmedisin vil kunne bidra til å bedre situasjonen. I så fall må det både vilje og økonomiske virkemidler til å finansiere utdanningen.

I forskriftsfestet krav til toppledelse i kommunene bør kommunen forpliktes til å sikre tilstrekkelig helsefaglig kompetanse, helst spesialist i samfunnsmedisin.

3.5 Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjeneste

OUS støtter forslaget om å tydeliggjøre kommunens ansvar for pasient- og pårørendeopplæring (PPO) gjennom en endring av ordlyden i Helse- og omsorgstjenestelovens formålsbestemmelse § 1-1 nr. 5 slik at "opplæring" fremgår som et sentralt og selvstendig formål med loven.

Kommunehelsetjenesten driver allerede i dag slikt arbeid i stor utstrekning: Arenaene er fastlegekontor, hjemmetjeneste, på helsestasjon for barn (familiesentre), i helsestasjon for

ungdom, i fysikalske institutter, skolehelsetjeneste og på frisklivssentraler.

Kommunehelsetjenesten bruker i liten grad begrepet «PPO». Kommunen kaller arbeidet «Informasjon, råd og veiledning», og dette er i følge definisjonen, innholdet i PPO:

«Pasient- og pårørendeopplæring er en integrert del av behandlingen. Opplæringen er en pedagogisk aktivitet og tjeneste som supplerer den medisinske behandlingen, og som kan omfatte informasjon, undervisning, veiledning og rådgivning.....» (hentet fra HSØ's definisjon av PPO).

PPO i kommunen bygger på erkjennelse av og respekt for pasientens autonomi: Pasienten må forstå hva sykdom og helse dreier seg om for å kunne ha ansvar og delta i egen behandling. Behandlingen skjer i pasientens hjem, og forutsetter at pasienten (og de pårørende, f.eks. foreldre) har fått nødvendig kunnskap og har tillit til rådene de har fått. Det samme gjelder livsstilsendringer og fysisk aktivitet. I kommunehelsetjenesten er grensegangen mellom informasjon og veiledning til friske individer med eller uten risiko, og pasienter med sykdom ikke skarp. Informasjon og råd gis alt etter pasientens og familiens individuelle situasjon, og må ofte gjentas. Kommunehelsetjenestens styrke er at den kan følge pasientene over tid, «sjekke ut» hva de har forstått og hva de lurer på og gi tilpasset informasjon og opplæring.

Samhandling om pasient-, bruker- og pårørendeopplæring

OUS ser behovet for at PPO tiltak som pasienter får i sykehus, bør systematiseres og integreres i pasientforløpene for ulike sykdommer. Så bør de, på en mer systematisk måte enn i dag, videreføres i kommunehelsetjenesten.

Det kan i flere tilfeller være sammenhengende opplæringsprogram som bør starte i spesialisthelsetjenesten og fortsette i primærhelsetjenesten, også for kroniske sykdommer.

Ref: «...Det foreligger en konkret plan for hvordan primærhelsetjenesten/ primærleger trekkes inn i gjennomføringen av programmene og den videre oppfølging av deltakere.» (1), (Helsedirektoratet, Regelverk for innsatsstyrt finansiering, kap.5.12.3 Pasientopplæring og tiltak i gruppe, 40:2016).

De to nivåene bør lage avtaler om samarbeid om helhetlige opplæringsprogrammer og liknende tilbud til pasienter og pårørende, som tydeliggjør ansvars plasseringen av de ulike delene av opplæringen.

Vi ser behovet for at kommunen styrker PPO innenfor store sykdomsgrupper som i hovedsak ivaretas i kommunehelsetjenesten (eks: Diabetes, KOLS/ASTMA, muskel- skjelettlidelser, sykkelig overvekt, psykiske lidelser), og at kommunens PPO på disse områdene er samstemte med PPO i spesialisthelsetjenesten.

3.5.1

Primærhelseteamenes rolle i PPO

OUS håper at fremtidens primærhelseteam blir en viktig arena for PPO i kommunen, både individuelt og i grupper. PPO bør være en sentral oppgave for sykepleie-ressursene som er tenkt tilført kommunehelsetjenesten. Men også fastlegetjenesten bør styrkes, ikke minst for å ivareta PPO for det økede omfanget av til dels alvorlig syke pasienter som fastlegene har fått medisinsk ansvar for etter samhandlingsreformen. Komplisert legemiddelbehandling er et stikkord i denne sammenheng.

Det er liten tradisjon for å trekke inn brukernes erfaringskompetanse i kommunens PPO. OUS støtter at primærhelseteamene trekker brukere og pårørende inn i videre utvikling av PPO i

kommunen.

Frisklivsentralenes rolle i PPO

Frisklivsentralene har også en rolle i kommunens PPO. Primære målgrupper er mennesker med ulike typer livsstilssykdommer/-livsstils risiko. Frisklivsentralene har også i noen kommuner tilbud til mennesker med gjennomgått eller pågående sykdom, men disse er ikke primær målgruppe. Frisklivsentralene er ikke en lovpålagt tjeneste i kommunene og de har begrensede ressurser. OUS tror at ressurstilførsel og styrking av PPO i kommunen krever så stor helsefaglig kompetanse, og har et så stort omfang, at frisklivsentralene ikke bør ha en sentral rolle i oppbygging. Individuelt tilpasset PPO krever kunnskap om sykdom og tilgang til journaler. Det stilles også krav til journaldokumentasjon knyttet til tilbud som gis og aktiviteter som gjennomføres, både individuelt og i grupper.

Selv om frisklivsentralene har knappe ressurser, representerer de en viktig fagressurs ved at de ofte drives av fysioterapeuter. En vei å gå fremover, kan være å knytte frisklivsentralene tettere til primærhelseteamene, slik at kompetansen og oppgavene kan deles på best mulig måte, men at frisklivsentralene har høyt fokus på folkehelse og primærforebygging.

Privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale representerer en betydelig ressurs i kommunehelsetjenesten, og gjør en stor innsats innenfor PPO, f.eks. innen rehabilitering og gjenopptrening etter brudd, andre skader og operasjoner. Mange treningstilbud drives i regi av fysiske institutter i kommunen, og er tilpasset ulike aldersgrupper og også ulike helseproblemer. Fysioterapeutene driver utstrakt informasjon og veiledning til pasienter og brukere av treningstilbudene. De privatpraktiserende fysioterapeutene bør i fremtiden trekkes aktivt inn i utvikling av PPO og rehabilitering i kommunene.

Helsepedagogisk kompetanse

Kommunehelsetjenesten og fastlegene har til dels stor kompetanse, både teoretisk og erfaringsbasert, knyttet til hvordan PPO kan gis slik at pasient og pårørende faktisk kan få en innsikt de kan dra nytte av. Samtidig ser vi at PPO i spesialisthelsetjenesten har bygget opp kompetanse på feltet som bør deles med kommunene. Utvikling på feltet bør skje i et likeverdig samarbeid gjennom deling av helsepedagogiske kunnskaper (kommunikasjon, gruppeledelse, verktøy for refleksjon og læring, kunnskaper om oppbygging av kurs/opplæring i grupper og metoder for veiledning). PPO bør være likeverdig og alderstilpasset. Tilbudene bør omfatte både psykisk og somatisk helse.

3.5.2

OUS ser at øket satsing på PPO i kommunene kan bidra til å redusere behovet for spesialisthelsetjenester for noen pasientgrupper, selv om denne effekten er vanskelig å måle. Vi er positive til utvikling av digital samhandling mellom helsetjeneste og pasienter. Digital samhandling og utvikling av digitale pasientforløp kan dreie seg konkret om oppfølging av den enkelte pasient og deres dialog med helsetjenesten. Vi tror også at mange tilbud innen PPO kan digitaliseres og på den måten hentes opp gjentatte ganger, enten pasienten befinner seg i sykehus, hjemme, på fastlegekontoret eller i øvrig del av helsetjenesten. Blant annet har e-læring vist seg å være positivt som forberedelse til PPO i grupper eller i forkant av konsultasjoner.

3.5.3

OUS støtter forslaget om at: § 1-1 nr. 5 endres som foreslått:

"sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, *sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende*, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov" Som redegjort for tidligere, foregår det mye informasjon, veiledning og støtte til pårørende i kommunehelsetjenesten pr i dag. Vi tror vi fastlegen/primærhelseteamet i fremtiden bør ha et hovedansvar på dette feltet, men både hjemmetjenesten, kommunenes psykososiale team, helsestasjoner, frisklivsentraler, fysioterapeuter, helsehus og sykehjem vil ha vesentlige oppgaver, alt etter hvilke grupper av pasienter og pårørende de arbeider med.

Referanser:

1. Helsedirektoratet, Regelverk for innsatsstyrt finansiering, kap.5.12.3 Pasientopplæring og tiltak i gruppe, 40:2016
2. Helsedirektoratet, Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

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

OUS støtter signaleffekten som ligger i dette forslaget, selv om vi er noe bekymret for om den foreslåtte presiseringen i lovverket reelt kan bidra til bedra til forbedring på området. Ansvar er nok svært klart for de fleste helsearbeidere. Utfordringen er å få til god praksis. God praksis krever kombinasjonen av klinisk kunnskap, kulturkunnskap, holdninger og etiske avveininger samt forvaltning av tillit mellom pasienter og helsepersonell. Beslutninger stiller store krav til juridisk kunnskap, samhandling og tillit mellom tjenesteyterne på feltet.

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

I forslaget som HOD presenterer skal det etableres en forsøksordning som innebærer at kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre på vegne av et regionalt helseforetak som fortsatt skal beholde det lovpålagte sørge-for-ansvaret.

Høringsnotatet viser til stortingsmelding 14 (2014-15) Kommunereformen - nye oppgaver til større kommuner (også kalt **Oppgavemeldingen**) der det redegjøres for dagens oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten når det gjelder henholdsvis psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

Ekspertutvalget for kommunereformen mener spesialisthelsetjenesten og kommunen yter samtidige tjenester til mennesker med sammensatte lidelser. Utvalget mener det kan være store fordeler med å overføre ansvaret for psykiske helsetjenester til kommunen. Helse og omsorgsdepartementet foreslår på bakgrunn av dette å opprette en forsøksordning med overføring av driftsansvaret for DPS til kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Formålet skal være å undersøke om dette vil gi et bedre og mer helhetlig tilbud til brukerne. Forsøksordningen skal videreføre gjeldende pasient- og brukerrettigheter. Helsedirektoratet skal utforme et rammeverk for avtalene, i samarbeid med KS og helseforetakene.

Forslaget gjelder også pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk.

I mange helseforetak er det poliklinisk tjenestetilbud innenfor tverrfaglig spesialisert

rusbehandling organisert i et DPS. Ikke bare er ruspoliklinikktilbudet geografisk lokalisert sammen med DPS men det er også organisatorisk plassert under DPS selv om det ikke er godkjent under Lov om psykisk helsevern. Denne organiseringen kan i seg selv være en utfordring for smidig pasientflyt for pasienter med rus/avhengighetsproblematikk som trenger tilbud på flere nivåer i spesialisthelsetjenesten.

Pasientene og behandling

Vi kjenner ikke igjen den virkelighetsbeskrivelsen som høringsnotatet baserer sine forslag på, der det legges vekt på at

- det er de samme pasientene spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ansvar for, og
- At for de alvorligst psykisk syke er samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune avgjørende for kostnadseffektivitet og kvalitet.

For de alvorligst psykisk syke har OUS sine DPS ressurs-team og FACT-team. Disse er en stor hjelp for pasienter som trenger den type tilnærming. Men dette er en veldig liten gruppe av DPS'ets totale pasientmasse. Selv ved psykosopoliklinikken ved Nydalen DPS (ca. 300 pasienter) mottar mindre enn en fjerdedel av pasientene tjenester fra kommunen. Ved allmennpoliklinikken (ca. 2200 henvisninger i året) er andelen pasienter som har kontakt i kommunen (utover fastlege), forsvinnende liten. Forslaget bygger på at pasientene mottar samtidige tjenester fra kommunen og DPS. Vår erfaring er som beskrevet over, at det ikke er tilfelle.

Siden opptrappingsplanen trådte i kraft har det vært stor utvikling i faget psykiatri. Sammenliknet med somatikken er psykiatrien intet unntak når det gjelder utvikling av nye behandlingsmuligheter etter vitenskapelige metoder.

- I løpet av de siste 10-15 årene er det utviklet effektiv behandling for tilstander som tidligere ble regnet som nærmest terapieresistente blant annet alvorlige personlighetsforstyrrelser og tvangslidelser.
- DPS'ets oppgaver er, på grunn av stor pågang og endrede pasientrettigheter, forandret til i stor grad å dreie seg om kortere vurderinger, utredninger og spesialiserte behandlingsforløp, der det er behov for lege- eller psykologspesialist.
- Behandlingspakker er i ferd med å bli innført, noe som spisser tilbudet, og kompetansekravet, ytterligere.
- DPS har, og får stadig ansvar for, mer spesialisert utredning og behandling av komplekse tilstander og mer alvorlig psykisk syke, etter at døgnplasser på sykehus er blitt bygget ned. Spesialister er dyr arbeidskraft som er vanskelig å rekruttere.

En forutsetning for å opprettholde spesialistkompetansen er at DPS'ene er en del av spesialisthelsetjenesten.

Ressurser og prioritering

Kommunenes tjenester har en annen profil og helt andre personalgrupper ansatt enn i spesialisthelsetjenesten. Kommunenes oppgaver har tradisjonelt vært innen pleie- og omsorg, ofte over lang tid, og ofte med en opplevelse av manglende ressurser. Om kommunene overføres ressursene for drift av DPS, med det det innebærer av prioriteringer av ressurser, er det en reell fare for, slik DPS vurderer det, at man i «dårlige tider» bruker ressursene på pleieoppgaver i

kommunen heller enn å betale for spesialistkompetanse som er nødvendig for DPS'ets utrednings- og behandlingsoppgaver. DPS'ets «sørge for» ansvar vil bli marginalisert med stort ansvar, mange plikter og utilstrekkelig ressurser. Fra kommunenes side: å skulle forvalte ytelser og personalgrupper med så store forskjeller i oppdrag vil være en stor utfordring.

Psykisk-helse-teamene i kommunene yter først og fremst tjenester til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Den største pasientmassen i DPS har ikke behov for kommunenes tjenester. Det vil være vanskelig for de som forvalter økonomien, og skulle sette av nok ressurser til en pasientgruppe de ikke kommer i befatning med selv.

Fastlegene er gjennom sine avtaler kommunens viktigste legeressurs. En stor del av fastlegenes pasienter har psykiske lidelser med varierende alvorlighetsgrad, og fastlegene har det medisinske ansvaret for disse. Når fastlegene etterspør tjenester fra DPS, er det spesialistkompetanse de trenger. En flytting av DPS til kommunehelsetjenesten vil snarere svekke enn bedre fastlegens behov for spesialistkompetanse. Positive erfaringer for fastleger om samarbeid med DPS er veiledningsmøter, felleskonsultasjoner og felles vurdering av henvisninger. Slik samhandling bedrer fastlegenes kompetanse og bidrar til at de kan ha ansvaret for til dels svært syke pasienter.

Samhandling

Det er anført at sammenslåing av DPS og kommunehelsetjeneste vil, foruten å bedre behandlingen, lette samhandlingen. Vi mener at samhandlingen rundt de pasientene som har behov for tjenester fra kommunene, allerede er sikret via FACT og ressurs-team i DPS. Derimot ser vi en risiko for at samarbeidet med døgnavdelingene i helseforetaket kan bli svekket dersom DPS overføres til kommunene.

Spesialisering av leger og psykologer

DPS har en stor andel leger og psykologer blant sine ansatte. Disse er i et spesialiseringsløp som krever tett samarbeid med døgninstitusjonene innen spesialisthelsetjenesten. Spesialisering av leger i psykiatrien er i dag helseforetakets ansvar. Sykehusets og DPS'ets spesialister/psykiatere samarbeider om rotasjon av leger for å sikre fremdrift i utdanningen og for å sikre kompetanse i forløpet. Avhengig av kandidatens bakgrunn kan det være hensiktsmessig å begynne spesialisering enten i døgnavdeling eller i DPS. Evaluering av fremdriften og kandidatens kompetanse og videre fordypningsbehov, skjer i sentrale utdanningsutvalg som går på tvers av sykehus og DPS. Under utdanningsforløpet på 4-5 år skal lege i spesialisering også levere et skriftlig forskningsbasert eller kvalitetsforbedrende arbeid. Underveis i dette arbeidet skal kandidaten veiledes av kompetent overlege, og det vil også være behov for kontakt med forskningsmiljø i sykehuset/helseforetaket. Psykologer må i sin spesialisering ha erfaring fra sengepost i spesialisthelsetjenesten som forvalter tvungent psykisk helsevern med døgn.

Nye løp for spesialistutdanning er vedtatt, og nye kompetansemoduler i spesialistutdanningen for leger er for tiden ute på høring. Her innskjerpes kravene til hvordan tjenesten ved DPS skal gjennomføres ytterligere. Dette vil kreve et enda tettere samarbeid med sykehusavdelinger for å sluse kandidatene igjennom erfaringsområder og oppnå læringsmål. Ny spesialistforskrift med definerte læringsmål fordrer også et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten i sykehus og DPS.

Hvis DPS blir en del av kommunehelsetjenesten vil det vanskeliggjøre spesialistutdanningen av leger og psykologer.

Omstilling

Det vil kreve store ressurser for å få til omstilling til kommunedrevet DPS. Omstillingen vil kreve tid og det vil være kompliserte juridiske spørsmål forbundet med endringen. I denne urolige perioden vil DPS miste ansatte, noe som vil gå utover tilbudet til en sårbar (og voksende) pasientgruppe. Vi er spesielt bekymret for rekruttering av spesialister. FACT er vellykket men teamene er sårbare fordi det gjennomgående har vært vanskelig å rekruttere fagfolk (leger/psykologer med spesialistkompetanse). All erfaring tilsier at det vil være en utfordring å sikre mange og gode nok spesialister til et arbeidssted som ikke er forankret i spesialisthelsetjenesten.

Mangler i dokumentet

Stillingsvernet til personer som arbeider i spesialisthelsetjenesten er i liten grad berørt i dokumentet. Det anføres at ansatte kan reservere seg mot en overføring, men at dette vil medføre at de står uten ansettelse (hverken i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen). Etter vår vurdering tar HOD for lett på hensynet til de ansatte. Det vil være mange kompliserte spørsmål som må avklares før en overføring; utfall av risikoanalyser, hva med skjer med lønnsutvikling, hva skjer med pensjonsrettigheter?

Det er ikke beskrevet i høringsnotatet hva som kjennetegner kommuner med «tilstrekkelig kapasitet og kompetanse». Det er ikke beskrevet nærmere hva dette innebærer og en eventuell forståelse av hvilke kommuner dette kan gjelde anses uansett ikke være relevant for vår videre drøfting.

Konklusjon

Forslaget om prøveordning med overføring av DPS til kommunen kommer samtidig med krav om at DPS skal utføre en økende grad av spesialiserte oppgaver, habilitering av alvorlig syke både poliklinisk og i DPS døgnenheter (tidligere sykehusoppgaver) samt skjerpede krav til kvalitet, fordypning og effektivitet i utdanning av spesialister. Det er vanskelig å se for seg et godt utfall av en rekke pågående, nødvendige og kostnadsbesparende omstillinger dersom DPS samtidig påtvinges svære organisatoriske endringer. Helselover, sammen med prioriterings- og behandlingsveiledere legger føringer som bidrar til at DPS, mer enn noen gang tidligere, har en nøkkelposisjon i spesialisthelsetjenesten.

Kommunal drift av DPS eller en prøveordning med kommunal drift av DPS vil derfor ikke anbefales. Spesialisthelsetjeneste, både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal driftes innenfor spesialisthelsetjenesten og ikke på annet helsetjenestenivå.

5 Overføring av ansvar for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen.

OUS har ingen kommentarer til dette forslaget.

6 Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å opprette kontaktlege

OUS støtter forslaget om endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a, slik at det blir tydelig at både offentlige og private helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt til å oppnevne kontaktlege hvis vilkårene for øvrig er oppfylt. Denne endringen vil bidra til å sikre befolkningen likeverdige helsetjenester uavhengig av om tjenesten gis av offentlig eller privat tilbyder.

7. Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging

I høringsnotatets kapittel 7 beskrives lovforslag knyttet til tydeliggjøring av kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging.

Fra kapittel. 7.4 Forslag til lovregulering:

Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

- a) *legevakt*
- b) *heldøgns medisinsk akuttberedskap*
- c) *medisinsk nødmeldetjeneste og*
- d) *psykososial beredskap og oppfølging*

Vårt hørings svar begrenses til å gjelde bokstav d) *psykososial beredskap og oppfølging*.

OUS har arbeidet med psykososiale tiltak under flere større hendelser. Vi synes det er meget bra at Helse- og omsorgsdepartementet har et særlig fokus på nettopp dette arbeidet, og at det gjennom lovregulering blir en tydeliggjøring av kommunens ansvar. Videreutvikling av dagens psykososiale beredskap og oppfølging i kommunen vil være tett knyttet til arbeidet som pågår med å opprette øyeblikkelig-hjelp- tilbud og døgnopphold i kommunene (Rapport Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, Helsedirektoratet 2016). Forslaget til lovregulering vil omfatte en tydeliggjøring i planlegging av beredskapsarbeid, arbeid i den akutte fasen og oppfølging i etterkant av en hendelse. I alle disse fasene vil et tett samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste stå sentralt.

Innspill til forslag til lovreguleringen.

Ved en lovendring bør det gjøres endringer i relevante forskrifter, herunder også forskrift om kommunal beredskapsplikt, der følgende beskrives:

- Det bør beskrives *krav til innhold i samarbeidsavtalene for psykososial beredskap og oppfølging mellom kommune og spesialisthelsetjenesten* slik at disse er likt utformet nasjonalt. OUS vil ved akutte hendelser kunne ha pasienter og pårørende fra ulike bydeler i Oslo kommune samt innbyggere fra andre kommuner i landet. Ensartede retningslinjer nasjonalt vil lette arbeidet med å sørge for videre oppfølging når pasienter er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten eller henvise etterlatte til fastleger og lokale psykososiale sentre, og således bidra til en opplevelse av samordnede tjenester. Videre vil det kunne beskrive relevante forhold der spesialisthelsetjenesten kan bistå kommunen med lokale psykososiale tiltak på forespørsel.
- Det bør beskrives *hvordan kommunene skal forholde seg til sin plikt til å ivareta psykososialt beredskap og oppfølging når organisasjoner/virksomheter rammes av en større hendelse*. Det hender at organisasjonene velger å opprette eget senter for pårørende/evakuerte, samt å ha oppfølging i etterkant av en hendelse. I slike tilfeller bør det være tydelig hvilke krav som stilles til kommunen, eksempelvis om dette innebærer veiledningsplikt og hvordan en eventuell langvarig oppfølging kan henvises til kommunehelsetjenesten etter at den akutte fasen er over. I kommuner med enkelte typer industri som er forbundet med økt risiko for hendelser, bør det etableres en samarbeidsavtale mellom kommuner og virksomheter. En klar beskrivelse av

ansvarsforhold der en tredjepart er involvert, gjør det mer oversiktlig for spesialisthelsetjenesten i den akutte fasen ved at kommunikasjonslinjene er avklart.

- *Bruk av frivillige i psykososial beredskap og oppfølging* bør kommenteres spesielt, herunder på hvilken måte frivillige skal benyttes i en hendelse, og hvilke krav som kan stilles til enkeltindivider/organisasjoner. Det bør avklares hvem som har oppfølgingsansvaret («arbeidsgiveransvar») for disse under og etter hendelsen. Videre bør det tas stilling til om kommunene kan velge hvilke organisasjoner de ønsker/ikke ønsker skal bidra. Ved informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er det særlig viktig å vite om informasjon går til helsepersonell som er ansatt i kommunen eller til frivillig som ikke er knyttet til et arbeidsforhold i kommunen. Det kan oppstå utfordringer knyttet til taushetsplikt og dokumentasjonsplikt dersom mottager av informasjon er en frivillig/medlem av annen organisasjon.
- Det bør også fremkomme *en vurdering av hvilke tjenester innbyggere i kommuner kan forvente seg etter en hendelse*. Det bør utarbeides nasjonale tjenestekriterier slik at det sikres lik tilnærming ved tildeling av tjenester. Et felles sett med kriterier vil gjøre det mer oversiktlig for spesialisthelsetjenesten når det sendes søknader om ulike tjenester til kommuner ved nasjonale hendelser. En enhetlig tilnærming til tjenester som skal tilbys og felles tjenestekriterier vil kunne bidra til en forventningsavklaring mellom ulike virksomheter som tilbyr helsetjenester, samt hos de som har behov for tjenester. Kommunene skal, som anført i lov, selv kunne tilpasse tjenester og organisering til lokale forhold og behov, men det bør være statlige føringer.
- *Beredskap for små, middels store og meget store katastrofer* bør også diskuteres. Det forventes at kommunens kriseteam skal kunne håndtere små hendelser som brann i en bolig, trafikkulykke, voldtekt, selvmord osv. Ved eksempelvis en bussulykke er behovene ofte større enn kapasiteten i den enkelte kommune. Det bør da fremgå om man vil tilkalle forsterkninger fra nabokommuner eller fra distriktpsykiatrisk senter.

Ved meget store katastrofer (som 22. juli 2011, flyulykker, industribranner eller lignende), kan katastrofen få nasjonale dimensjoner, og overstiger langt kapasiteten i kommunene. Det bør også utarbeides planer for slike hendelser. Det må tilstrebes at slike planer blir mest mulig ensartet i de forskjellige kommunene.

Det er ikke henvist til Helsedirektoratets veileder IS-2428 «*Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*» (Helsedirektoratet 2016) i høringsnotatet. Det kan med fordel henvises til denne i høringsnotatet da den beskriver sentrale forhold i planlegging og gjennomføring av psykososiale tiltak.

8 Administrative og økonomiske konsekvenser av de samlede forslagene

8.1.2 Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Som beskrevet i høringssvaret til dette punktet (3.3) mener OUS at hvis lovfesting av den kommunale veiledningsplikten skal bidra til et likeverdig samarbeid, ikke minst når det gjelder klinisk fagutøvelse, må kommunehelsetjenesten tilføres ressurser.

For fastlegene er det mest nærliggende å tilføre ressurser gjennom å utvide muligheten til bruk av takst 1f («Samhandlingstaksten») til å omfatte telefonisk og skriftlig samarbeid og gjensidig veiledning mellom leger i sykehus og fastleger. Denne typen gjensidig veiledning har stor betydning for sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen, og kan bidra til å begrense henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

8.1.3 Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Som redegjort for i høringsvaret (punkt 3.5), er OUS kun bare delvis enig i at lovendringen kun tydeliggjør en praksis som pr i dag har tilstrekkelig kvalitet og omfang. OUS mener at omfanget av PPO i kommunehelsetjenesten må økes, ikke minst etter samhandlingsreformen. Økende ansvar, for eksempel for pasienter med kroniske lidelser, komplisert og sammensatt sykdom, senskader etter kreftsykdom, behov for palliasjon og psykiske lidelser stiller nye krav til PPO i kommunene. Vi mener at kommunene bør tilføres ressurser, både sykepleiere i primærhelseteamene, og flere fastleger. En mulighet er at kommunene gjennom å legge til rette for fastlønnede utdanningsstillinger for ALIS i kommunene (vi viser til eget lovforslag med krav om spesialistutdanning av allmennleger i kommunene), generelt kan styrke fastlegeordningen og gjøre fastlegene rustet til å drive med PPO i det omfanget som er nødvendig for å ivareta pasientpopulasjonen på en god måte.

10: Lovendringer

10.1 Forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven

Ny § 5-11 skal lyde:

§ 5-11 Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Helsepersonell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Lovbestemmelsen gjelder helsepersonell som er ansatt i kommunen, men også private tjenesteytere som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven på vegne av kommunen, som privatpraktiserende fastleger og fysioterapeuter.

Det er viktig at formelle samhandlingsstrukturer (avtaler og møtefora) mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene legger til rette for at privatpraktiserende helsepersonell med kommunal avtale kan oppfylle veiledningsplikten på en god måte, både i enkeltsaker og på systemnivå. Enkle, gode systemer for melding av samhandlingsavvik bør være en del av dette.