



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Sendt kun pr. e-post:
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.: 16/2766

Vår ref.: 16/3367

Dato: 29.09.2016

Legeforeningens høringssvar til oppfølging av Oppgavemeldingen om forsøk med overføring av driftsansvar for distriktpsykiatriske sentre (DPS) til kommuner

Legeforeningen viser til høringsnotat av 6. juni 2016 om oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen. Legeforeningen har valgt å avgi en separat høringsuttalelse til høringsnotatets forslag i kapittel 4 om forsøk med overføring av driftsansvar for distriktpsykiatriske sentre (DPS) til kommuner. Legeforeningen vil også avgi høringsuttalelse knyttet til de øvrige forslagene i høringsnotatet.

Høringsnotatet har vært på høring blant relevante organisasjonsledd i Legeforeningen. Disse uttalelsene ligger til grunn for høringsuttalelsen som er behandlet av foreningens sentralstyre.

Legeforeningen stiller seg sterkt kritisk til forslaget

Legeforeningen stiller seg sterkt kritisk til forslaget om å overføre driftsansvar for DPS til kommunene. Legeforeningen mener som departementet at det er nødvendig å styrke koordineringen og prioriteringen av psykisk helse- og rustjenester. De organisatoriske tiltak som foreslås vil føre til det motsatte resultat og frarådes derfor på det sterkeste.

Vi er i utgangspunktet positive til at mulige reformer piloteres og evalueres. Dette betyr likevel ikke at ethvert eksperiment er egnet til å settes ut i livet i form av en pilot. Foreliggende forslag er preget av høy risiko for omkostninger knyttet til både pasienttilbud, fagutvikling og arbeidsmiljø. Denne saken er preget av andre motiv enn hensynet til pasienter og brukere, og dermed faglige hensyn. Saken preges av politiske ambisjoner om å styrke kommunenes oppgaveportefølje. Dette har ført til alvorlige mangler i konsekvensanalysen. Vi mener endringene som foreslås vil få alvorlige konsekvenser som det vil ta tid å rette opp igjen etter endt utprøving. Vi vil derfor advare på det sterkeste mot at forsøket gjennomføres.

Sammendrag konsekvenser

Legeforeningen vil nedenfor gjennomgå de betydelige risiki som knytter seg til forsøksprosjektet. Oppsummert er disse:

- 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 gjøre psykiatrien langt mindre attraktiv som spesialitet for leger og man kan forvente en svikt i rekrutteringen av nødvendig kompetent helsepersonell.
- 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.
- Lær 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 i kommunene.
- Dersom forsøket gjennomføres, må evaluering av forsøket inkludere en plan for å involvere fagmiljøene og tillitsvalgte.

- Avtalepsykologene og avtalepsykiatere er underdimensjonert i forhold til behandlingsbehov. Ordningen bør utvides i tråd med regjeringens målsetning.
- Den foreslåtte modellen kan medføre betydelig administrative og personellmessige konsekvenser.
- Det er ikke redegjort tilfredsstillende for transaksjonskostnadene forsøket vil innebære.
- Det er betydelige mangler ved utredningen knyttet til forsøkets konsekvenser for utdanning av leger i spesialisering.
- Det er betydelige mangler ved utredningen knyttet til forsøkets konsekvenser for forskning innenfor psykisk helse og rus.

Vi 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.

Konsekvenser for fagutvikling og kvalitet i tjenesten

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 ambulant arbeid
- Døgnkontinuerlig 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 spesialistmiljøer.

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.

Fare for vridningseffekter

DPS og primærhelsetjeneste skal primært ivareta forskjellige pasientgrupper med forskjellige behov. Satsingen på psykiske helse og rusarbeidet i kommunene er nødvendig og bra, men må anses å være en satsning på de pasientgruppene som ikke fikk et tilbud gjennom opptrappingsplanen og som ikke skal ha et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Når man gir kommunen arbeidsgiveransvar for spesialisthelsetjenesten samtidig som man skal satse på utvikling av et lavterskeltilbud og forebyggende tjenester medfører dette en betydelig risiko.

For det første vil en overføring av betydelige faglige og økonomiske ressurser til psykisk helse medføre et kraftig incentiv til å overføre så mye som mulig av psykisk helse-relaterte oppgaver inn til DPS'et, med det resultat at mange av oppgavene som ligger til kommunenes sørge-for-ansvar kan «gli over» til spesialisthelsetjenesten. Dette blir særlig aktuelt om finansiering av DPS er statlig, mens finansiering av kommunale oppgaver skjer gjennom kommunal rammefinansiering.

Videre vil overføring medføre store administrative, faglige og avtalemessige utfordringer som krever store ressurser av kommunene. Dette medfører igjen en risiko for at det blir vanskelig å opprettholde fokus på utvikling av tjenestene som ligger under kommunenes sørge-for-ansvar.

Utover alle de formelle hindringene som gjør det vanskelig å gjennomføre en flytting av DPS til kommunenivå, er det også grunn til å bekymre seg for de faglige konsekvensene et slikt prosjekt vil få. Utviklingen av lavterskeltilbud og forebyggende tjenester innen psykisk helse har stått i fokus de siste årene, men mye gjenstår for utvikling av slike tjenester. Dette er et nødvendig satsningsområde med tanke på de som er i fare for å utvikle psykiske lidelser, og for å skape helsefremmende lokalsamfunn. Dette må skje som en integrert del av kommunale tjenester og kan i liten grad ivaretas av spesialisthelsetjenesten. For å lykkes med et godt forebyggende arbeid er det viktig å satse på oppbygging av flerfaglige kommunale tjenester. Dette må struktureres og organiseres på andre måter enn tjenestetilbudet til mennesker som allerede har fått moderate til alvorlige psykiske lidelser og dermed har behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Kommunale DPS vil gi en uønsket avstand til resten av det psykiske helsevernet. Dette vil sannsynligvis føre til samarbeid og koordineringsproblemer. Videre vil avstanden fra det resterende psykiske helsevernet sannsynligvis fungere som en driver og føre til at kommunen

ønsker og tar i bruk flere innleggelser på sykehus. Samarbeidet mellom DPS og somatikken vil trolig også svekkes.

Som redegjørelsen ovenfor viser kan den foreslåtte modellen medføre flere sammensatte og potensielt alvorlige konsekvenser.

Hjemmel for forsøket – forsøksloven

Det er enkelte bestemmelser i forsøksloven som etter Legeforeningens syn burde vært problematisert ytterligere fra departementets side: Det gjelder § 3 annet ledd om at godkjenning av forsøket bare kan gis i samband med forsøk som "*for øvrig finnes forsvarlig og faglig vel underbygget*", samt § 4 om at godkjenning ikke kan gis "*når dette vil innebære innskrenking av rettigheter eller utvidelse av plikter som enkeltpersoner har etter gjeldende lovgivning*". Siden departementet gir pasient- og brukerrettighetsloven og lov om psykisk helsevern anvendelse ved henvisning til lovene i forskrift om forsøk med kommunal drift av DPS §§ 10 og 11, er det i prinsippet riktig at pasientrettigheter ikke innskrenkes. I så fall vil forsøket ha hjemmel i forsøksloven, jfr. § 4 andre ledd. Det er imidlertid krevende for høringsinstansene å ta stilling til om modellen *i praksis* vil kunne ivareta samtlige pasient- og brukerrettigheter, og rettigheter etter lov om psykisk helsevern. Det er en svakhet ved forslaget at det ikke er gjort en nærmere utredning av konsekvensene knyttet til kommunens oppfyllelse av samtlige pasient- og brukerrettigheter. Det er derfor tvil knyttet til om forsøket er innenfor forsøkslovens rammer og vi ber om at dette utredes og avklares.

Foreslått modell: RHFet beholder sørge-for ansvaret og kommunen har driftsansvar

Forslagene i høringsnotatet innebærer som sagt at RHF beholder sørge-for-ansvaret i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, mens kommunene skal overta driftsansvaret for DPS. Legeforeningen savner en grundigere og mer konkret fremstilling i høringsnotatet av hvordan RHFene vil kunne ivareta sitt sørge-for-ansvar for den foreslåtte forsøksordningen.

Det er flere problematiske sider ved den foreslåtte modellen. Disse redegjøres for i det følgende.

Uklare ansvarsforhold

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, senest et omfattende lovarbeid, samt avtalerettslige og økonomiske virkemidler gjennom Samhandlingsreformen. 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 foreslår at det lovbestemte sørge for-ansvaret fortsatt skal ligge på RHFet. Samtidig skal kommunens frihet til å organisere tjenestene ivaretas. Det nevnes for eksempel at kommunene skal ha dialog med regionalt helseforetak før det gjennomføres vesentlige endringer i tjenestetilbudet eller organiseringer av dette. Legeforeningen mener at de to

hensynene vanskelig kan balanseres og at det er en reell fare for at det i liten grad blir utvikling i tilbudet når dette ansvaret ikke er helt klart plassert hos kommunen eller det regionale helseforetaket. Det må klart kommunisere hvem som ansvaret for å fange opp og møte endrede behov i opptaksområdet. Det virker svært uhensiktsmessig at en part har ansvaret "en bloc" for organisering og drift, mens en annen part har ansvaret for finansiering og utvikling av tilbudet til befolkningen.

Et av formålene med forsøksordningen er å skaffe kunnskap om hensiktsmessig oppgaveglidning. Legeforeningen mener at en overføring av DPS til kommunen vil medføre utydelige ansvarslinjer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og bygge ned et sårbart fagmiljø. Det vil være behov for flere spesialister i fremtiden, og virkemidler som kan destabilisere personellsituasjon og kompetanse vil innebære høy risiko for negative effekter. Dessuten vil balanserte samhandlingssystemer som i dag er bygget opp mange steder brytes opp.

Det presiseres i høringsnotatet at de tjenester som i henhold til forsøket skal ytes av kommunen, fortsatt skal være spesialisthelsetjenester. RHF skal fortsatt inneha det lovbestemte sørge-for-ansvaret. Denne modellen er brukt for organisering av avtalespesialistene, der RHFet har sørge-for ansvaret innenfor sin region, mens avtalespesialister har ansvar for behandling innen en spesialitet og har avtale med RHF. Det er imidlertid slik at avtalespesialister kun tilbyr spesialisthelsetjenester og ikke har driftsansvar for verken spesialiserte sengetilbud eller behandlings- og omsorgstilbud i kommunene. For den enkelte behandler vil det sannsynligvis ofte være uklart om et tilbud man henviser til eller søker råd hos juridisk sett er spesialisthelsetjeneste eller en kommunal psykisk helsetjeneste innunder samme paraply. Dette innebærer at ansvars plassering ved uønskede hendelser utyeliggjøres på en måte som utsetter både pasienter og helsepersonell for høy grad av vilkårlighet. For tilsynsmyndighetene vil det reise særskilte utfordringer å ta stilling til om behandling har vært forsvarlig eller ikke, og på hvilket tjenestenivå evt. ansvar skal plasseres. DPSene i store kommuner er i dag en integrert del av universitetssykehusene, med sengeposter med vaktordninger, poliklinikker med høy spesialiseringsgrad, ambulante team og nært samarbeid med mange somatiske sykehusavdelinger. I tillegg er det samhandlingsflater overfor kommuner, NAV og fastleger.

Departementet viser til at sørge-for ansvaret skal ivaretas gjennom de foreslåtte avtalene som skal inngås mellom kommunen og RHFet. Høringsnotatet inneholder imidlertid ikke noe omtale eller vurdering av hvordan dette rent konkret skal forstås og det gis heller ingen veiledning om hvordan myndighetsforholdet skal avklares mellom partene (RHF og kommune) i saker der dette er uklart. Det er heller ingen omtale eller regulering av hvilke eventuelle virkemidler RHF har overfor kommunene ved brudd på pliktene som følger av at driftsansvaret er plassert hos x kommune. Problemstillingen omtales så vidt i utkastet til *"Kontrakt om forsøksordning med kommunal drift av DPS"* inntatt i vedlegg 2. Her heter det i punkt 7.3 annet ledd at *"Partene er innforstått med at når sørge-for ansvaret for tjenesten ligger til RHF, og driftsansvaret ligger til kommunen, medfører dette behov for avklaring av myndighetsforholdet mellom partene."* Utover dette gis det ingen veiledning eller omtale av

hvilke avklaringer som må gjøres og hvordan dette skal gjøres. Legeforeningen ber departementet om en grundigere vurdering og veiledning på dette punktet.

Legeforeningen påpeker også at det å ha ansvar for å drifte spesialisthelsetjeneste er krevende, og kompetansen og erfaringen som kreves løses neppe ved at det ved lovendring blir besluttet at tjenestene som kommunen skal tilby fortsatt skal være spesialisthelsetjenester. Kommunene har erfaring med andre oppgaver og andre krav. Kommunene og primærhelsetjenesten skal ha faglig kompetanse til å utøve omsorgstjenester og lokalt psykisk helsearbeid.

Kommunalt samarbeid

Ved kommunal overtakelse av driftsansvaret for et DPS mener departementet at ansvaret som hovedregel må overtas for hele det eksisterende DPSets opptaksområde. Det vil ikke være ønskelig å dele opp et eksisterende DPS slik at deler av DPSet blir igjen hos RHFet for å sørge for tjenestetilbud til de kommuner i opptaksområdet som ikke ønsker å delta i forsøket med kommunalt drevet DPS. Departementet mener en slik oppdeling ikke vil være hensiktsmessig ut fra en helsefaglig eller samfunnsøkonomisk vurdering, men at unntak kan tenkes ved at f.eks. mindre kommuner innenfor opptaksområdet, som ikke ønsker å delta på forsøksordningen, kan ivaretas av et annet DPS.

Legeforeningen mener at dette vil føre til at pasienter i langvarige behandlingsforløp tvinges til å bytte DPS hvis deres bostedskommune ikke blir med i ordningen. Dette vil innebære et kontinuitetsbrudd med potensielt alvorlig konsekvenser for behandlingen av disse pasientene.

Det er overraskende at departementet ikke drøfter hvordan dette vil kunne ramme mange enkeltpasienter som i dag er i helhetlige og godt samarbeidende behandlingsforløp mellom kommuner og DPS. Som et minimum burde man i hvert fall påpeke at retten til fritt sykehusvalg for den enkelte ikke skal kunne avskjæres av DPSet, men tvert i mot fremstå som en tilnærmet hovedregel. En slik ordning må også gjelde pasienter som har et forhold til sitt DPS selv om vedkommende ikke behandles i DPSet i det øyeblikket en reform eventuelt gjennomføres.

Legeforeningen mener utfordringene knyttet til kommunal samhandling kan løses bedre med andre tiltak. Satsingen på FACT/ACT-team er et eksempel på et tverrfaglig samhandlingstiltak som utgjør et veldokumentert bindeledd mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og kan tilby en langt mer målrettet løsning på samhandlingsutfordringene enn kommunal drift av DPS.

Kommunal organiseringsfrihet

Legeforeningen vil peke på utfordringene som ligger i en modell hvor kommunene skal tilby og utvikle spesialiserte tjenester og samtidig ha råderett over ressursene i DPS med frihet til å organisere tilbudet i sammenheng med kommunale tjenester innenfor de rammer som lovverk og avtale setter. Enkle driftsøkonomiske betraktninger tilsier at organisasjonsendringsarbeidet i seg selv vil medføre betydelige kostnader og redusert effektivitet og tilbud i en periode av

uvisst varighet før man kommer over i en mer stabil og ordinær driftssituasjon hvor kommuner som drifter DPS må prioritere innenfor uendrede samlede rammer. Dette er ikke egnede rammebetingelser for godt utviklingsarbeid og vil med relativt stor sannsynlighet medføre nye interne ressurskonflikter som igjen kan medføre at samarbeidsklimaet mellom spesialisert personell og kommunalt helse- og omsorgspersonell forverres til skade for pasientene.

Det kan også stilles spørsmål ved hvor reell den kommunale organiseringsfriheten i forsøket er, gitt de begrensningene som forsøket legger opp til. Forsøket vil, slik det er foreslått, gi liten overførbar erfaring for ordningen når den eventuelt skal breddes nasjonalt.

Pasient- og brukerrettigheter videreføres

Det heter som sagt i høringsnotatet at gjeldende pasient – og brukerrettigheter, samt øvrig helselovgivning skal gjelde for kommunale DPSer i forsøket. Legeforeningen reagerer på at høringsnotatet knapt inneholder en reell vurdering av om forsøket vil ha konsekvenser for pasient- og brukerrettigheter.

Lovteknisk gjennomføres dette ved at spesialisthelsetjenesteloven, helseforetaksloven, lov om pasient- og brukerrettigheter, helsetilsynsloven og lov om psykisk helsevern gis anvendelse i sin helhet for forsøket (med enkelte mindre unntak). Dette gjøres ved at det vil gis en forskrift med hjemmel i forsøksloven som gir detaljerte regler om hvilke lov og forskriftsbestemmelser som gjelder og hvilke unntak som gjøres. I vedlegg 2 som er en kontraktsmal for *"Kontrakt om forsøksordning med kommunal drift av DPS"* handler punkt 5 om *"Godkjente avvik fra lover, forskrifter og bestemmelser"*. Det heter her at *"Kommunal og moderniseringsdepartementet har, ved forskrift av ..., i medhold av lov om forsøk i offentlig forvaltning § 3, første ledd bokstavene a) og b), samt forskrift med delegering av myndighet, godkjent avvik fra nærmere angitt lover, med tilhørende forskrifter om organisering av statens og kommunens virksomhet og oppgaveløsning, samt bestemmelser om oppgavefordeling mellom statlige og kommunale forvaltningsorganer."* Det er uklart hva som nærmere ligger i denne forskriften og hvilken oppgavefordeling den angir, og hvilke lover det eventuelt skal gis avvik fra og hvilke avvik det gjelder. Legeforeningen forutsetter at denne forskriften vil sendes på vanlig høring.

Legeforeningen påpeker at høringsnotatet ikke inneholder en omtale av hvordan retten til fritt sykehusvalg (nå erstattet og utvidet og heter fritt behandlingsvalg) i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 skal ivaretas og gjennomføres. For å få rett til helsehjelp, må henvisningen først vurderes i spesialisthelsetjenesten. Noen private behandlingssteder med avtale med det offentlige har fått rett til å vurdere henvisninger og tildele rett til helsehjelp og en frist. Andre private har ikke en slik rett. For eksempel er avtalespesialister per i dag ikke gitt en slik rett. Legeforeningen antar at kommunale DPSer er gitt rettighetstildelingskompetanse, da pasient- og brukerrettighetsloven er gitt anvendelse i sin helhet, se utkast til forskrift om forsøk med kommunal drift av DPS § 11. Det er heller ikke avklart om kommunale DPSer skal være ansvarlig for fristbrudd. Dette kan være betydelige beløp, og kommunene må være bevisst slike eventuelle økonomiske forhold når de forhandler med RHF om det økonomiske oppgjøret. Vi ber om at dette utredes nærmere.

Forsøket berører også tverrfaglig spesialisert behandling av pasienter med rus/avhengighetsproblematikk (TSB) i de helseforetakene der poliklinisk tjenestetilbud innenfor TSB er organisert i et DPS. Dette er ikke omtalt i høringsnotatet. Dette er tilfelle i mange helseforetak hvor rus poliklinikk tjenestetilbudet ikke bare er geografisk samlokalisert med DPS, men også organisatorisk plassert i et DPS. Det bør også avklares hvordan pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b annet ledd, siste punkt om rettighetstildeling og fristfastsetting for pasienter henvist til TSB skal gjennomføres i forsøket.

Slik Legeforeningen forstår forslaget vil ikke BUP inngå i forsøket. Legeforeningen påpeker at dette vil kunne bidra til uklare ansvarslinjer. Vi viser blant annet til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b syvende ledd om rettighetstildeling og fristfastsetting til unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Etter forsøksforskriften § 11 gjelder denne bestemmelsen for forsøket, og vi ber om at det avklares hvordan denne bestemmelsen skal forstås og gjennomføres i forsøket.

Forsøket kan innebære utfordringer knyttet til vedtak om bruk av tvang. Kommunale DPSer kan innebære en reell konflikt mellom hensynet til uavhengighet og tydelig skille mellom tjenestenivåene ved anmodning om tvang og gjennomføring av tvangsvedtak. Lov om psykisk helsevern er gitt anvendelse for forsøket og de prosessuelle vilkår for etablering av tvang er beskrevet i kap. 4.5.5. Vedtak om tvungen legeundersøkelse i hht. phvl. § 3-1 2. ledd er her uteglemt. Både denne bestemmelsen og begjæring om tvungent psykisk helsevern i hht. phvl. § 3-6, oftest ved kommuneoverlegen, krever uavhengighet til den institusjonen hvor pasienten innlegges og den legen/psykiateren som fatter vedtak i hht. phvl. § 3-3. Denne habiliteten og kravet til uavhengighet vil bli brutt ved den foreslåtte endringen av ansvaret for DPS-ene, og det er ikke akseptabelt i forhold til ivaretagelse av pasientenes rettssikkerhet. Vi ber om at dette utredes nærmere.

Evaluering

Det er positivt at departementet tar sikte på å evaluere forsøksordningen for å undersøke i hvilken grad målene med forsøket blir nådd. Dette er svært viktig for å sikre at DPS fortsatt kan yte gode tjenester.

Legeforeningen registrerer imidlertid at departementet ikke har nevnt verken fagmiljøene eller ansatte som berøres av forsøksordningen, som parter det vil være naturlig å involvere i evalueringsarbeidet.

Legeforeningen mener det er viktig å involvere fagmiljøene for å evaluere de faglige konsekvensene av forsøket, samt at tillitsvalgte bør involveres for å evaluere hvordan kommunal drift av DPS har påvirket arbeidsmiljø og rekruttering. Dersom fagmiljøer og ansatte ikke involveres i arbeidet med å evaluere forsøksordningen vil man gå glipp av verdifull informasjon om hvordan forsøket har påvirket tjenestene til brukerne av DPS. Videre er det viktig at konsekvenser for pasient- og brukerrettigheter også inngår i evaluering av forsøket.

Legeforeningen ber derfor om at vi, og andre relevante fagmiljøer og ansatteorganisasjoner, også inkluderes i evalueringsarbeidet dersom ordningen skulle bli gjennomført.

Forholdet til ansatte – vurdering av de foreslåtte modellene

Legeforeningen mener at dette forsøksprosjektet klart vil føre til negative konsekvenser for arbeidsmiljø og rekruttering. Dette må hensyntas 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.

Legeforeningen ser i likhet med departementet flere problemstillinger som kan oppstå i **modell 1**. Legeforeningen mener en slik modell vil skape uklare ansvarsforhold for helseforetaket og kommunen, med tilhørende uforutsigbarhet for de ansatte. Etter Legeforeningens syn bærer modell 1 dessuten preg av å være en omgåelse av reglene om innleie og virksomhetsoverdragelse, som i større grad bidrar til forutsigbarhet og vern for ansatte. Legeforeningen anser modellen som uegnet i en slik forsøksordning, og vil fraråde at departementet går videre med en slik modell.

Legeforeningen mener at **modell 2**, hvor de ansatte i DPS leies ut til kommunen i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-13, er best egnet til å ivareta hensynene bak forsøksordningen. Som departementet er inne på i høringsnotatet vil det bero på en skjønnsmessig vurdering om innleien i det konkrete tilfelle skal rubriseres under § 14-12 eller § 14-13. Legeforeningen legger imidlertid til grunn at departementet vil bestrebe seg på å bruke § 14-13, som har til formål å regulere innleie fra ordinære virksomheter i motsetning til bemanningsforetak. Dette må etter Legeforeningens syn innebærer at de som skal leies inn har eller får fast ansettelse i helseforetaket før leieforholdet etableres.

Årsaken til at Legeforeningen mener modell 2 er å anbefale, er som nevnt at dette er best egnet til å ivareta hensynene bak forsøksordningen. Ordningen er i første omgang ment å være en forsøksordning. Etter vårt syn fremstår innleie som en mer fleksibel løsning enn virksomhetsoverdragelse. Legeforeningen mener at det å bli virksomhetsoverdratt (i en forsøksordning) vil oppleves som en større belastning for ansatte enn å bli innleid til en ny virksomhet. I og med at dette kun er en forsøksordning vil de ansatte, hvis man legger **modell 3** til grunn, også risikere å bli virksomhetsoverdratt to ganger i løpet av få år. Etter Legeforeningens syn vil dette utvilsomt påvirke de ansatte og rekrutteringen til DPS negativt.

Legeforeningen mener at innleie i størst grad gjør at de ansattes tilknytning til helseforetakene opprettholdes i forsøksperioden, noe som etter vårt syn vil være med å dempe de negative konsekvenser forsøksordningen vil ha for rekruttering og arbeidsmiljø. Vi mener i tillegg at det vil være en fordel, særlig med tanke på rekrutteringshensyn, om de ansatte som overføres kan beholde de tariffavtaler som gjelder i helseforetak. Dette fordi tariffavtalene for leger i helseforetakene i langt større grad enn det kommunale avtaleverket, er innrettet mot spesialisthelsetjenester og de tjenester som DPS yter. Legeforeningen mener at dette også tilsier at departementet bør velge innleie fremfor virksomhetsoverdragelse.

Nedenfor redegjøres det for Legeforeningens syn på de økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget. Vi vil imidlertid allerede her understreke at vi antar at transaksjonskostnadene ved å gjennomføre forsøksordningen antageligvis vil bli lavere med

modell 2 innleie fremfor modell 3 virksomhetsoverdragelse, i det man her i størst mulig grad opprettholder status quo frem til man får avgjort om kommunal drift med DPS skal bli en permanent ordning.

Vi vil tilføye at modell 2, i likhet med de øvrige foreslåtte modellene, reiser flere rettslige og faktiske problemstillinger. Når det gjelder faktiske problemstillinger som kan oppstå i modell 2, antar Legeforeningen at det at arbeidsgiveransvaret deles mellom helseforetaket og kommunen vil kunne by på noen problemer. Legeforeningen vil be departementet være særlig oppmerksom på hvordan helseforetakene og kommunene organiserer arbeidstidsplanlegging for de innleide arbeidstakerne, samt at man er særlig oppmerksomme på at de ansatte får korrekt lønn i innleieperioden. 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 legene får to arbeidsgivere å forholde seg til.

Finansieringsordninger - administrative og økonomiske konsekvenser

Departementet foreslår at det økonomiske oppgjøret avtales lokalt mellom det enkelte RHF og gjeldende kommune. Legeforeningen slutter seg til vurderingen av at dette synes som den beste av de tre alternativene som departementet har skissert. Det er likevel viktig at en slik avtale tar utgangspunkt i reelle budsjettbehov for den aktuelle poliklinikken og at denne avtalen også sikrer at aktivitetsbasert finansiering fortsatt bidrar til en stimulering av aktivitet.

Departementet foreslår at det lovbestemte sørge for-ansvaret fortsatt skal ligge på RHFet. Samtidig skal kommunens frihet til å organisere tjenestene ivaretas. Det nevnes for eksempel at kommunene skal ha dialog med regionalt helseforetak før det gjennomføres vesentlige endringer i tjenestetilbudet eller organiseringer av dette. Legeforeningen mener at de to hensynene vanskelig kan balanseres og at det er en reell fare for at det i liten grad blir utvikling i tilbudet når dette ansvaret ikke er helt klart plassert hos kommunen eller RHF. Det må klart kommuniseres hvem som ansvaret for å fange opp og møte endrede behov i opptaksområdet. Det virker ikke ideelt at en part har ansvaret for organisering og drift, mens en annen part har ansvaret for finansiering og utvikling av tilbudet til befolkningen.

Legeforeningen mener den foreslåtte ansvarsdelingen vil føre til at forsøkene ikke vil være reelle, da DPSene vil være fristilt fra kommunens prioriteringer mellom sektorer. Denne viktige effekten av kommunal overtakelse synes således å ikke bli målt i forsøket.

Legeforeningen mener at høringsnotatet gjennomgående er basert på et svakt kunnskapsgrunnlag og mangelfulle utredninger og vurderinger. Samtlige fagmiljøer er også sterkt kritiske til forsøket. Vi mener også at de økonomiske og administrative konsekvensene undervurderes (i den grad de er redegjort for) og at et forsøk som det nevnte vil føre til store transaksjonskostnader for tjenesten og de ansatte, samt et dårligere faglig tilbud for en særlig sårbar pasientgruppe.

Forskning og utdanning

Kommunene har i dag ikke noe ansvar for drift eller faglig innhold av verken grunn- eller spesialistutdanning av leger eller annet helsepersonell. Kommunenes plikt til medvirkning i utdanning er et svakt virkemiddel som i liten grad er tatt i bruk. Legeforeningen forutsetter at spesialistutdanningen må foregå innenfor de samme faglige rammer og med samme

rettigheter for leger i spesialisering, både innenfor dagens modell for spesialistutdanning og den nye modellen som nå er under utvikling, inkludert overgangsordninger.

Høringsnotatet omtaler ikke DPS som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering ved overgangen til kommunalt drevet DPS. Beskrivelse av innholdet i kommunens driftsansvar nevner ikke ansvaret som følger av det å være en godkjent utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering. Vi ber om at departementet avklarer dette.

Høringsnotatet omtaler overhodet ikke forskning innenfor psykisk helse- og rus, som er en sentral og lovpålagt rolle for de regionale helseforetakene. Det foregår i dag omfattende forskning innenfor psykisk helse- og rus gjennom helseforetakene. Forskningsmiljøene er ulikt organisert mellom ulike helseforetak og er ofte ikke en integrert del av DPSets linje. Ved et kommunalt driftsforsøk må videreføring av forskning sikres, og ikke bli en salderingspost for et forvaltningsnivå som ikke har tradisjoner for drift av forskning. En eventuelt økt satsing på psykisk omsorgsforskning må ikke skje på bekostning av medisinsk-faglig forskningsinnsats.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)