

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Dykkar ref:

Vår ref:
2016/2925 - 20840/2016

Sakshandamar:
Pål Iden 94839190

Dato:
27.09.2016

Helse Vest - høyringsfråsegn til oppfølging av primærhelsemeldinga mm.

I høringssvaret vel me å uttala oss om forsøksordning om overføring av DPS til kommunane, lovfesting av kompetansekrav i kommunale helse- og omsorgstenester, overføring av ansvaret for tannhelsetenester til kommunane og ansvar for pasient- brukar- og pårørandeopplæring:

Ad punkt 4. Forsøksordning om overføring av DPS til kommunane

Helse Vest tek til etterretning at Stortinget ønskjer ei prøveordning «med overføring av driftsansvar for distriktpsykiatriske senter til kommunar som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse» jfr høyringsutkastet side 61.

Me legg også til grunn at det er heimel i forsøkslova for ei prøveordning slik departementet gjer greie for i høyringsutkastet pkt. 4.6.2.

Vidare vil me seie oss nøgde med den juridiske gjennomgangen og utgreiingane knytt til endringar / tilpassingar av gjeldande lovverk.

Kva gjeld handtering av arbeidsgjevaransvar under prøveordninga, sluttar me oss til departementets vurdering i pkt. 4.6.5.3 der ein går inn for verksemdsoverdraging. Det inneber at prosessen vil følgja regelverket i Arbeidsmiljølova. Det er viktig at dei tilsette sine kollektive pensjonsordningar vert vidareførte slik dette er skissert i høyringsutkastet.

I det vidare vil me kommentera dei framlegga i høyringsutkastet som gjeld gjennomføring av prøveordninga.

1. Føremålet med forsøket

Føremålet med forsøket går fram av vedlegg 1, §2:

Formålet med forsøket er å innhente erfaringer med at kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet, med sikte på mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse.

Formålet med forsøksordningen er videre å skaffe kunnskap om hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene og kunnskap som kan bidra til å utvikle funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer i offentlig forvaltning.

Føremålet er omtalt i generelle vendingar, og peikar ikkje fram mot noko spesifikt mål. Ut i frå det politiske ordsiftet dei siste åra, og framlegg knytt til kommunereforma legg me til grunn at det attom ønsket om ei forsøksordning, ligg ein politisk intensjon om å overføra alle DPSa til kommunane – gitt at røynsleane frå forsøksordninga peikar i den retning.

Det har kome fram mange kritiske kommentarar til ei slik løysing. I denne samanhengen vil me særleg understreka at overføring av DPS til kommunalt nivå kan fungera kontraproduktivt i høve integrasjon mellom tenestene i somatikk, psykisk helsevern og rus i spesialisthelsetenesta. Denne integrasjonen er heilt naudsynt om me skal lukkast med forlenga gjennomsnittleg levealder for pasientar med psykiske lidingar. Helseføretaka i Helse Vest tek denne faglege utfordringa på alvor, mellom anna vert det planlagt for felles mottaksklinikk i fleire av helseføretaka.

Ei forsøksordning med DPS i kommunal regi må gjennomførast slik at det ikkje bidreg til å undergrava sentrale helsepolitiske målsettingar eller fører til at pasientar med alvorlege sinnslidningar i staden for å få tilbod ved DPS slik dei får i dag, i større grad vil bli innlagde i sjukehus grunna endra ressursituasjon i DPS.

Det er viktig at forsøksordninga ikkje fører til større press på sjukehussenger/innleggingar. I dag er det gode beslutningslinjer og rutinar internt i helseføretaka når pasientar skal overførast fra sjukehusnivå til DPS-nivå. Det må ei nærare presisering av de utfordringane ein vil ha når DPS'et vert ei verksemd utanfor HF'et.

Vi saknar også ei beskriving av korleis rammene for eventuell tvangsbruk skal sikrast i eit kommunalt drive DPS.

Føremålet inneheld fleire formuleringar knytt til kva ein er interessert i å finne ut i løpet av forsøksordninga. Dei er alle av generell karakter; meir koordinering, betre samhandling, effektiv ressursutnytting, kunnskap om hensiktsmessig oppgåvedeling, funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer, umoglege å måla utan nærare konkretisering.

Me føreset difor at departementet, i det rammeverket som er tillyst, operasjonaliserer dei nemnde formuleringane slik at det vert lagt eit godt grunnlag for å gjera kunnskapsbaserte samanlikningar mellom eksisterande organisering / driftsform og ordninga som skal prøvast ut. Slike målepunkt må primært dreia seg om kva konsekvensar ein alternativ organisering har å seia for tenestemottakarane / pasientane, som til dømes;

- Betre og meir effektiv behandling
- Smidigare samhandling
- Mindre variasjon i tenestetilbodet
- Omfanget av tilbakefall / rebehandling / reinnleggingar
- Brukartilfredsheit

Det finst for mange døme på at ein ved starten av forsøk ikkje har teke omsyn til korleis resultatet av ordninga skal evaluerast. Konsekvensen har vorte bortkasta ressursar, og at spørsmål knytt til å vurdere ei type organisering / eit type forvaltningsnivå opp mot ei anna framleis vert ståande utan svar.

2. Val av kommunar og DPS

Det vert altså avgjerande at gjennomføringa av prøveordninga kan bidra til å få fram dokumentasjon i høve val av framtidig organisering av den desentraliserte / lokale spesialisthelsetenesta innan psykisk helsevern. Det krev gode resultatindikatorar, men også eit medvite val av deltakarar i forsøksordninga.

Me noterer at høyringsutkastet er uklart når det gjeld kva kriterium som skal liggja til grunn for å identifisera ein kommune med tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse. Ein må lesa

høyringsutkastet slik at dei aktuelle kommunane får ansvar som både gjeld administrasjon, juss, økonomi, fag, planlegging, forskning og utvikling. Me føreset at det ved start av forsøket vert stilt spesifikke krav til kommunane om kva dette inneber, og at aktuelle kommunar må dokumentera kapasitet og kompetanse, til dømes i det kommunale plandokumentet som vert skissert i høyringsutkastet.

Høyringsutkastet nemnar også storleik som eit kriterium for val av kommune. Helse Vest vil her framhalde det som avgjerande at kommunen har høvelege faglege og leiarmessige ressursar. Samstundes er det viktig at DPSet som går inn i forsøket er tydeleg geografisk avgrense og har ein oversikteleg fagleg struktur.

Viktige moment kan vere følgjande:

- Kor mange aktørarar inngår i akuttfunksjonane og korleis er dei organiserte? Same spørsmål gjeld vaktordningar.
- Organisering av tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Ved nokre DPS vil rusbehandling vera fullt integrert (for eksempel Helse Førde). I andre føretak (til dømes Helse Bergen og Helse Stavanger) er tverrfagleg spesialisert rusbehandling ein eigen klinikk med fleire tilhøyrande private / ideelle samarbeidspartar.
- Spesialiserte funksjonar ved DPS jf. nasjonal sjukehusplan s. 32. Nokre DPS har allereie utvikla spesialiserte funksjonar der DPSet har ansvar for heile føretaket sitt opptaksområde. Til dømes Helse Bergen gjeld dette for eMeistring og OCD. Me finn det lite tenleg at DPS med slike funksjonar vert del av ei forsøksordning. Igjen er poenget at slike oppgåver / tiltak ikkje kan sjåast isolerte i eit fagleg og styringsmessig perspektiv. Dei nemnde funksjonane del av forskingsnettverk som er forankra i spesialisthelsetenesta og i universitetssjukehuset.
- Utdanning og godkjenning av spesialistar. Her har me ei reell uro i høve forsøksordninga. Det er ikkje godgjort – så langt – korleis spesialistutdanninga skal handterast innan eit kommunalt drive DPS. Godkjenning av utdanningsinstitusjon, gode rutinar for rotasjon mellom ulike funksjonar, rettleiing og kunnskapsformidling er avgjerande for å sikra rekruttering av spesialistar.
- Ei forsøksordning må leggjast opp slik at eksisterande lokale ordningar ikkje vert skadelidande. Organisatoriske grensesnitt mellom sjukehus og DPS og mellom tilbodet til barn/unge og vaksne er ulike og i utvikling. Forsøksordninga må leggjast opp slika at planlagde endringar vert råka minst mogleg.

3. Gjennomføring og styring av forsøket

Etter vår meining er framlegget til forsøk med organisering av DPS så avgjerande for framtida til psykisk helsevern, at eit nasjonalt prosjekt med overordna felles styring er å føretrekkja. Til dømes slik det er antyda på side 72 i høyringsframlegget: *forsøk av denne karakter vil derfor normalt bli gjennomført innanfor styrte rammer. Dette innebærer at de berørte myndigheter må gå aktivt inn i prosjektutviklingen og ta et medansvar for gjennomføringen av prosjektet.*

Eit nasjonalt styrt prosjekt må ha ei sentral prosjektleiing som innleiingsvis deltek i utvalet av kommunar og DPS. Med utgangspunkt i vår argumentasjon bør ein konsentrera seg om eit mindre tal forsøks-DPS, avgrensa til maksimalt 4 DPS på landsbasis. Val av DPS og kommunar må drøftast med dei ulike RHFa.

I høyringsutkastet er driftsmodellen greitt skildra når det gjeld tilhøvet mellom RHF og aktuell DPS-ansvarleg kommune. Det gjeld også avtalemodell for andre kommunar i det opptaksområdet som inngår i forsøksordninga.

Av høyringsutkastet kan det sjå ut som om at forsøksordninga skal gå over fire år. Me ser på dette som eit minimum om ein ønskjer å få fram gode samanlikningar mellom DPS i spesialisthelsetenesta og DPS drifta av kommunar. Uansett lengda på forsøksordninga er det avgjerande å ha ein form for helsepolitisk kontroll med det som kjem av nye tilbod og andre endringar i psykisk helsevern i forsøksperioden. Ei nasjonal prosjektleiing må bidra til å redusera

faren for ulikskap mellom dei ulike «prosjekta» i prøveordninga. Standardiserte avtalar er naudsynt men i tillegg krevst det overordna styring og prosjektleiing i forsøksperioden.

4. Juridiske betraktningar

Det følgjer av stortingsmelding 14 (2014-2015) *Kommunereforma – nye oppgåver til større kommunar*, at det er et mål å gi meir makt og mynde til kommunane, slik at fleire oppgåver kan løysast nærare innbyggjarane.

Den føreslåtte forsøksordninga inneber å flytte oppgåver til kommunen, medan sørgje for-ansvaret blir liggjande hos det regionale helseføretaket.

Det er bra at det er tydeleggjort i forslaget til avtale at ein kan vedta at forsøket vert avslutta dersom det vert avdekka at det tenestetilbodet som forsøkskommunane tilbyr, ikkje møter kravet om at tenestene skal halde høgt fagleg nivå og følgje anerkjende behandlingsprinsipp. Me saknar likevel ei klargjering av korleis RHFa skal ivareta sitt ansvar for å setta i verk korrigerande tiltak når det vert avdekka at tenestetilbodet som vert tilbydd gjennom forsøksordninga ikkje er god nok, at det ikkje vert sett av tilstrekkeleg midlar til forskning og utviklingstiltak e.l.

5. Oppsummering

Medvite val av deltakarar (DPS og kommune) og god prosjektleiing er etter vår meining dei viktigaste suksesskriteria i forsøksordningar. Me får stadig påminningar om dette. Me kan til dømes minna om at sivilombodsmannen 12. juni 2014 uttalte seg særskild kritisk til forsøksordninga med motorferdsleforsøk (snøscooter i utmark) som også er heimla i forsøkslova. Kritikken gjaldt både omfanget (talet på deltakande kommunar var så stort at det ikkje lenger var tale om eit forsøk) og manglande ressursar knytt til evalueringa.

Me meiner difor at det er god grunn til å uroa seg over følgjande problemstillingar i den omtalte forsøksordninga:

- Manglande kriterium for kommunal deltaking og for definering av omfanget av forsøksordninga (tal DPS)
- Manglande kriterium / indikatorar som gir grunnlag for evaluering og samanlikning etter at forsøket er gjennomført.
- Manglande opplegg for (statleg) styring av forsøksordninga på tvers av RHFa for å hindra ulikskap i gjennomføringa.

Ad punkt 3.2 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstenesta

Helse Vest ser det som eit viktig og rett tiltak å definera krav til formalkompetanse som må finnast i kommunane for å lukkast i den ansvarsoverføringa som trengst om måla i Primærhelsemeldinga skal oppfyllest.

Me er samde i dei kompetansekrava som vert lagt fram i høyringsnotatet.

Me stussar likevel over at kliniske ernæringsfysiologar ikkje er tatt med på lista. Kliniske ernæringsfysiologar er nemnt spesielt på side 17, som viktige bidragsytarar i tverrfaglige behandlingsteam, innan pasient- og pårørandeopplæring og som ressurs for anna helsepersonell. Desse vil være sentrale i å oppnå måla om å redusere blant anna førekomst av ikkje-smittsame sjukdomar, underernæring og andre ernæringsrelaterte sjukdomar og plager.

På side 43 under punkt 3.5.4 vert det sagt at kliniske ernæringsfysiologar vil være viktige bidragsytarar i tverrfaglige team innan pasient- og pårørandeopplæring og som ressurs for anna helsepersonell.

Seinare i høyringsnotatet i punkt 3.3.5 lovforslag om å tydeliggjera kommunane si plikt til å sørgje for naudsynt opplæring av pasientar, brukarar og pårørande. Forslag til lovregulering er (forslag til endring i kursiv): "sikre samhandling og at tenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient

og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpassa den enkeltes behov"

I forslaget er kliniske ernæringsfysiologar ikkje inkludert som ein del av minimumskompetanse som kommunane skal knytte til seg under punkt 3.2.5.

- Samhandling mellom spesialist- og primærhelsetenesta for å dekke behovet for heilskapleg behandling gjennom heile pasientforløpet, krev at det finnes personar med denne kompetansen begge stader.
- I 2009 gav Helsedirektoratet «Retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring» og i 2012 «Kosthåndboken», ein rettleiar til ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstenestene. Begge med viktige føringar for spesialist- og primærhelsetenesta og desse føringane viser tilsyn frå Helsetilsynet at ein ikkje er i mål med. Klinisk ernæringsfysiolog kan bidra til i større grad å ivareta desse føringane.
- Ernæring er vorte nytt innsatsområde i det nasjonale Pasienttryggleiksprogrammet og det kjem til komme tydelege og tøffe krav til spesialist- og primærhelsetenesta i forhold til å følgje opp pasientane sin ernæringsstatus, gje ernæringsbehandling mv.
- Pasientar i ernæringsmessig risiko vert oftare reinnlagt i sjukehus enn pasientar som ikkje er i ernæringsmessig risiko (Tangvik, R, 2014). Desse dataene viste også at pasientane er lengre innlagt, er sjukare og har høgare dødsrisiko.

Helse Vest anbefaler difor at også kliniske ernæringsfysiologar vert inkludert i den kommunale helse- og omsorgstenesta på same måte som psykolog, ergoterapeut, tannlege og tannpleier, referanse til punkt 3.2.5 (s.28).

Pkt 5 Overføring av ansvaret for tannhelsetenester frå fylkeskommunane til kommunane.

Helse Vest finn det betimeleg at ansvaret for tannhelsetenester no vert overført frå fylkeskommunane til kommunane.

Etter at ansvaret for spesialisthelsetenestavart flytt frå fylkeskommunane til dei regionale helseføretaka, har tannhelsetenesta vore den einaste helsetenesta som ligg att i fylkeskommunen. Det er ønskeleg at tannhelsetenesta framover vert ein betre integrert del av den samla helsetenesta, og då er det også ein føresetnad at denne tenesta også vert styrt og organisert jamsides med den øvrige helsetenesta.

Me er samd i at kommunen sitt ansvar vert foreslått regulert i helse- og omsorgstenestelova, mens pasienten sine rettar vert foreslått regulert i lov om pasient- og brukarrettar.

Ansvarsdelinga er på somme område i dag noko utydeleg mellom fylkeskommunen og spesialisthelsetenesta.

Dessutan bør det gjerast ein fornya grenseoppgang mellom kva som skal reknast som allmenne tannhelsetenester, lokalisert til kommunane og kva som bør reknast som spesialisttenester.

Før ansvarsoverføringa til kommunane vert sett i verk, meiner Helse Vest at det bør gjennomførast eit arbeid kring kva for funksjonar innan tannhelsetenesta som bør definerast som spesialisthelsetenester etter samme mønster som for andre helsetenester.

Kompetanse og ressursar knytt til spesialiserte tannhelsetenester bør plasserast i spesialisthelsetenesta for å sikre naudsynt styring prioritering og tverrfagleg samarbeid med andre spesialisthelsetenester.

Ad punkt 3.5 Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørandeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstenesta

Helse Vest støttar forslaga i primærhelsetenestemeldinga under dette punktet. Me ynskjer likevel å understreka den lange og gode erfaringa spesialisthelsetenesta har med Lærings og mestringsarbeid i blant anna Lærings- og Mestringssentra (LMS), og vidare korleis me tenker oss effektive Lærings og mestringsnettverk som inkluderer denne verksemda både i primær og spesialisthelsetenesta.

Det vert understreka at pasient og pårørandeopplæring bør inngå i eit heilskapleg forløp, på tvers av nivåa i helse- og omsorgstenesta. Dette er me samde i. Erfaringa vår er at ein del av opplæringsarbeidet som starter i spesialisthelsetenesta ikkje vert vidareført i primærhelsetenesta. Derfor har mange av sjukehusa i Helse Vest etablert, eller held på å etablere, samarbeidsavtalar mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta for nettopp å sikre eit effektivt, gjensidig forpliktande og godt forankra samarbeid om lærings og mestring. Spesialisthelseteneste har ei rettleiingsplikt som er nedfelt i Lov om spesialisthelseteneste og den plikta kan formidlast inn i LM nettverket. Spesialisthelsetenesta på si side treng betre kunnskap om kva behov pasientar og pårørande har, der dei bur. Over tid vil slike LM-nettverk bidra med viktig kunnskaps- og erfaringsutveksling som vil komme pasientar og pårørande til gode.