



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**



## **Kommunalisering av de distriktpsykiatriske sentrene er feil kur**

Regjeringen ønsker å etablere en forsøksordning med å la noen kommuner overta driftsansvar for distriktpsykiatriske sentre (DPS) fra sykehusene. Formålet er å få erfaring med at større kommuner får et samlet driftsansvar for psykiske helse- og rustjenester. Departementets begrunnelse er *mer effektiv ressursutnyttelse, bedre samhandling og mer koordinerte tjenester*. Legeforeningen, Psykologforeningen og Mental Helse Ungdom deler målsettingene, men mener virkemiddelet er uegnet. Innsatsen for pasienter innen psykisk helse og rus trenger et reelt løft. Å gjennomføre en strukturell reform gjennom overføring av driftsansvaret til kommunen vil ha store ulemper og risiko som klart overstiger mulige positive konsekvenser. Slik bildet er i dag er risikoen og omkostningene ved et slikt forsøksprosjekt så stor at det må unngås.

### **Legeforeningen, Psykologforeningen og Mental Helse Ungdom mener:**

- Kommunalisering av DPSene vil svekke helhetlig oppfølging i spesialisthelsetjenesten.
- Konstruksjonen med skille mellom driftsansvar og sørge- for ansvar bryter med intensjonene i gjeldende lovgivning.
- Kommunalisering av DPSene vil gi negative konsekvenser for fagutviklingen og rekruttering av nødvendig kompetent helsepersonell.
- Dårlig samhandling må bedres med målrettede virkemidler, ikke med mer byråkrati, nye organisatoriske skiller, og større avstand til øvrig spesialisthelsetjeneste.
- Lær av DPS'er og kommuner som faktisk har fått til et samarbeid og god koordinering gjennom å videreutvikle aktivt oppsøkende behandlingsteam – ACT-team.

### **Bakgrunn**

Legeforeningen, Psykologforeningen, og Mental Helse Ungdom deler regjeringens ønske om bedre og mer koordinerte psykisk helse- og rus-tjenester. Vi er også positive til at mulige reformer piloteres og evalueres. Vi mener likevel at et langt bedre alternativ enn en kompleks strukturell reform vil være å rette blikket mot de som allerede får det til å virke og lære av disse. Det foreligger mange erfaringer og resultater fra kommuner og sykehus som lykkes å tilby gode, samtidige, og effektive tjenester. Vi mener det lar seg gjøre å sikre bedre tjenester uten å flytte DPS til kommunalt nivå. Det er såpass mange kritiske faktorer regjeringen ikke adresserer som gjør at et slikt tiltak skaper flere utfordringer enn det løser.

### **Bryter ned sårbare fagmiljø**

Det har tatt år å bygge opp psykiske helsetjenester på spesialistnivå med de strukturer og den erfaringsbasen de har i dag. Fra fagmiljøene i psykisk helsevern formidles det at oppbyggingen av spesialisthelsetjenesten ennå ikke er ferdig. I dag er det fortsatt slik at du kan bli henvist til spesialisthelsetjenesten i psykisk helse, og risikere at du aldri får møte en spesialist. Framskrivninger viser også at vi i fremtiden vil ha mangel på spesialister. Virkemidler som kan destabilisere personellsituasjon og kompetanse innebærer derfor høy risiko for negative effekter som svekker god pasientbehandling.

### **Gir uklare roller og ansvar**

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. Regjeringens forslag, slik det fremstår, innebærer å flytte en stor del av spesialisthelsetjenesten vekk fra HF-ene til kommuner, mens RHF skal beholde det formelle «sørge for»-ansvaret. HOD forutsetter et tett faglig samarbeid mellom sykehus og kommunalt drevet DPS, uten å problematisere eventuelle konsekvenser modellen vil kunne få for samarbeidet. Kommunale DPS vil gi en uønsket avstand til resten av det psykiske helsevernet i spesialist-helsetjenesten. Dette vil sannsynlig føre til svekket samarbeid og nye koordineringsutfordringer. Videre vil avstanden fra det resterende psykiske helsevernet sannsynligvis fungere som en driver, og føre til at kommunen tar i bruk flere akuttinnleggelses på sykehus. Samarbeidet mellom DPS og somatisk spesialisthelsetjeneste vil svekkes for en pasientgruppe med betydelig somatisk oversykkelighet og dødelighet.

### **Betydelige administrative og personellmessige omkostninger**

En forsøksordning som foreslått vil stille krav til betydelige avtaleprosesser dersom arbeidsgiveransvaret skal overføres til kommunene. Videre vil tiltaket ha personellmessige konsekvenser langt utover ressursinnsatsen knyttet til avtaletilpasninger. Forsøksordningen vil ventelig medføre at nøkkelpersoner søker seg bort, med påfølgende behov for nyrekrutteringer og kompetansebygging. Man åpner en klar risiko for svekkelse av fagmiljøer bygget opp over lang tid.

### **Behov for videreutvikling av de kommunale tjenestene**

Kommunene skal forebygge, skape helsefremmende lokalsamfunn, og følge opp psykisk syke. Rask intervensjon og kontinuerlig oppfølging er nødvendig for å sikre at mennesker med psykiske lidelser opplever helhetlig og sammenhengende behandling. Kommunene må også sikres rammebetingelser slik at de som er i fare for å utvikle psykiske lidelser blir ivaretatt.

### **Gode løsninger er allerede etablert og må videreutvikles**

Etter opptrappingsplanen for psykisk helse og en desentralisert utfasing ligger DPS godt fremme i å utvikle tjenester tilpasset brukernes behov. Diskusjonen om kommunale DPS er derfor en diskusjon om hvor langt en desentralisert spesialisthelsetjeneste kan gå, uten at det går utover pasientenes tilbud. Videre skal DPS gi tilbud til pårørende inkl. barn som pårørende, samt veilede kommunen. Andre kjerneoppgaver er praktisering av fag- og kvalitetsutvikling, klinikknær forskning og utdanning av helsepersonell. Eksempler på fag- og kvalitetsutvikling som kan settes i spill ved kommunal drift av DPS er: *Redusert og riktigere bruk av tvang, kortere og færre døgnopphold, arbeide mer ambulant, døgnkontinuerlig akutt beredskap, brukerstyrte senger, og medisinfrie tilbud.*

### **Bedre samhandling -Aktiv oppsøkende behandling -ACT- team**

Legeforeningen, Psykologforeningen og Mental Helse Ungdom mener utfordringene knyttet til samhandling i psykisk helse kan løses bedre med andre tiltak. Det finnes en rekke eksempler på kommuner og DPS som allerede har funnet gode samhandlingsformer. En forutsetning for å lykkes er at kommunene sammen med DPS finner frem til løsningene lokalt ut fra hva som passer på det enkelte sted. Ett eksempel på en samhandlingsmodell er aktivt oppsøkende behandlingsteam - ACT-team. Disse består av representanter fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. De utgjør et veldokumentert bindeledd mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og de kan tilby en langt mer målrettet løsning på samhandlingsutfordringene enn kommunal drift av DPS.