

Kommunalt DPS er en dårlig idé



MISTER MAKT Kommunale DPS kan få problemer med å forvalte ansvaret for likeverdige helsetjenester til befolkningen, mener Mats Larssen. Faksimile fra Psykologtidsskriftet 6/2015

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker en prøveordning der enkelte kommuner overtar driften av distriktpsikiatriske sentre. Det svekker de regionale helseforetakenes mulighet til å forvalte sørge-for-ansvaret.

TEKST

Mats Larssen

PUBLISERT 1. juli 2016

ORGANISERING AV DPS

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å prøve ut en ordning der enkelte kommuner skal overta driften av DPS-er (distriktpsikiatriske sentre). Formålet med dette er «å se DPS-tjenestene som en større del av et større og samlet offentlig tilbud til pasienter med psykiske helseproblemer, som regionale helseforetak og kommuner samlet sett har ansvar for». De ønsker også å få «erfaringer med at noen større 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».

Hensikten er god. Likevel er forslaget problematisk av mange grunner, og det er vanskelig å se at forslaget vil løse noen av de problemene vi har i dag.

Hovedproblemet

Hovedproblemet med forslaget er at det reduserer de regionale helseforetakenes mulighet til å forvalte sørge-for-ansvaret. Dette ansvaret handler om å levere helsetjenester til befolkningen i sitt opptaksområde, et ansvar som sikrer at befolkningen får likeverdige helsetjenester uavhengig av faktorer som kjønn, religion, geografi med mer. Dette ansvaret forvaltes gjennom å planlegge og iverksette planer og strategier, for deretter å evaluere nevnte planer og strategier, for så å eventuelt korrigere dem.

Å forvalte dette ansvaret betinger at man har makt til å forvalte det. Uten makt sitter man igjen med et ansvar, men man sitter også i en håpløs posisjon der man kan holdes ansvarlig for noe man ikke har makt til å endre. Det argumenteres for at det i kontrakten mellom kommunen og det regionale helseforetaket skal bygges inn mekanismer som gir nødvendig makt til å forvalte sørge-for-ansvaret selv om driftsansvaret er i kommunen. Men det er vanskelig å se for seg hvordan dette kan gjøres på et vis som ikke svekker muligheten til å forvalte dette ansvaret.

Krevende og svekkende

Forsøksordningen som foreslås, vil også være krevende å administrere, både økonomisk og administrativt. Det må blant annet gjøres et betydelig arbeid hos kommunene og spesialisthelsetjenesten for å lage rammeverket for at noe slikt skal være mulig. Å virksomhetsoverdra de ansatte fra helseforetakene og til kommunen (og eventuelt tilbake igjen når forsøket opphører) er også et krevende arbeid, der blant annet tariffavtaler kanskje må (re)forhandles. Tiden og ressursene dette vil ta, kan med fordel brukes på andre områder.

Det er også rimelig å stille spørsmål om en slik ordning vil bidra til å svekke en rekke av de satsingene spesialisthelsetjenesten allerede har satt inn ressurser på, slik som prioriteringsregelen innenfor psykisk helsevern og TSB, redusert og riktig bruk av tvang, medisinfrie tilbud, kortere og færre døgnopphold, oppbygging av ambulante tjenester, med mer. Dette er satsinger som ikke kan gjøres av et DPS alene fordi de krever samarbeid på tvers av enheter, og ved å sette DPS ut til kommunen kompliseres dette arbeidet.

Det er også mulig at en slik ordning vil svekke de satsingene som kommunene har gjort de siste årene. Blant annet har det vært gjort et betydelig arbeid knyttet til kompetanseheving i kommunene, både hos fastlegene, ved å ansette kommunepsykologer og i andre deler av tjenestetilbudet. Formålet med dette har vært å jobbe bedre forebyggende og gi befolkningen rask og effektiv hjelp når de har behov for det, uten å henvise til spesialisthelsetjenesten. En overføring av DPS til kommunen kan gjøre at disse satsingene blir nedtonet, og at ansvarslinjene mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten blir enda mer utydelig.

Koordinert og sammenhengende

I noen tilfeller er det behov for bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for å sikre et godt nok tilbud. Men realiteten er at de fleste som får hjelp ved et DPS, får tilbud om psykoterapi (enten individuelt eller i gruppe). Disse menneskene har i liten grad behov for koordinering av tjenester på tvers av kommuner og spesialisthelsetjenesten. De får, ideelt sett, den hjelpen de har behov for ved sitt DPS, og når de er avsluttet fra DPS, følges de opp av fastlegen sin – i den grad det er behov for videre oppfølging.

For de menneskene som faktisk har behov for et bedre koordinert og sammenhengende tilbud, finner vi at det allerede har skjedd mange endringer til det bedre de siste årene, blant annet med satsingen på (F)ACT-team og andre tiltak. Flere har pekt på at skal man lykkes med dette arbeidet, er det viktig med en sterkere satsing på – og klarere organisering av – de kommunale tjenestene, og en tydelig rollefordeling mellom spesialist- og kommunal helsetjeneste (se f.eks. AFI 2014 – Samspill eller svarteperspill). Det hadde vært mer hensiktsmessig å forsterke dette arbeidet framfor å forsøke seg på en strukturreform som risikerer å skape flere problemer enn den løser. For det forsøket som nå foreslås, fremstår mest av alt som å skyte spurv med kanoner.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 7, 2016, side 564-565

TEKST

Mats Larssen, konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst