



Rapport 2019/19 | Drammen kommune



ARNTZEN
DE BESCHE



Forsøk med kommunal overtakelse av driftsansvaret for Drammen DPS

Muligheter og utfordringer

Anette Kristiansen, Ingeborg Rasmussen, Ingeborg Moen Borgerud og Bente Langsrud Vive

Dokumentdetaljer

Tittel	Forsøk med kommunal overtakelse av driftsansvaret for Drammen DPS
Rapportnummer	2019/19
ISBN	978-82-8126-415-1
Forfattere	Anette Kristiansen, Ingeborg Rasmussen, Ingeborg Moen Borgerud, Bente Langsrud Vive
Prosjektleder	Anette Kristiansen
Kvalitetssikrer	Ingeborg Rasmussen
Oppdragsgiver	Drammen kommune
Kilde forsidefoto	Pexels.com
Dato for ferdigstilling	22. mai 2019
Tilgjengelighet	Offentlig

Om Vista Analyse

Vista Analyse AS er et samfunnsfaglig analyseselskap med hovedvekt på økonomisk utredning, evaluering, rådgivning og forskning. Vi utfører oppdrag med høy faglig kvalitet, uavhengighet og integritet. Våre sentrale temaområder omfatter klima, energi, samferdsel, næringsutvikling, byutvikling og velferd.

Våre medarbeidere har meget høy akademisk kompetanse og bred erfaring innenfor konsulentvirksomhet. Ved behov benytter vi et velutviklet nettverk med selskaper og ressurspersoner nasjonalt og internasjonalt. Selskapet er i sin helhet eiet av medarbeiderne.

Om Arntzen de Besche

Arntzen de Besche er et ledende advokatfirma med kontorer i Oslo, Stavanger og Trondheim. Selskapet har 170 medarbeidere, som bistår norske og internasjonale selskaper, myndigheter og organisasjoner med å forenkle kompliserte transaksjoner, gjennomføre krevende forhandlinger og løse tvister. Arntzen de Besche har siden 1870 vært med på å forme rettsutviklingen i Norge, og har i dag et ledende fagmiljø innen forretningsjus og prosedyre. Selskapet har spisskompetanse innen arbeidsrettslige spørsmål.

Forord

På oppdrag fra Drammen kommune har Vista analyse og Arntzen de Besche undersøkt mulighetene og utfordringene som ligger i å inngå i forsøk med kommunal overtakelse av driftsansvaret for Drammen Distriktpsykiatriske senter (DPS). Vista Analyse har vært hovedleverandør, mens Arntzen de Besche har bidratt med juridiske vurderinger.

Arbeidet er gjennomført av Anette Kristiansen og Ingeborg Rasmussen i Vista analyse. Ingeborg Moen Borgerud og Bente Langrud Vive i Arntzen de Besche har bistått med juridiske vurderinger. Arbeidet startet opp i slutten av mars 2019 og er slutført 22. mai samme år.

Vi takker Glenny Jelstad og Brynjar Thorgersen Nyborg i Drammen kommune for et spennende oppdrag, god dialog og prosess.

22. mai 2019

Anette Kristiansen

Prosjektleder

Vista Analyse AS

Innhold

Sammendrag.....	7
1 Innledning	11
1.1 Avgrensning og metode	11
1.2 Rapportens oppbygging	11
2 Psyisk helsevern	12
2.1 Om DPS	12
2.2 Om kvaliteten i psykisk helsevern	12
3 Gjennomgang av departementets føringer for forsøket	14
3.1 Bakgrunn for forsøket	14
3.2 Innretning av forsøket	15
3.3 Tre potensielle modeller	15
3.4 Finansiering i forsøksperioden	17
4 Drammen DPS.....	19
5 Om kommunale tjenester innenfor rus og psykiatri i nye Drammen.....	21
5.1 Tjenesteinnhold og organisering	21
5.2 Strategi for tjenesteutvikling helse og sosialpolitikk	21
5.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	22
6 Vurderinger	23
6.1 Juridiske vurderinger	23
6.2 Økonomiske vurderinger	25
6.3 Organisatoriske vurderinger	28
7 Muligheter og utfordringer ved forsøksdeltakelse.....	32
7.1 Ekspertutvalgets vurderinger	32
7.2 Våre vurderinger	32
8 Veivalg - oppsummert.....	35
8.1 Overta driftsansvaret for DPSet eller for deler av DPSet	35
8.2 Valg av modell for ansatte ved inngåelse i forsøket	35
8.3 Hensiktsmessig finansiering i forsøksperioden	36
8.4 Muligheten for å organisere tjenestene i forsøksperioden	37
8.5 Stå utenfor forsøket	37
Referanser	38
Tabeller	
Tabell 4.1 Befolkningsgrunnlaget for DPSet i Vestre Viken.....	19
Tabell 4.2 Tall for behandling i DPS i Vestre Viken, 2015- tall (Samdata).....	20

Sammendrag

Forsøksdeltakelse kan gi mulighet for bedre tilgang til DPS-tjenester, hensiktsmessig ressursbruk og dimensjonering av tjenestetilbudet, bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten og økt kunnskap gjennom forsøksdeltakelse.

Det er likevel et spørsmål om dette vil være mulig i praksis gitt finansielle og organisatoriske føringer og bindinger. Dersom kommunen går videre i arbeidet med forsøksdeltakelse krever dette at flere uavklarte forhold avklares. Disse handler om hvilke område DPSet skal dekke, hvilke oppgaver DPSet har i dag og for hvem, finansiering av tjenestene nå og framover, grad av frihet til å organisere det samlede tilbudet og hvilken avtalemodell som bør velges for de ansatte.

Gode muligheter for læring og sannsynlighet for varige endringer i ansvaret for DPS krever nok også at det inngår et visst antall kommuner i forsøket.

Ny kommune – nye oppgaver?

Fra 1. januar 2020 blir Drammen, Nedre Eiker og Svelvik en sammenslått ny kommune, nye Drammen med cirka 100 000 innbyggere. I den forbindelse ønsker kommunen seg flere, større oppgaver i tråd med intensjonene i kommunereformen.

Nye Drammen vurderer derfor å søke om deltakelse i forsøk med overtakelse av driftsansvaret for Drammen DPS. Denne rapporten inngår som en del av beslutningsgrunnlaget.

Om forsøket

I oppgaveoverføringsmeldingen i forbindelse med kommunereformen ble kommunene invitert til å delta i et forsøk med kommunal overtakelse av driftsansvaret for DPS. Sørge-for-ansvaret skal forbli i spesialisthelsetjenesten i forsøksperioden.

Formålet med forsøksordningen er å undersøke om et kommunalt driftsansvar for tjenesten kan bidra til bedre koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. Formålet med forsøksordningen er også å fremskaffe kunnskap om hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene. I tillegg skal partene forhandle frem og nedtegne konkrete målsetninger med forsøket i sitt geografiske område.

Inntil 30 kommuner kan inngå i forsøket. Det er ikke satt noe nedre grense for deltakelse eller noe frist for oppstart med forsøket.

I forsøksperioden har kommunen ansvar for:

- budsjett og økonomisk resultat
- kvalitet
- pasientsikkerhet
- arbeidsgiveransvar
- ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser

- koordinering med andre tjenester
- at virksomheten drives i henhold til avtaler med regionalt helseforetak og gjeldende lov- og regelverk
- resultatansvar for målkrav og kvalitetsindikatorer

Det kommunale driftsansvaret skal utøves etter avtale med RHF. Avtalen skal gi kommunen myndighet til å organisere de samlede spesialisthelsetjenestene i DPSet og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Avtalen skal også sikre at DPSet kan fortsette å tilby og *utvikle* spesialiserte tjenester.

Muligheter og utfordringer

Nye Drammen ønsker seg flere statlige oppgaver etter kommunesammenslåingen. I tillegg til ønsket om flere oppgaver, kan det også være andre årsaker til at nye Drammen bør vurdere prosjektdeltakelse. I vår gjennomgang finner vi følgende muligheter ved forsøksdeltakelse:

- Bedre tilgang til DPS-tjenester
- Hensiktsmessig ressursbruk og dimensjonering av tjenestetilbudet
- Bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Økt kunnskap gjennom forsøksdeltakelse

Utfordringer ved forsøksdeltakelse synes å være:

- Lite kommunal frihet når det kommer til stykke.
 - Det er foreslått et budsjettet for DPS svarende til eksisterende nivå til tross for krav om utvikling og mål om å flytte mer behandling ut av sykehuset.
 - Midler i kommunen bindes opp.
 - Det er også et spørsmål om kommunen står spesielt fritt hva gjelder organisering. Siden sørge-for-ansvaret forblir i helseforetaket, vil helseforetakets ord veie tungt hva gjelder organisering og innretning av tjenesten.
- Lav oppslutning om forsøket i kommune-Norge vil gi dårligere læringsutbytte, mulighet for samarbeid og robusthet i forsøket med tanke på permanent oppgaveoverføring.

Nødvendige avklaringer og veivalg

DPSet sitt nedslagsfelt

Utgangspunktet for forsøket er at DPSet skal dekke det samme geografiske området som i dag. DPSet dekker i dag to kommuner som ikke inngår i nye Drammen. Lier forblir som i dag, mens Sande slår seg sammen med Holmestrand som dekkes av et annet helseforetak. Det er et spørsmål om Drammen DPS skal dekke det samme geografiske området også etter kommunesammenslåingene i en ev. forsøksperiode. Skal Drammen DPS dekke samme område krever dette avtaler med Helse Sør-Øst RHF/Vestre Viken HF, Lier og Sande og avklaringer med Sykehuset i Vestfold som betjener Holmestrand.

Valg av modell for ansatte i forsøksperioden

Modell for ansatte må avklares. HOD mener at en modell basert på virksomhetsoverdragelse er det beste alternativet. Dette fordrer imidlertid at den del av virksomheten som overføres er en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen. Hvorvidt det foreligger en virksomhetsoverdragelse – med de rettsvirkninger arbeidsmiljøloven angir – avhenger av hva som faktisk overføres til kommunen. Dersom Drammen DPS splittes, er det ikke gitt at den delen av DPSet som overføres fortsatt vil være en selvstendig enhet med samme identitet. Valg av modell vil derfor blant annet avhenge av om hele eller deler av DPSet overføres, herunder om DPSet skal dekke det samme geografiske området som i dag. Alternativet til en virksomhetsoverdragelse er å velge en modell med utleie av ansatte fra helseforetaket.

Finansiering i forsøksperioden

Det legges i bakgrunnsdokumentene opp til å overføre samme ramme for driften som det som ble brukt i året forut for forsøksdeltakelse. Samtidig heter det at DPSet skal utvikles og Vestre Viken HF skriver i sin årsrapport for 2017 at det er et mål å flytte mer behandling ut av sykehusene. Finansieringen av DPSet må avstemmes med forventningene til DPSet. Det må også avklares hvilke føringer som ligger hva gjelder øremerking av kommunale midler. Det er ikke avsatt omstillingsmidler i forsøket, midler til drift av forsøket, til rapportering eller til egenandel ved skader. Dette vil trolig innebære at nye Drammen vil måtte bruke en del av egen ramme for rigging, gjennomføring og rapportering i forsøksperioden.

Organisering i forsøksperioden

Hvorvidt kommunen har frihet til å organisere tjenestene som kommunen synes best, må undersøkes nærmere og utdybes i en ev. avtale. Siden sørge-for-ansvaret forblir i helseforetaket, vil helseforetakets ord veie tungt med hensyn til organisering av tjenestene.

Forsøkets robusthet og mulige læringsutbytte

Kommunen ønsker seg flere statlige oppgaver. På bakgrunn av dette kan det være uheldig å si nei til forsøksdeltakelse. Man mister en mulighet for kompetanseutvikling og tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Nye Drammen må likevel vurdere om den vil være med i et forsøk med de rammebetingelsene som er gitt og om ikke andre kommuner deltar. Uten flere kommunedeltakere mister man muligheten for sammenligning og muligheten for å lære av hverandre. Deltakelse vil også kreve stor innsats fra kommuneadministrasjonen. Kommunen må vurdere om det er verdt dette uten at forsøket samlet er såpass robust at det utgjør et godt grunnlag for å vurdere ev. permanent overføring av oppgaver til kommunen.

1 Innledning

Fra 1. januar 2020 blir Drammen, Nedre Eiker og Svelvik en sammenslått ny kommune, nye Drammen med cirka 100 000 innbyggere. I den forbindelse ønsker kommunen seg flere, større oppgaver i tråd med intensjonene i kommunereformen.

Nye Drammen vurderer derfor å søke om deltakelse i forsøk med overtakelse av driftsansvaret for Drammen DPS. Denne rapporten er ment å være et bidrag til vurderingen.

1.1 Avgrensning og metode

Dokumentstudier er viktigste metode for rapporten. Samtlige bakgrunnsdokumenter for forsøket er studert. Videre er det innhentet skriftlig informasjon om nye Drammen, Drammen DPS, årsrapport fra Vestre Viken HF og sentrale dokumenter oversendt fra Drammen kommune. Arbeidsmiljøloven, Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har naturlignok også vært viktige kilder i utredningsarbeidet.

1.2 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 omtales psykisk helsevern og DPS spesielt. I kapittel 3 gjennomgås innholdet i forsøket. Kapittel 4 omtaler kort Drammen DPS. I kapittel 5 gis en kort gjennomgang av tjenestetilbudet i nye Drammen rettet mot brukergruppen rus og psykiatri. I kapittel 6 omtales juridiske, økonomiske og organisatoriske vurderinger. I kapittel 7 gjennomgås muligheter og utfordringer ved forsøksdeltakelse. I kapittel 8 oppsummerer vi og peker på veivalg og forhold som må avklares.

2 Psyisk helsevern

Tjenester til brukere med utfordringer innenfor rus og psykiatri gis både i kommunenes helse-, omsorg- og sosialtjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Tjenester i kommunen gis etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Psykisk helsearbeid i kommunen omfatter forebygging, kartlegging, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon.

Tjenester i spesialisthelsetjenesten gis etter Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Med psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten menes undersøkelse og behandling av mennesker med psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever. Loven regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungen psykisk helsevern, både i institusjon og ved poliklinisk behandling.

Det er allerede stilt krav om samarbeidsavtaler mellom kommuner og DPS i nærmere 15 år. Avtalene omfatter rutiner for utskriving, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan, kompetansehevende tiltak mv. Det er blant annet stilt krav om at DPS skal bistå den kommunale helse- og omsorgstjenesten med råd og veiledning.

2.1 Om DPS

DPS ble etablert på landsbasis under Opptappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008), og er fortsatt under faglig oppbygging ifølge bakgrunnsdokumentene for forsøket. Et DPS har ansvaret for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område. De fleste pasienter henvises til DPS fra lege/fastlege. Psykologer kan også henvise.

DPS har ansvar for å behandle alle typer alvorlig psykiske lidelser. Alle DPS skal i tillegg ha tilbud om tjenester til rusavhengige. Om lag halvparten av landets psykiatere og flertallet av landets psykologspesialister jobber i DPS. Om lag 85 prosent av den polikliniske behandlingen skjer i dag ved DPS.

Nær alle DPS er godkjent for bruk av tvang. Bruk av tvang utgjør en begrenset del av virksomheten. Fire prosent av innleggelsene ved DPS skjer ved tvang.

Finansieringen av det statlige psykiske helsevernet skjer over basisbevilgningen til de regionale helseforetakene og noe aktivitetsbasert refusjon. Den aktivitetsbaserte refusjonen utbetales gjennom ISF-ordningen. I tillegg bevilges det noen relativt små beløp til ACT-team og kompetansehevende tiltak. De totale driftskostnadene ekskl. pensjonskostnader for alle DPS i spesialisthelsetjenesten var om lag 7,5 mrd. kroner i 2014 ifølge tall fra Samdata.

2.2 Om kvaliteten i psykisk helsevern

Det er utarbeidet flere kvalitetsindikatorer for helsetjenesten. Indikatorene er ment å uttrykke hvordan kvaliteten på tjenestetilbudet er.

En av kvalitetsindikatorerne er gjennomsnittlig ventetid fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til helsehjelpen har startet for voksne i psykisk helsevern. I 2018 ventet pasientene i gjennomsnitt i 47 dager. I Helse Sør-Øst RHF var den gjennomsnittlige ventetiden 48 dager. Vestre Viken Helseforetak hadde en gjennomsnittlig ventetid på 46 dager. Ventetiden i Drammen, psykiatrisk avdeling

oppgis å være 38 dager. Samtlige av de andre DPSene i Vestre Viken har lenger ventetid enn Drammen psykiatrisk avdeling hvor Drammen DPS inngår.¹

En annen kvalitetsindikator viser hvordan fastlegene vurderer DPS. Sist undersøkelse ble gjennomført i 2014. Undersøkelsen er også gjennomført i 2006, 2008 og 2011. I store trekk viser resultatene i denne undersøkelsen at det er en positiv utvikling på nasjonalt nivå, men at det går langsomt.

På området tilgjengelighet er det tilbakegang. Fastlegene mener DPS har blitt dårligere på å ta fastlegens vurderinger på alvor. Fastlegene mener at DPSene avviser flere henviste pasienter. Det er særlig i Helse Sør-Øst at denne tilbakegangen viser seg. Ifølge Dagens medisin avviser psykisk helsevern for voksne 30 prosent av henvisningene de får.²

Det er også utviklet kvalitetsindikatorer for rusbehandling. Den gjennomsnittlige ventetiden til tverrfaglig spesialisert rusbehandling på landsbasis var 35 dager. Helse Sør-Øst RHF rapporterte lengst gjennomsnittlig ventetid med 38 dager. Vestre Viken HF har en ventetid på 39 dager. Vestre Viken, Drammen, psykiatrisk avdeling oppgis å ha en ventetid på 35 dager.

Indikatoren tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne angir antall pasienter over 16 år i institusjon for døgnopphold i psykisk helsevern for voksne med minst ett tvangsmiddelvedtak. I siste oppgitte måling i 2018, foretatt i mai-august, var det ingen med slike vedtak i Vestre Viken Drammen sykehus, DPS.

Kvalitetsindikatorene gir et inntrykk av pressede tjenester. Pasienter i kritiske livssituasjoner venter mange dager på behandling og flere pasienter avvises. Dette er viktig informasjon for kommunen når den skal vurdere overtakelse av et DPS. Uten tilstrekkelige rammer i utgangspunktet blir det vanskelig å oppnå et kvalitativt godt tjenestetilbud.

¹ https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=ventetid_psykisk_helsevern_voksne

² <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/08/15/disse-avviser-mest-og-minst/>

3 Gjennomgang av departementets føringer for forsøket

3.1 Bakgrunn for forsøket

I meldingen om kommunereformen foreslo regjeringen å opprette et forsøk hvor kommuner overtar driftsansvaret for DPS. Innholdet i forsøket er utdypet i «Forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS)» fra Helse- og omsorgsdepartementet med vedlegg.

Driftsansvaret innebærer ansvar for:

- budsjett og økonomisk resultat
- kvalitet
- pasientsikkerhet
- arbeidsgiveransvar
- ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser
- koordinering med andre tjenester
- at virksomheten drives i henhold til avtaler med regionalt helseforetak og gjeldende lov- og regelverk (psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven m.m.).
- resultatansvar for målkrav og kvalitetsindikatorer

Sørge-for-ansvaret skal forbli i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal altså fortsatt ha ansvaret for:

- å planlegge,
- å gjennomføre planer og tiltak,
- å evaluere gjennomføringen
- og korrigere uforsvarlige forhold.

Formålet med forsøksordningen er å undersøke om et kommunalt driftsansvar for tjenesten kan bidra til et bedre og mer helhetlig tilbud til brukerne. Målet er bedre koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. Formålet med forsøksordningen er også å fremskaffe kunnskap om hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene. I tillegg skal partene forhandle frem og nedtegne konkrete målsetninger med forsøket i sitt geografiske område. I tillegg heter det i vedlegg 4 at: pasientrettighetene ikke skal svekkes under forsøksordningen, men at formålet, tvert imot, er å styrke pasientrettighetene.

Det kommunale driftsansvaret skal utøves etter avtale med RHF. Avtalen skal gi kommunen myndighet til å organisere de samlede spesialisthelsetjenestene i DPSet og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Avtalen skal også sikre at DPSet kan fortsette å tilby og *utvikle* spesialiserte tjenester.

3.2 Innretning av forsøket

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at maksimalt 30 kommuner kan delta i forsøket. Forsøksordningen etableres med hjemmel i forsøksloven.

Kommuner og regionale helseforetak som ønsker å delta i forsøksordningen, må starte forhandlinger om inngåelse av avtale.

Dersom det oppnås enighet om avtale, må aktuelle kommune fastsette forskrift om forsøk med kommunal drift av DPS. Forskriften må godkjennes av KMD etter at HOD har gitt sin faglige vurdering av saken.

I tillegg må kommunen som skal drive DPSet inngå samarbeidsavtaler med andre kommuner som DPSet yter tjenester til. Også disse kommunene må fastsette en lokal forskrift om forsøket.

I tråd med forsøksloven kan forsøket gjennomføres i inntil fire år. Forsøksperioden kan også ev. forlenges for ytterligere to år.

Det er ikke satt noe nedre grense for antall forsøksdeltakere. Det er heller ikke sagt eksplisitt når forsøket skal starte opp. Dette skal fremgå av avtale og forskrift.

3.3 Tre potensielle modeller

En forutsetning i forsøket er at kommunen skal ha styringsrett over de ansatte i DPSet. HOD beskriver tre mulige modeller for å oppnå dette.

Modell 1

I modellen opprettholder arbeidstakerne sitt arbeidsforhold i helseforetaket. Helseforetaket instruerer arbeidstakerne til å følge instruksjoner fra kommunen.

HOD mener det er usikkert hvilken styringsrett overfor arbeidstakerne som modellen gir kommunen og anbefaler den ikke. Modellen er heller ikke tilstrekkelig utredet. Modellen behandles derfor ikke i det videre.

Modell 2

De ansatte mottar lønnen sin fra helseforetaket og arbeidsgiveren vil være helseforetaket. Arbeidstakers stillingsvern består overfor helseforetaket. Innleievirksomheten, kommunen, er ansvarlig for at arbeidsmiljølovens krav til arbeidsmiljø fullt ut ivaretas. Kommunen vil også være ansvarlig for at arbeidsmiljølovens regler om arbeidstid ivaretas overfor den enkelte ansatte.

Arbeidsmiljøloven oppstiller vilkår for lovlig innleie av arbeidskraft. Innleie kan enten skje i medhold av arbeidsmiljølovens § 14-12 (innleie fra virksomhet som har til formål å drive utleie – et bemanningsforetak) eller i medhold av § 14-13 (innleie fra virksomhet som ikke har til formål å drive utleie). Virksomheter som ikke har til formål å drive utleie vil ha andre formål med sin drift, og bare mer tilfeldig leie ut arbeidskraft.

Det er i praksis utleie av ansatte fra helseforetaket som er aktuelt. Formålet med helseforetaket er angitt i helseforetaksloven § 1. Helseforetaket vil ikke ha til formål å drive utleie, og utleie må derfor som utgangspunkt vurderes etter aml. § 14-13.

Forusetningen er da at:

- Innleid personell må være fast ansatt i helseforetaket.
- Utleien må skje innenfor fagområder som utgjør helseforetakets hovedbeskjeftigelse.
- Utleieaktiviteten kan ikke omfatte mer enn 50 prosent av de fast ansatte hos helseforetaket.

Innleie etter § 14-13 må drøftes med tillitsvalgte som representerer et flertall av arbeidstakerkategorien som skal leies inn, før beslutning om innleie foretas. I enkelte tilfeller må det inngås en skriftlig avtale med tillitsvalgte, blant annet dersom innleien varer i mer enn ett år. Hovedtariffavtalen forutsetter at kommunen drøfter prinsippene for bruk av innleid arbeidskraft minst to ganger per år.

Dersom kommunen i forsøksperioden også leier inn noe personell fra en virksomhet som har til formål å drive utleie (bemanningsforetak) må:

- Enten vilkårene for å benytte midlertidig ansettelse være oppfylt (hvorav de mest relevante her vil være arbeid av midlertidig karakter, vikariat, praksisarbeid).
- Eller kommunen og de tillitsvalgte inngår skriftlig avtale om tidsbegrenset innleie. De tillitsvalgte må representere et flertall av arbeidstakergruppen som skal leies inn. Forutsetningen er at kommunen er bundet av en overordnet tariffavtale inngått med en fagforening med minst 10 000 medlemmer.

Følgende krav vil også gjelde:

- Likebehandling med hensyn til lønn og arbeidsvilkår.
- Hovedarbeidsgiver skal ha innsynsrett og kommunen har opplysningsplikt for å sikre at de ansatte blir behandlet likt.
- Kommunen vil ha solidaransvar for forpliktelsen til å utbetale lønn, feriepenger og annen godtgjøring etter likebehandlingsprinsippet.
- De innleide vil ha rett til fast ansettelse i medhold av tre-/fire-års regelen i arbeidsmiljøloven § 14-9 sjuende ledd.
- Kommunen må ihht Hovedtariffavtalen punkt 2.3.2 drøfte bruken av innleie minst to ganger per år.

I tillegg til arbeidsmiljølovens regler oppstiller Vedlegg 7 til Hovedtariffavtalen rettigheter og plikter for kommunen ved innleie av personell fra bemanningsforetak.

Modell 3

I modellen overføres arbeidstakernes arbeidsforhold i sin helhet fra helseforetaket til kommunen etter reglene om virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljøloven. Med virksomhetsoverdragelse menes overføring av en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen. Helseforetaket og kommunen inngår en avtale om overføring av personell.

Dersom det foreligger en virksomhetsoverdragelse vil følgende krav gjelde:

- Helseforetakets rettigheter og plikter overfor arbeidstakerne overføres til kommunen.
- Kommunen blir bundet av tariffavtalen som foreligger. Unntak gjelder dersom kommunen innen tre uker etter overdragelsestidspunktet skriftlig erklærer seg ubundet av slik tariffavtale overfor fagforening(en). De overførte arbeidstakerne vil imidlertid beholde sine individuelle arbeidsvilkår som følger av tariffavtalen, inntil tariffavtalen utløper eller det inngås ny tariffavtale med kommunen.
- Arbeidstakerens rett til opptjening av alders-, etterlatte- og uførepensjon i henhold til kollektiv tjenstepensjon, overføres til kommunen, men kommunen kan velge å gjøre eksisterende pensjonsordninger gjeldende for de overførte arbeidstakerne. Dersom arbeidstakernes tidligere pensjonsordninger ikke kan videreføres etter overdragelsen, skal kommunen sørge for at de overførte arbeidstakerne sikres rett til videre opptjening etter en annen kollektiv pensjonsordning.
- Tidligere og ny arbeidsgiver (helseforetaket og kommunen) må så tidlig som mulig gi informasjon om og drøfte overdragelsen med tillitsvalgte.
- Tidligere og ny arbeidsgiver skal så tidlig som mulig informere berørte arbeidstakere.
- Arbeidstakere kan motsette seg at arbeidsforholdet overføres til ny arbeidsgiver (reservasjonsrett).

Dersom virksomhetsoverdragelsen fører til ikke uvesentlige negative endringer i arbeidstakerens situasjon kan arbeidstakerne i tillegg ha en valgrett. Valgretten er ulovfestet og utviklet i rettspraksis. Dersom arbeidstakerne har og utøver valgretten vil de aktuelle arbeidstakerne ikke overføres til kommunen, men opprettholde sitt arbeidsforhold hos helseforetaket.

HOD anbefaler denne modellen. Det gis ikke annen begrunnelse enn at en helhetsvurdering tilsier at dette er den beste løsningen. HOD anbefaler at helseforetakets pensjonsordninger også skal gjelde i forsøksperioden. Begrunnelsen for dette er at de ansatte skal tilbakeføres til helseforetaket etter endt forsøk.

3.4 Finansiering i forsøksperioden

HOD mener det ikke er hensiktsmessig å flytte midler fra HODs budsjett til KMDs budsjett i forsøksperioden. HOD legger til grunn at det økonomiske oppgjøret avtales lokalt.

HOD har lagt en del føringer for finansieringen som innarbeides i avtalen som må utarbeides mellom kommune og helseforetak.

HOD mener grunnlaget for overføringen av midler bør være helseforetakets kostnader for drift av det aktuelle DPSet. Målepunktet er siste kjente regnskapsår korrigert for generell vekst, herunder kompensasjon for lønns- og prisvekst, og tillagt andel av eventuelle felleskostnader for fellestjenester som i forsøksperioden må utføres av kommunen. Ev. aktivitetsbaserte inntekter ved det aktuelle DPSet skal overføres kommunen. Det legges opp til at *det bør kunne* avtales tilleggsmidler ved eventuelt nye tjenestetilbud eller forutsetninger (Vedlegg 4 pkt 22.2.).

Kommunen som drifter DPSet skal bære samtlige kostnader ved å drive DPSet. Kommunen må få dekket kapitalkostnader og husleiekostnader.

Årlig regulering av overføringen skjer på grunnlag av den generelle prosentvise inntektsveksten for det regionale helseforetaket.

I vedlegg 4 til avtalen utdybes forhold knyttet til finansiering. Det heter blant annet:

- Partene må avklare hvilken informasjon de trenger for å kunne avklare hva slags nivå det har vært på DPSetts virksomhet før inngåelse av denne avtalen, samt hva som skal til for at virksomheten skal opprettholde samme nivå under forsøksperioden.
- Videre heter det: [...] dette for å sikre samme nivå på finansieringen av den samordnete helsehjelpen innen rus og psykisk helse som før kommunen overtar ansvaret for driften av DPSet.
- Videre: For oppstartsåret bør rammen være basert på driftskostnadene ved DPSet året forut for forsøksperiode, [...] tillegg til dette skal medtas midler fra kommunens tilbud innen tjenester på psykisk helsetjeneste og rusarbeid.

4 Drammen DPS

Drammen DPS inngår i Vestre Viken helseforetak som igjen er en del av det regionale helseforetaket Sør-Øst.

I Vestre Viken er det fem DPS: Asker DPS, Bærum DPS, Drammen DPS, Kongsberg DPS og Ringerike DPS.

Drammen DPS tilbyr utredning og behandling av psykiske lidelser og rusavhengighet til den voksne befolkningen i Drammen, Lier, Nedre Eiker, Sande og Svelvik kommune.

Drammen DPS gir spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Tilbudet gis poliklinisk eller ved døgnsoffhold.

DPSer gir:

- akutt og planlagt behandling
- kartlegging, utredning og behandling individuelt eller i gruppe
- kurs
- tilbud til pårørende

Underliggende enheter under Drammen DPS er:

- Døgnseksjonen Konnerud
- FACT-teamet i Drammen
- Poliklinikken Konnerud
- Poliklinikken Sentrum

I Vestre Viken HF er det fem DPS. Drammen DPS er det DPSer med det største befolkningsgrunnlaget. Drammen DPS dekker en befolkning på om lag 136 000. Derneft følger Bærum DPS med om lag 125 000 innbyggere. Det DPSer med lavest befolkningsgrunnlag i Vestre Viken er Kongsberg DPS med sine om lag 56 000 innbyggere.

Tabell 4.1 Befolkningsgrunnlaget for DPSene i Vestre Viken

Institusjon	Kommuner	Befolkning 2018
Asker DPS	Asker, Røyken, Hurum	92 828
Bærum DPS	Bærum	125 454
Drammen DPS	Drammen, Lier, Svelvik, Nedre Eiker, Sande	136 008
Kongsberg DPS	Øvre Eiker, Kongsberg, Sigdal, Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal	56 405
Ringerike DPS	Ringerike, Hole, Modum, Krøds-herad, Flå, Nes, Gol, Ål, Hemse-dal, Hol, Jevnaker	80 629

Kilde: SSB, befolkning i kommunene

Samdata spesialist presenterer tall for aktiviteten i DPS. Nedenfor er det gjengitt tall for DPSene i Vestre Viken. Siste tilgjengelige tall i Samdata er fra 2015. Drammen DPS har flest polikliniske konsultasjoner i Vestre Viken. Asker og Bærum har flest døgnplasser og oppholdsdøgn.

Dekningsgraden på døgnplasser i Drammen DPS er 0,24 plasser per 1000 innbygger, mot 0,47 plasser per 1000 innbyggere i Asker DPS og 0,3 i Kongsberg DPS. I Drammen DPS er det 200 konsultasjoner per 1000 innbyggere, mens det i Asker er 178 konsultasjoner per 1000 innbyggere og i Kongsberg DPS 300 per 1000 innbyggere.

Tabell 4.2 Tall for behandling i DPS i Vestre Viken, 2015- tall (Samdata)

Institusjon	Døgnplasser i drift 31.12.2015	Oppholdsdøgn døgnpasienter	Refusjonsberet- tigde polikli- niske konsulats- joner	Polikliniske kon- sultasjoner totalt
Asker DPS	44	11 642	15 728	16 481
Bærum DPS	38	9 553	24 396	25 980
Drammen DPS	33	7 478	25 735	27 144
Kongsberg DPS	16	3 691	15 426	16 917
Ringerike DPS	20	5 754	19353	20 463

Kilde: SAMDATA

Basert på tallene fra 2015 synes Drammen DPS å være kommet lengre i føringene om å gi mer tjenester poliklinisk og færre tjenester som døgnopphold enn de andre store DPSene. Kongsberg DPS gir likevel flere polikliniske konsultasjoner gitt befolkningsgrunnlaget.

5 Om kommunale tjenester innenfor rus og psykiatri i nye Drammen

5.1 Tjenesteinnhold og organisering

Drammen blir en ny kommune, nye Drammen, fra 1.1.2020. Som en forberedelse til sammenslåingen har Drammen, Svelvik og Nedre Eiker gjennomgått tjenestene sine slik de er i dag.

Tjenestene innenfor rus og psykiatri er organisert på ulike måter i de tre kommunene.

I Drammen kommune er tjenester til personer som er rusavhengige eller psykisk syke samlet i en egen virksomhet (Virksomhet for psykisk helse- og rusarbeid). I Svelvik kommune er tjenestene til rusavhengige organisert i to avdelinger, en for rusavhengige som har omsorg for barn (for å ivareta familieperspektivet), og en avdeling for rusavhengige uten omsorgsansvar. I Nedre Eiker kommune er rustjenesten i hovedsak lagt til NAV kontoret.

Alle tre kommuner har dagsentertilbud for brukere med psykisk lidelse. I Drammen kommune og Svelvik kommune forutsetter bruk av tilbudet at det er fattet vedtak om dette, mens Nedre Eiker kommune tilbyr dette som et lavterskeltilbud uten vedtak.

I alle tre kommuner finnes det også aktiviseringstilbud/møtested for rusavhengige. Dette er lavterskeltilbud, uten vedtak.

Ingen av kommunene har institusjoner til målgruppen. Brukerne bor i egne eide eller leide boliger, og får tjenester og praktisk bistand i sine egne hjem. Alle tre kommuner tilbyr slike «ambulerende» oppfølgingstjenester. Drammen kommune og Nedre Eiker kommune har boliger med heldøgnsbemanning, mens Svelvik kommune ikke har bemannede boliger for denne brukergruppen. I Drammen kommune og Nedre Eiker kommune dekkes behovet av ambulanseteam og egen nattdagstjeneste for psykisk helse og rus. Per i dag har ikke Svelvik kommune oppfølging på natt eller i helger.

Alle tre kommunene kjøper heldøgns omsorgstjenester utover kommunens eget tilbud til brukere med alvorlig rus- og eller psykisk helse, ofte med sikkerhetsproblematikk.

5.2 Strategi for tjenesteutvikling helse og sosialpolitikk

Nye Drammen har laget en strategi for tjenesteutviklingen innenfor helse- og sosialpolitikken. I strategien heter det:

- Tjenestene videreutvikles med fokus på hele mennesket. Tilbud som tar for seg flere utfordringsområder (økonomi, bolig) er lønnsomme for å hindre uhelse.
- Tjenestetilbud innen læring og mestring, friskliv og rask psykisk helsehjelp samordnes for å sikre et godt fagmiljø som drar veksler på hverandres kompetanse, sikrer kontinuitet og hindrer sårbare tjenester.

- Tilbudene utvikles slik at det er mulig å primærforebygge i større grad for å hindre overgang til andre typer tjenester.
- Rask psykisk helsehjelp innarbeides i budsjett, og prioriteres som tjenesteform i Nye Drammen fra 2020.

Strategiene synes å vektlegge tidlig innsats. Hensikten er å avverge overgang til høyere tjenestenivå. For å lykkes er det nødvendig å se på alle sidene av en brukers livssituasjon. Tjenestetilbudene skal samles for å bygge robuste fagmiljøer.

5.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

I 2016 ble det gjennomført en prosjekt med deltakere fra Drammen kommune og Drammen DPS om sammenhengende pasientforløp. Formålet med prosjektet var å:

- Identifisere forbruket av spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester innen psykisk helse og rus
- Identifisere forbedringspunkter for å oppnå helhetlige og koordinerte pasientforløp for brukere med omfattende og langvarige behov for tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen
- Etablere et forpliktende samhandlingsteam for brukere med omfattende og langvarige behov

Hovedfunn i gjennomgangen

- Partene har ulik prioritering av brukere med alvorlige langvarige problemer/lidelser.
- Partene har få felles pasienter innenfor denne pasientgruppen og ulik øremerket kapasitet.
- Tjenester innen rus viser imidlertid et annet bilde: Lik prioritering og bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene.
- Drammen kommune har et høyt forbruk av spesialisthelsetjenester sammenliknet med andre kommuner, selv etter at dataene er korrigert for behov.
- Drammen kommune har kommentert at finansieringsmodellen innen spesialisthelsetjenester ikke godt nok korrigerer for antall innvandrere i Drammen. Flere i gruppen har et omfattende behov.
- Kommunen har utfordringer knyttet til å ivareta en hensiktsmessig akuttberedskap utenom kontortid, spesielt innen tjenesteområdet psykisk helse.
- Partene er enige i at det er et behov for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og innad i kommunen; generelt og for pasienter med alvorlige og langvarige behov.
- Kommunen har tidligere oppgitt å savne nødvendig kunnskap og kompetanse til å behandle personer med betydelig voldelig adferd. Kommunene forholder seg til et annet lovverk som blant annet ikke gir anledning til bruk av tvangstiltak.

6 Vurderinger

6.1 Juridiske vurderinger

Spesialisthelsetjenestens regelverk

Spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern gis i henhold til Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven omtales som en tvangslov, ettersom den inneholder flere ulike tvangsmidler som kan benyttes for å gjennomføre behandlingen. Likevel er hovedregelen at psykisk helsevern, også innenfor DPS, skal ytes på grunnlag av pasientens eget samtykke.

Nær alle DPS er godkjent for bruk av tvang. Generelt sett utgjør bruk av tvang en begrenset del av virksomheten. Fire prosent av innleggelsene ved DPS skjer ved tvang.

Looverket for spesialisthelsetjenesten er kommunen naturlig nok ikke vant med å operere etter og vil kreve at ansatte i kommuneadministrasjonen setter seg inn i et nytt lovverk. Særlig er regler knyttet til bruk av tvang ulike. Overtakelse vil kunne kreve behov for bistand i håndtering av regelverket på dette punktet. Helseforetaket skal ha sørge-for-ansvaret. Helseforetaket bør derfor ev. kunne bistå ved spørsmål knyttet til tvangsbruk.

I gjennomgangen av sammenhengende pasientforløp i Drammen DPS og Drammen kommune, framkom det at kommunen har tidligere oppgitt å savne nødvendig kunnskap og kompetanse til å behandle personer med betydelig voldelig adferd. Kommunen forholder seg til et annet lovverk som blant annet ikke gir anledning til bruk av tvangstiltak. Forsøket kan muligens nyttes til å opparbeide seg kunnskap og kompetanse på ønsket felt.

I vedlegg 4 punkt 10 er det blant annet pekt på at dersom det er aktuelt å etablere tvungent vern i et kommunalt drevet DPS bør man være oppmerksom på kravet om undersøkelse av uavhengig lege. Det kommunalt drevne DPS-et kan ikke organiseres på en slik måte at det blir så tett forbindelse mellom lege som henviser til tvungent vern (fastlege eller legevakt) og DPS som innlegger til tvungent vern, at førstnevnte ikke kan sies å være uavhengig av DPS-et. Da vil vedkommende lege være inhabil, jf. helsepersonellovens § 15. Disse tjenestene kan altså ikke organiseres under samme ledelse, og bør heller ikke kjennetegnes av tett kontakt og/eller avhengighetsforhold mellom enhetene der undersøkende og innleggende lege arbeider, for eksempel av stor grad av felles lokaler og fasiliteter, og/eller løpende fellesmøter.

Ansattmodeller

KMD anbefaler virksomhetsoverdragelse.

Arbeidsmiljøloven § 16-1 (1) definerer virksomhetsoverdragelse slik:

«Dette kapittel kommer til anvendelse ved overdragelse av en virksomhet eller del av virksomhet til en annen arbeidsgiver. Med overdragelse menes overføring av en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen.»

Denne modellen krever at den del av virksomheten som overføres må være en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen. Hovedmodellen for kommunal drift av DPS er at DPSet skal dekke samme geografiske område som tidligere. Dersom det kan konstateres at DPSet i tilstrekkelig grad kan avgrenses fra øvrige deler av helseforetaket, og dersom DPSet har ansatte som i hovedsak er tilknyttet enheten, ligger det til rette for virksomhetsoverdragelse. Det er likevel realiteten - og ikke hva partene formelt avtaler - som er avgjørende for om det foreligger en virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljølovens forstand.

Dersom bare deler av virksomheten overføres er det særlig relevant å vurdere om de øvrige vilkårene i bestemmelsen er oppfylt.

Dersom en kommune innenfor DPSet sier nei til forsøket er det åpnet opp for at kommunen kan betjenes av et annet DPS. Det må da vurderes om DPSet som overføres er å anse som en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen. Hvis disse vilkårene ikke er oppfylt, vil ikke rettsvirkningene i arbeidsmiljølovens kapittel 16 knyttet til virksomhetsoverdragelse inntre.

I vurderingen av om det foreligger en enhet, må man se på hvordan DPSet var organisert før overføringen. Ifølge EU-direktivet er en «enhet» definert som en «*organisert samling av ressurser*».³ Det er ikke tilstrekkelig at man kan adskille selve aktiviteten fra andre aktiviteter som drives i virksomheten; aktiviteten må også utføres av en organisert og selvstendig samling av ressurser. Med ressurser siktes det til arbeidstakere, utstyr/aktiva, lokaler, immaterielle rettigheter, arbeidsprosedyrer og annet som er nødvendig for utførelsen av aktiviteten.

Når det gjelder kravet til at enheten skal være «*selvstendig*» har det i rettspraksis blitt presisert at enheten i tilstrekkelig grad må kunne avgrenses mot øvrige deler av virksomheten, og normalt ha ansatte som «*i hovedsak*» er tilknyttet enheten. Når man skal vurdere identiteten er det viktig å se hen til hvilke innsatsfaktorer som kjennetegner virksomheten, og i hvilken grad disse er overført. HOD har foreslått et forsøk med kommunal overtakelse av DPS basert på kommunereformen. I kommunereformen legger man opp til at flere kommuner skal slå seg sammen for blant annet å bli mer robuste og klare for flere større statlige oppgaver.

HOD mener DPSet bør betjene samme geografiske område som før, men skriver samtidig at unntak kan godtas. HOD foreslår også virksomhetsoverdragelse som modell i forsøket uten å ta forbehold om at dette beror på om vilkårene i aml. § 16-1 er oppfylt i en situasjon hvor kommunen ikke overtar driften i samme geografiske område som tidligere. For å kunne ta stilling til dette må det avklares hvilke oppgaver, ansatte, ressurser mv. som faktisk er tenkt overført til kommunen. Basert på den informasjonen vi har mener vi det kan være grunnlag for virksomhetsoverdragelse både dersom DPS Drammen skal betjene de 5 kommunene det gjør i dag, og dersom DPSet skal dekke et noe mindre geografisk område.

Virksomhetsoverdragelse har den fordel at arbeidsforholdet til de ansatte overføres til kommunen, slik at de ansatte blir direkte underlagt styringslinjene i kommunen. Nødvendig samhandling mellom kommunen og de ansatte ved DPSet blir trolig lettere med denne modellen. En ulempe med løsningen er at arbeidstakere kan motsette seg at arbeidsforholdet overføres til ny arbeidsgiver. Erfaringen viser likevel at de fleste ansatte velger å følge arbeidsoppgavene sine. Hovedregelen er da at arbeidsforholdet hos opprinnelig arbeidsgiver (helseforetaket) opphører på overdragelsestidspunktet. For å sikre at de

³ Direktivets artikkel 1, bokstav b).

ansatte er innforstått med sine rettigheter og plikter i forbindelse med en overføring, er det viktig at det gis god og dekkende informasjon så tidlig som mulig i prosessen.

Virksomhetsoverdragelse krever drøfting med tillitsvalgte. I tillegg krever modellen at det foretas avklaringer knyttet til tariffavtaler og pensjon. Vi antar også at de ansatte i DPSet har rettigheter knyttet til lønn, arbeidstid osv. som det vil være sentralt å beholde, og som kan være tariffregulert. Dette må avklares. Innholdet i de enkelte arbeidsavtalene må også kartlegges for å få oversikt over de individuelle avtalerettslige forpliktelser som kommunen vil bli bundet av. Dette tar tid og krever ressurser. På den annen side vil en god prosess med de tillitsvalgte, samt dekkende informasjon til berørte ansatte mest sannsynlig bidra til gode løsninger og en prosess hvor de valg som gjøres er godt forankret.

Dersom reglene om virksomhetsoverdragelse ikke kan benyttes, er utleie det mest aktuelle alternativet, siden modell 1 med instruks ikke er tilstrekkelig utredet. Fordeler med utleie er på en side at arbeidsgiveransvaret er plassert hos helseforetaket. Kommunen har ikke ansvar for tariffavtaler, pensjonsordninger og tilsvarende. Kommunen vil heller ikke ha ansvaret for ansettelser eller eventuelle oppsigelser. Kommunen vil likevel ha styringsrett over det innleide personalet. Kommunen vil samtidig være ansvarlig for arbeidsmiljøet og HMS-regelverket, og dermed være ansvarlig for å gi de innleide nødvendig informasjon og opplæring på dette området. Kommunen vil også være ansvarlig for at de innleide har nødvendige kvalifikasjoner, godkjenning og lignende. Kommunen som innleier vil i tillegg være ansvarlig for at reglene om arbeidstid ivaretas overfor de ansatte. Det vil også være kommunens ansvar som innleier å forsikre seg om at innleien er lovlig.

Dersom kommunen leier inn de ansatte fra helseforetaket i medhold av aml. § 14-13, må kommunen forsikre seg om at vilkårene i bestemmelsen er oppfylt, herunder at alle ansatte som leies inn faktisk er fast – og ikke bare midlertidig – ansatt i helseforetaket.

Dersom kommunen i tillegg skulle ha behov for å leie inn ansatte i medhold av aml. § 14-12 (innleie fra virksomhet som har til formål å drive utleie) må det avklares om innleie kan skje innenfor rammen av arbeidsmiljølovens § 14-9 og adgangen til midlertidig ansettelse. Kommunen må i denne sammenheng være oppmerksom på at de ansatte vil kunne ha krav på en fast jobb i kommunen etter tre eller fire år som innleid, men dette blir neppe noe stort praktisk problem. Kommunen må i tillegg gi helseforetaket opplysninger for å sikre at de ansatte har lønns- og arbeidsvilkår som om de var direkte ansatt i kommunen (likebehandlingsprinsippet). Kommunen vil også være solidarisk ansvarlig for utbetaling av lønn, feriepenger og eventuell annen godtgjøring som følger av likebehandlingsprinsippet. Hvis en person er leid inn fra et bemanningsforetak i strid med loven kan vedkommende gå til sak og kreve erstatning eller fast ansettelse hos innleievirksomheten.

Før en kommune velger modell, bør den ha klart for seg hva de ansatte preferer. Er de ansatte med på laget, vil det trolig bli lettere å hente ut positive effekter i forsøket.

6.2 Økonomiske vurderinger

God oversikt over ressursbruk og kapasitet i DPSet en forutsetning

Det legges ikke opp til å flytte midler fra HOD til KMD i forsøket. Det økonomiske oppgjøret skal avtales lokalt. Kommunen som drifter DPSet skal bære samtlige kostnader ved å drive DPSet.

I Vedlegg 4 under punkt 22 om finansiering heter det:

«Partene må her (*i avtalen*) avklare hvilken informasjon de trenger for å kunne avklare hva slags nivå det har vært på DPSets virksomhet før inngåelse av denne avtalen, samt hva som skal til for at virksomheten skal opprettholde samme nivå under forsøksperioden.»

Formuleringene innebærer at det må gjøres en grundig gjennomgang av hva som brukes i DPSet i dag. Gjennomgangen bør også omhandle hvordan situasjonen i Drammen DPS er, sammenlignet med situasjonen for de andre DPSene i Vestre Viken og i enkelte andre DPS det er naturlig å sammenligne seg med på bakgrunn av størrelse, befolkningsgrunnlag og utfordringer i befolkningen.

Gjennomgangen bør omhandle kapasiteten i DPSet. Forhold som bruken av døgnplasser i sykehus og DPS, poliklinisk behandling, ventetider, avviste henvisninger m.m. bør belyses.

Det foreslås en finansiering av DPSet som først og fremst skal bidra til å opprettholde samme nivå på tjenesten. Samtidig heter det at ordningen skal baseres på avtale mellom kommune og regionalt helseforetak, som sikrer at DPS kan fortsette å tilby og *utvikle* spesialiserte tjenester. Forslaget til overføring av midler tar i utgangspunktet ikke høyde for utvikling. Det er heller ikke tatt høyde for at DPSet allerede kan være underfinansiert.

Sørger status quo for en tilstrekkelig finansiering?

Det er foreslått en økonomiske ramme for DPSet svarende til utgiftsnivået i siste regnskapsår før forsøksinngåelse. Ifølge bakgrunnsdokumentene for forsøket legges det videre opp til å kunne avtale tilleggsmidler ved eventuelt nye tjenestetilbud eller forutsetninger. Spesialisthelsetjenesten er imidlertid ikke forpliktet til dette. Hvordan tilrettelegge for utvikling av DPSet bør derfor være et sentralt punkt i en ev. avtale.

Ressurser til utvikling blir ikke minst viktig da det i årsrapporten fra Vestre Viken for 2017 heter at DPSene gradvis skal styrke det ambulante og polikliniske behandlingstilbudet. I rapporten heter det blant annet:

«En viktig målgruppe for de oppsøkende tjenestene er pasienter som har lang liggetid og hyppige reinnleggelse i sykehuspsykiatrien. Analyser av pasientforløp i Vestre Viken viser at disse pasientene utgjør til sammen 295 personer (seks prosent) over en femårs periode. De står imidlertid for omlag 35 prosent av den samlede døgnkapasiteten i psykiatrien i Vestre Viken. Analysene viser at bruken av døgnbehandling i Vestre Viken er høy sammenlignet med helseforetak som har dreid tjenestene fra døgnbehandling til dag-, poliklinisk- og ambulant behandling. Styret i foretaket har bedt om at det gjøres tilsvarende dreining i Vestre Viken.»

Videre ser vi fra gjennomgangen av oppgaver i Drammen DPS og Drammen kommune at Drammen kommune, ifølge spesialisthelsetjenesten, har et høyt forbruk av spesialisthelsetjenester sammenliknet med andre kommuner, selv etter at dataene er korrigert for behov.

Omtalen i årsrapporten og gjennomgangen av tjenester i Drammen DPS og Drammen kommune, forstår vi som at døgnbehandlingen i sykehus skal ned og behandling tilbys poliklinisk eller ambulerende i regi av DPSene i helseregionen. Dette fordrer at kapasiteten i DPSet utvides. Rammeoverføringen som er foreslått tar ikke høyde for dette når utgangspunktet er eksisterende ressursbruk. I avtalen som skal

inngår må det derfor sørges for at overføringene tar høyde for målsetningene i årsrapporten for Vestre Viken, samt behovet for utvikling av DPSene.

Binder opp kommunale midler?

Som tidligere nevnt er den økonomiske rammen for DPSet utgiftsnivået i siste regnskap før forsøksingåelse. Videre heter det i Vedlegg 4 kapittel 22 om finansiering blant annet:

«[...], dette for å sikre samme nivå på finansieringen av den samordnete helsehjelpen innen rus og psykisk helse som før kommunen overtar ansvaret for driften av DPSet.»

Hvordan dette skal forstås er ikke entydig. Omtalen kan forstås som om det er de samlede ressursene som skal være på samme nivå, mens innretning av ressursbruken kan endres. Øker for eksempel ressursbruken i kommunen, kan ressursbruken i DPSet tas ned og vice versa. Dette må avklares.

Formuleringen kan også forstås som at det er ressursbruken som ytes for å gi koordinerte og samtidige tjenester fra spesialist og kommune som skal være lik, mens det ikke stilles de samme kravene til nivået på tjenestene isolert sett.

På den annen side heter det: «For oppstartsåret bør rammen være basert på driftskostnadene ved DPSet året forut for forsøksperiode, [...] *tillegg til dette skal medtas midler fra kommunens tilbud innen tjenester på psykisk helsetjeneste og rusarbeid.*»

Denne formuleringen tyder på at det i forsøksperioden legges bindinger på så vel spesialisthelstjenesten som på kommunens ressursbruk innenfor rus og psykiatri, slik at kommunen ikke kan kutte kostnader og velte kostnader over på DPSet. Deltakelse i forsøket synes dermed å innebære at de kommunale utgiftene til rus og psykiatri er øremerket i forsøksperioden.

Det er naturlig nok ikke noe mål i seg selv å kutte kostnader i forsøksperioden. Målet er bedre kvalitet og sammenheng i tjenestene, samt styrkede pasientrettigheter. På den annen side kunne en tenke seg at en kommunal overtakelse av driftsansvaret kunne innebære mulighet for å drive mer kostnadseffektivt. Øremerkes midlene til rus og psykiatri er det ikke mulig å benytte denne ev. gevinsten til reduserte utgifter. Gevinsten må i såfall benyttes til å gi flere tjenester eller tjenester med økt kvalitet.

Nye Drammen vil bestå av tre tidligere kommuner. Det kan hende at en slik sammenslåing gir rom for en annen organisering og tildeling av tjenester i kommunen som også kan gi innsparinger. Dersom kommunene forplikter seg til samme nivå som før kommunesammenslåing, kan det hende at man ender med en ressursbruk som samlet sett ikke er så gunstig for den nye kommunen. Tjenestetilbudets innhold og organisering er noe ulik i dag. Dette kan tale for at nye Drammen vil forsøke å gjøre tjenestene mer enhetlige framover.

Dersom den nye kommunen derimot forplikter seg på det nivået som den mener er hensiktsmessig for den nye kommunen samlet, vil det være mindre problematisk å øremerke midlene. Øremerking har den fordel at det skjermer sektoren for kutt i forsøksperioden. Er det behov for kutt i utgiftene i kommunen i forsøksperioden, må disse fordeles på andre sektorer og andre type tjenestemottakere.

Aktivitetsbaserte inntekter må følge med over til kommunen

DPSene er finansiert over basisbevilgningen til helseforetakene og ved aktivitetsbaserte inntekter. I forsøksperioden vil disse tilfalle helseforetaket, men skal kanaliseres til DPSet. Aktivitetsbasert finansiering brukes blant annet for å gi insentiv til visse typer behandling. Det er viktig at DPSet også nyter godt av å gi ønsket behandling. Det må derfor omtales i avtalen hvordan det skal rapporteres på behandling og hvordan midlene vil tilfalle kommunen. Dersom behandling som utløser aktivitetsbasert finansiering flyttes ut i kommunen gitt kommunens frihet til å organisere tilbudet, bør også kommunen sikres aktivitetsbasert finansiering for dette.

Verken midler til omstilling, drift, rapportering, evaluering eller midler til erstatning ved skader

Det er dokumentert at omstilling tar tid og krever ressurser. OECD og Difi blant annet har foretatt gjennomganger som påviser dette.⁴ I forsøket er det ikke lagt inn omstillingsmidler. Det vil si midler til planlegging, avklaringer og inngåelse av avtale, arbeid med tillitsvalgte og avtaler med disse etc.

Det er ikke avsatt midler til administrativt arbeid og drift av forsøket i kommunen. Krav til rapportering til RHF, SSB og NPR krever administrative ressurser. Dette synes det også som om kommunen må dekke selv.

Det framgår heller ikke tydelig hvem som vil stå ansvarlig for finansieringen av evalueringen av forsøket. I Vedlegg 4 pkt 26 heter det: «Forsøksordningen skal evalueres. I dette avtalepunktet skal partene avtale hvordan evaluering skal skje helt konkret, ved start av forsøksordningen, underveis og når forsøksordningen avsluttes. Evalueringen må skje i henhold til de krav som fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet.» Utfra omtalen synes det som RHFet og kommunen står for finansiering og gjennomføring av evalueringen. Samtidig heter det i hovednotatet at HOD på et senere tidspunkt vil avklare hvordan forsøket kan evalueres på en hensiktsmessig måte.

I følge utkast til avtale pkt 16 om forsikring er pasienter som behandles under avtalen forsikret gjennom Norsk Pasientskadeerstatning. Ved skadetilfeller er det lagt opp til av kommunen betaler egenandel etter samme takster som helseforetakene er pålagt. Så fremt det ikke settes av en pott for ev. skader som overføres kommunen, vil kommunen måtte dekke egenandelene ved ev. skader over eget budsjett.

I forbindelse med andre forsøk i HODs regi er det satt av midler til samlinger, evalueringer og til dekning av noe administrative utgifter i kommunen. Deltakelse i dette forsøket kan komme til å påføre kommunen en del ekstra utgifter som kommunen må dekke innenfor sin ordinære ramme.

6.3 Organisatoriske vurderinger

Hvilken organisatorisk frihet vil nye Drammen ha?

I omtalen av forsøket heter det at: «ordningen skal baseres på avtale mellom kommune og regionalt helseforetak, som [...] gir kommunene råderett over ressursene i DPS med frihet til å organisere tilbudet

⁴ Erfaringar frå endringsprosessar generelt og involvering av brukarar og tilsette spesielt». *Difi rapport 2014/1*.

i sammenheng med kommunale tjenester innenfor de begrensninger som lovverk og avtale setter.» (s. 7 i hoveddokumentet for forsøksordningen)

Utfra omtalen kan det virke som om nye Drammen kommune vil få stor grad av frihet til å organisere virksomheten selv. Skal kommunal drift innebære en merverdi, krever dette at kommunen får mer ut av ressursene gjennom å kunne gi brukere tjenester på rett nivå og til rett tid, slik at behovene for mer omfattende tjenester unngås. Dette vil antagelig måtte innebære andre måter å jobbe på og organisere det samlede tjenestetilbudet på.

I omtalen heter det imidlertid også at: «Avtalen mellom ansvarlig kommune og det regionale helseforetaket må også sikre at det regionale helseforetaket kan oppfylle sitt lovbestemte sørge for-ansvar, samtidig som kommunens frihet til å organisere tjenestene ivaretas. Det vil, for eksempel, være viktig at kommunene har dialog med regionalt helseforetak før det gjennomføres vesentlige endringer i tjenestetilbudet eller organiseringen av dette. Avtalene må inneholde en omforent tilnærming ved tvister, og regjeringen vil vurdere om tvisteløsningsnemnda som ble opprettet ved innføring av samhandlingsreformen kan fylle en slik rolle.» (s. 18 i hoveddokumentet for forsøksordningen)

Formuleringene skaper usikkerhet med hensyn til hvilken frihet kommunene egentlig får hva gjelder organisering av tjenestetilbudet. Helseforetaket har sørge-for-ansvar og må sørge for at innbyggerne får tilgang på spesialisthelsetjenester. Kommunen må ha dialog med helseforetaket før det gjennomføres endringer i tjenestetilbud og organisering. Gitt at spesialisthelsetjenesten fortsatt har sørge-for-ansvaret, er det forståelig at det må være slik. Dette kan likevel komme til å bety at helseforetaket med bakgrunn i sørge-for-ansvaret vil motsette seg en annen organisering. Siden kommunen kun har driftsansvar og helseforetaket sørge-for-ansvaret, vil helseforetaket trolig få siste ordet hva gjelder organiseringen av DPSet. Dette da helseforetaket må være sikker på at organiseringen av tilbudet understøtter deres pålegg om å planlegge tjenestene og gjennomføre det som er planlagt. Det er derfor et spørsmål om kommunen i praksis ikke vil få den friheten det er sagt at den skal få.

Særskilte utfordringer i forbindelse med kommunesammenslåingen

De fleste DPSer har et ansvarsområde eller opptaksområde som omfatter flere kommuner.

Ved kommunal overtakelse av driftsansvaret for et DPS skriver HOD, at ansvaret som hovedregel må overtas for hele det eksisterende DPSets opptaksområde.

I enkelte situasjoner kan det være mulig å vurdere unntak fra denne hovedregelen. Som eksempel viser HOD til tilfeller der et mindre antall av kommunene tilhørende DPSet ikke ønsker å delta. Helseforetak kan da endre på DPSenes opptaksområde, slik at de kommuner som ønsker å stå utenfor forsøket ivaretas av et annet DPS. Utgangspunktet er likevel at et kommunalt drevet DPS skal dekke samme område som det statlige DPSet gjorde.

Fra 1. januar 2020 blir Drammen en ny og større kommune. Kommuner som inngår i nye Drammen er Drammen, Nedre Eiker og Svelvik kommune.

Drammen DPS tilbyr utredning og behandling av psykiske lidelser og rusavhengighet til den voksne befolkningen i Drammen, Lier, Nedre Eiker, Sande og Svelvik kommune. Det betyr at DPSet per i dag gir utredning og behandling også til befolkningen i Sande og Lier som ikke inngår i den nye kommunen.

Sande kommune skal slå seg sammen med Holmestrand kommune fra 1.1.2020, mens Lier kommune vil bestå slik den gjør i dag. DPS Vestfold yter per i dag tjenester til beboerne i Holmestrand. DPS Vestfold tilhører helseforetaket Sykehuset i Vestfold.

En forutsetning ved kommunesammenslåing bør være at den nye kommunen betjenes av et og samme DPS. Det skulle tale for at Sande og Holmestrand betjenes av det samme DPSet. Siden Holmestrand har flere innbyggere enn Sande, kan det være et argument for at ansvaret for Sande flyttes over til DPS Vestfold. Dette forutsetter imidlertid en avtale om oppgaveoverføring og ressursoverføring fra Vestre Viken til Sykehuset i Vestfold. En slik overføring kan være krevende å få på plass. Ikke minst dersom den kun skal gjelde i forsøksperioden. Det vil være krevende å skulle flytte ansatte fra det ene helseforetaket til det andre, selv om de tilhører samme regionale helseforetak. En slik løsning kan også påvirke den rettslige vurderingen av om det foreligger en virksomhetsoverdragelse.

Dersom det ikke er mulig å få til en overføring av ansvaret for Sande og Lier, må Drammen DPS betjene innbyggerne i Sande og Lier i tillegg til nye Drammen. Dette krever i så fall at Lier og nye Holmestrand vil inngå avtale med nye Drammen om at nye Drammen kommune yter spesialisthelsetjenester (DPS-tjenester) til Lier og den delen av Holmestrand som Sande utgjør. Det vil antagelig kreve en avtale der det avklares omtrent hvor mye av DPSet sine ressurser som skal gå til innbyggere i Sande og Lier. I tillegg må det i avtalen omtales Sande og Liers ansvar med hensyn til tjenester innenfor rus og psykiatri.

Lier og Sande kan være bekymret for at nye Drammen vil prioritere sine egne innbyggere i den nye stor-kommunen. Nye Drammen er derfor nødt til å trygge Lier og Sande. Det kan innebære at DPSet må bruke relativt mer midler på innbyggerne i Lier og Sande. På den annen side kan det hende at nye Drammen vil kunne benytte sine samlede ressurser mer hensiktsmessig, som kan rettfærdiggjøre dette. Nye Drammen på sin side må være trygge på at Lier og Sande ikke velter kommunale utgifter over på DPSet og nye Drammen.

Et alternativ er at man låser respektive kommuners budsjettandeler innenfor DPSet i forsøksperioden. Det er imidlertid ikke gitt at dette vil gi en optimal innretning over tid. For det første vil ikke brukerne være de samme gjennom hele forsøksperioden. For det andre må nye Drammen utvikle et samlet tjenestetilbud for den nye kommunen. Hvordan dette skal innrettes og hvem som skal få hva av kommunale helsetjenester og DPS-tjenester vil måtte avhenge av brukernes samlede behov.

Tjenestetildeling og vedtak bør gås opp på nytt med de samme tildelingskriteriene når nye Drammen blir en ny, større kommune. Muligens bør tjenestetildelingen i DPS også gjennomgås på nytt når den skal betjene nye robuste kommuner. Dette kan innebære at profilen på tjenestemottakere i DPSet kan endre seg, og at den relative fordelingen av ressurser mellom kommunene vil bli en annen enn den var i utgangspunktet. Til grunn for tjenestetildelingen må ligge behovet til brukerne. En låsning av budsjettandeler vil neppe understøtte dette.

En kommunal overtakelse av DPS i kombinasjon med to kommunesammenslåinger byr på mange spørsmål og utfordringer som må landes i avtaler og forskrifter før det kan søkes KMD om forsøksdeltakelse.

Om gjennomføring av selve forsøket

Inntil 30 kommuner kan inngå i forsøket. Det er imidlertid ikke satt noe nedre grense for antall forsøksdeltakere. Det er heller ikke sagt eksplisitt når forsøket skal starte opp. Drammen kommune har oppgitt at de ikke er kjent med andre kommuner som ønsker å delta i forsøket.

Det er nærliggende å tro at dersom dette skal bli noe mer enn et forsøk, må forsøket gjennomføres i flere kommuner. I forsøk med statlig finansiering deltar for eksempel seks kommuner. Opprinnelig ønsket man 20 kommunedeltakere og ved forlengelse av forsøket legges det opp til å invitere ytterligere seks kommuner i tillegg til kommunene som slår seg sammen med de opprinnelige forsøksdeltakerne. Pilotprosjektet med primærhelseteam gjennomføres i åtte kommuner og 3 bydeler i Oslo. Fastlegeordningen ble imidlertid pilotert i kun fire kommuner.

I tillegg til at et forsøk med flere kommuner vil gi bedre grunnlag for varig overføring av DPS, vil antagelig også utbytte være større for nye Drammen dersom flere kommuner inngår. Det gir mulighet til å sammenligne seg med andre kommuner og sammenligne spesialisthelsetjenestens håndtering av forsøket. Flere kommuner gir grunnlag for læring og nettverk.

Forutsetninger om antall forsøkskommuner og forsøksoppstart, bør avklares med Helse- og omsorgsdepartementet.

7 Muligheter og utfordringer ved forsøksdeltakelse

7.1 Ekspertutvalgets vurderinger

Ekspertutvalget for kommunereformen mener det er fordeler og ulemper ved å overføre ansvar og oppgaver innenfor det psykiske helsevernet til kommunene.

- Det kan være store fordeler med å overføre ansvaret for psykiske helsetjenester til kommunene siden kommunen og spesialisthelsetjenesten yter samtidige tjenester til mennesker med sammensatte lidelser.
- Nærhet mellom forvaltningen og innbyggerne er viktig for å legge til rette for enkel kontakt med tjenesteyter og tilgang til tiltakene. Dette taler isolert for en overføring av psykisk helsevern til kommunene.
- Dagens oppgavefordeling mellom statlig psykisk helsevern og kommunalt psykisk helsearbeid kan gi kommunikasjons- og koordineringskostnader. Kommunal overtakelse kan lette kommunikasjonen og koordinering mellom tjenesteområdene.
- En oppsplitting av driftsansvaret for spesialisthelsetjenester, vil kunne gi koordineringsproblemer innad i spesialisthelsetjenesten.
- En kommunal overtakelse av DPSene, kan gi kommunene insentiver til å flytte pasientene ut av DPS-ene og over i sykehusene.
- Overføring av DPSene til kommunene vil skape nye behov for interkommunale samarbeidsordninger og oppgjørsordninger mellom kommunene.
- Drift av DPS stiller krav til faglig og administrativ kapasitet og kompetanse som det ikke er lagt opp til at kommunene skal ha. Det gjelder blant annet regelverk knyttet til pasientrettigheter og saksbehandlingsregler i forbindelse med tvangsvedtak. Det er også behov for administrativ bestillerkompetanse i forbindelse med kjøp av tjenester fra private tjenesteprodusenter.

7.2 Våre vurderinger

Nedenfor trekker vi fram noen muligheter og utfordringer for kommunen. Ekspertgruppen så også på muligheter og utfordringer for spesialisthelsetjenesten. De er vi ikke opptatt av her.

7.2.1 Bedre tilgangen til DPS-tjenester

Helt sentralt for effektiv ressursutnyttelse står bruk av rett kompetanse til rett tid og på rett nivå. Dette forutsetter tidlig innsats, oppsøkende virksomhet overfor denne brukergruppen, men også at det gis tjenester på et tilstrekkelig høyt nivå når sykdomsbildet tilsier det.

Fra andre utredninger vet vi at det oppleves som en stor utfordring å få brukere i kommunehelsetjenesten inn i DPS. Tall for ventetider og avviste henvisninger tyder på det samme.

Dersom kommunen skal ta over driftsansvaret bør dette kunne begrunnes i at det vil gi bedre tjenester til befolkningen samlet sett og lettere tilgang til nødvendige DPS-tjenester.

Kommunen er tettere på brukerne og kan lettere fange opp behovene. Dette kan tale for at kommunal overtakelse av driften vil føre til riktig bruk av DPS-tjenester til rett tid for rett bruker.

Skal kommunen lykkes med dette, er det avgjørende at samhandlingen også innenfor den nye kommunen er god. God dialog mellom fastlegene og øvrige kommunetjenester innenfor rus og psykiatri er for eksempel en forutsetning.

Nye Drammen har inngått avtale med Vestre Viken om FACT-team. I teamene arbeider det ansatte fra kommune og spesialist. Får nye Drammen ansvaret for alle ansatte i teamet, vil dette kunne gjøre teamene bedre i stand til å følge opp sine brukere. Blant annet vil de ansatte forholde seg til en og samme ledelse og kunne dokumentere i samme journal som øvrig kommunalt ansatte.

Gjennomgangen av strategien for de kommunale tjenestene innenfor rus og psykiatri og gjennomgangen av samhandlingen mellom Drammen kommune og Drammen DPS kan tyde på at det kan være noe å hente. Kommunen og DPSet synes riktignok ikke å ha mange av de samme pasientene innenfor psykiatrien. Samtidig viser utredningen at det er behov for bedre samhandling for de sykeste pasientene spesielt. Akuttberedskapen i kommunen kan også trolig avlastes ved tettere samarbeid. Muligens vil også målene for den kommunale tjenesten om å avverge overgang til høyere tjenestenivå, å se på alle sider av en brukers livssituasjon og bygge robuste fagmiljøer kunne nås på en bedre måte med større grad av samhandling, ev. overtakelse av driftsansvaret for Drammen DPS.

Strategien for nye Drammen og rapporten om samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten indikerer et potensiale i tettere samordning av tjenestetilbudene. Kommunal overtakelse av driftsansvaret for Drammen DPS kan være en brikke i dette.

7.2.2 Hensiktsmessig ressursbruk og dimensjonering av tjenestetilbudet

DPSene skal videreutvikles heter det i bakgrunnsdokumentene. Vestre Viken HF vil legge mer behandling ut i DPSene. Likevel legges det opp til de samme økonomiske rammene for DPS som i forkant av forsøket. Dette henger ikke på greip, og kan komme til å bli en stor utfordring for nye Drammen å skulle håndtere.

Skal man få til ønsket utvikling, krever dette trolig en styrking av DPSETS budsjett. Hva DPSet skal være og gjøre de neste 4-6 årene må legges føringer for midlene som skal overføres. Avtalen mellom kommune og helseforetaket må ta høyde for dette, ellers er det vanskelig å se at målene med forsøket og for DPS kan nås.

Kommunal overtakelse av driftsansvaret for DPS, hjelper lite om kapasiteten ved DPSet allerede er sprenget. Helseforetaket bør synliggjøre gjennom arbeidet med en avtale at bevilgningen i dag er forsvarelig, at ventetidene er rimelige og at relevante henvisninger følges opp.

I bakgrunnsdokumentene synes HOD å legge opp til å binde opp kommunale utgifter innenfor rus og psykiatri i forsøksperioden. Dette trenger ikke å være uheldig dersom tjenestene er hensiktsmessig innrettet og finansiert i utgangspunktet. Trolig vil det være noe å hente med hensyn til ressursbruk når tre kommuner skal bli til en. Det er derfor uheldig om ressursbruken og innsatsen låses inn på nivået før kommunesammenslåingen.

7.2.3 Bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten

Forsøksdeltakelse vil måtte innebære et tettere samarbeid med helseforetaket. Det skal utarbeides avtaler, gjennomføres samhandlingsmøter, avtales årlige budsjetter og rapporteres. Det i seg selv vil mest sannsynlig bidra til en større forståelse for hverandres kompetanser og oppgaver som vil være gunstig. Selve avtalen bør også bidra til større tydelighet med hensyn til hva som i utgangspunktet er DPSet sine oppgaver og hva som er kommunens ansvar. Samarbeid i FACT-team og mellom FACT-team og øvrig kommunal tjeneste vil trolig bli enklere.

Kommunen vil i tillegg kun få en enhet, sykehuset, å samarbeide med når DPSet inngår i kommunen. Dette kan lette samhandlingen, koordineringen og kommunikasjonen. Like fullt vil det fortsatt være to forvaltningsnivåer. Et resultat kan være at utfordringene forskyves opp et nivå og at samhandlingen mellom kommunalt drevet DPS og sykehus blir større.

7.2.4 Økt kunnskap gjennom forsøksdeltakelse

Forsøksdeltakelse vil legge til rette for et tettere samarbeid mellom arbeidstakere i dagens kommunale tjenester og i DPS. Dette vil trolig føre til kunnskapsoverføring og mer robuste fagmiljøer som vil være gunstig i forsøksperioden og på sikt.

I et forsøk vil nye Drammen trolig få tett oppfølging av helseforetaket, Helsedirektoratet og evaluator. Dette kan i seg selv ha en gunstig effekt fordi det settes søkelys på tjenestene. Dette kan bidra til at man ser nye og bedre måter å løse utfordringene på. I forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene trekkes oppfølgingen fra Helsedirektoratet fram som svært positiv. Det samme gjør dialogen mellom de ulike forsøksdeltakerne.

30 kommuner kan inngå i forsøket. Det er ikke satt en nedre grense for forsøksdeltakere eller sagt noe om når forsøket skal starte opp. Det er lite trolig at DPS vil overføres til kommunene på varig basis uten at løsningen er testet ut i flere kommuner. Forsøksdeltakelse vil kreve en stor innsats fra nye Drammen kommune. Verdien ved deltakelse er trolig høyere om flere kommuner inngår fordi man kan lære av hverandres erfaringer, samtidig som et mer robust forsøk sannsynliggjør mulighet for varig endring.

7.2.5 Lite kommunal frihet når det kommer til stykke

En helt sentral forutsetning for forsøket og for bedre tjenester er at kommunen får frihet og myndighet til å organisere de samlede tjenestene i DPSet og i kommunen. Det er et spørsmål om det vil være tilfellet.

Spesialisthelsetjenesten har sørge-for-ansvaret. Det kreves dialog med helseforetaket ved endringer i organiseringen av tjenestetilbudet. Helseforetaket vil i praksis sitte med siste ordet.

DPSet betjener i dag også Lier og Sande. Dette vil DPSet trolig fortsette med. Dette vil igjen legge bindinger på nye Drammen kommune.

I tillegg er det lagt flere føringer for finansieringen som tidligere omtalt. Skal kommunen få reell frihet til å innrette driften som den finner mest hensiktsmessig, er det viktig at avtalen som skal utformes med helseforetaket legger opp til dette. Det er vanskelig å se for seg at nye Drammen skulle ha mye å hente på å gjøre alt akkurat som før.

8 Veivalg - oppsummert

Kommunen har to valg. Enten kan den takke nei til forsøksdeltakelse, eller den kan undersøke nærmere mulighetene for å få et forsøk på plass. Det siste alternativet betyr at flere uavklarte forhold må avklares. Disse handler om hvilket område DPSet skal dekke, hvilke oppgaver DPSet har i dag og for hvem, hvilken avtalemodell som bør velges for de ansatte, finansiering av tjenestene nå og framover og grad av frihet til å organisere det samlede tilbudet.

8.1 Overta driftsansvaret for DPSet eller for deler av DPSet

Forsøket kan bidra til nyttig kunnskap for nye Drammen kommune, samt bedre tjenester til brukerne og mer effektiv ressursbruk. Det kan tale for å inngå i forsøket.

Samtidig er det utfordrende at DPSet skal levere tjenester også til to kommuner som ikke inngår i nye Drammen. Dette vil kreve egne avtaler og forskrifter i Lier og Sande. Før nye Drammen ev. går videre i sin vurdering av deltakelse bør det gjennomføres sonderinger med Lier og Sande for å avklare hvordan disse kommunene stiller seg til at nye Drammen overtar driften av Drammen DPS. Ressursmessige og organisatoriske forhold må avklares. Siden Sande slår seg sammen med Holmestrand som ligger under Sykehuset Vestfold, vil løsningen som velges trolig også måtte drøftes mellom de to helseforetakene.

Alternativt til full overtakelse av DPSet er at det legges til grunn en løsning der Lier og Sande mottar tjenester fra andre DPSet. HOD skriver at denne løsningen kan være aktuell dersom enkelte av kommunene under DPSet sier nei til forsøksdeltakelse, men utgangspunktet er at DPSet skal overtas for det geografiske område det dekker i dag. Dersom Drammen DPS ikke skal betjene Lier og Sande, vil dette trolig måtte innebære at enkelte av de ansatte i DPSet må overføres til et annet DPS. Dette vil kunne vekke motstand blant de ansatte. Status for den overførte enheten må også avgjøres. Enheten må utgjøre en selvstendig enhet som beholder sin identitet for at reglene om virksomhetsoverdragelse kan benyttes.

Forsøket er foreslått som en del av kommunereformen og inngåelse i forsøket krever store, robuste kommuner. Dette må bety at departementene mener det er mulig å komme rundt utfordringene med nye kommuner og en inndeling i spesialisthelsetjenesten som i utgangspunktet ikke passer med den nye strukturen. En ev. løsning bør kunne drøftes med HOD før det søkes om ev. deltakelse i forsøket.

8.2 Valg av modell for ansatte ved inngåelse i forsøket

Det er lite hensiktsmessig å velge et alternativ som ikke er utredet. Modell 1 med instruks, avvises på bakgrunn av dette.

Valg av modell henger dels sammen med hvordan DPSet innrettes, jf. omtale under juridiske vurderinger og omtale av særskilte utfordringer grunnet kommunesammenslåingen.

KMD anbefaler virksomhetsoverdragelse. Denne modellen har den fordel at de ansatte er direkte underlagt styringslinjene i kommunen. Nødvendig samhandling vil trolig lettere la seg gjennomføre med denne modellen. Det vil trolig også være lettere å få til en vi-følelse dersom alle er kommunalt ansatte.

Alternativet med virksomhetsoverdragelse krever at enheten som overføres er en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen. Det må vurderes om dette er tilfelle dersom Drammen DPS skal dekke et annet geografisk område enn tidligere. Dersom overføringen er en virksomhetsoverdragelse følger rettsvirkningene av arbeidsmiljøloven § 16-2. De konkrete arbeidsrettslige konsekvensene for de ansatte må avklares. Avklaringene omfatter blant annet spørsmål knyttet til gjeldende tariffavtaler og pensjonsordninger for de ansatte.

Velges utleie som modell, må andre problemstillinger avklares, herunder hvilken hjemmelsgrunnlag for innleie som kan benyttes. Vi forstår situasjonen slik at det er innleie fra helseforetaket – i medhold av aml. § 14-13 – som er det mest aktuelle.

Fordeler med innleie er at arbeidsgiveransvaret er plassert hos helseforetaket, og at kommunen ikke har ansvar for tariffavtaler, pensjonsordninger og tilsvarende. Kommunen vil likevel ha et ansvar, blant annet for de innleides arbeidsmiljø, og for at de innleides arbeidstid er i tråd med regelverket. Denne modellen krever derfor tettere samhandling med helseforetaket om personmessige spørsmål.

For å få til ønsket effekt av forsøket, er det sentralt å få de ansatte med på laget. De ansattes syn bør derfor vektlegges. Det kan derfor være argumenter for å velge det alternativet de ansatte opplever som tryggest og mest forutsigbart. Det kan godt være at de ansatte ønsker å fortsatt være ansatt i spesialisthelsetjenesten siden overføringen av driftsansvaret er av midlertidig karakter. Det bør i så fall inngå i totalvurderingen ved valg av modell for de ansatte.

I avtaleutkastet og utkast til kommunal forskrift er det lagt opp til kommunal overtakelse av ansatte gjennom en virksomhetsoverdragelse. Andre modeller vil nok derfor være vanskeligere å få igjennom i KMD og HOD. Hvorvidt en overføring er å anse som en virksomhetsoverdragelse med de rettsvirkninger arbeidsmiljøloven angir, vil uansett bero på hva som rent faktisk overføres – og ikke på hva partene formelt avtaler.

8.3 Hensiktsmessig finansiering i forsøksperioden

Skal det være mulig å drive kvalitativt gode tjenester, fordrer dette tilstrekkelig med økonomiske ressurser i DPSet.

Rammen for overføring er driftsutgiftene i året forut for forsøksoppstart tillagt generell vekst. Det kan vurderes tilleggsbevilgning ved nytt tjenestetilbud.

Samtidig legges det opp til at DPSet skal utvikles og overta flere pasienter for sykehuset. Dette lar seg trolig ikke gjøre innenfor samme ramme all den tid kommunal drift kan bidra til mer effektive tjenester og bedre avstemte tjenester mellom kommune og DPS.

Uten at avtalen er eksplisitt på:

- oppgaver som utføres i DPSet,
- finansiering av dagens oppgaver,
- finansiering av utvikling av tjenestetilbud/oppgaver,
- samt finansiering av oppgaveovertakelse fra sykehuset,

er det vanskelig å se at nye Drammen vil være tjent med å overta driftsansvaret for DPSet.

I tillegg mangler det midler til omstilling, drift av forsøket, rapportering i forsøksperioden, evaluering og midler til erstatning ved skader. Dette vil trolig innebære at nye Drammen må bruke av sine ordinære budsjetttrammer til å dekke dette i forsøksperioden.

Midler til rus og psykiatri synes å skulle øremerkes i forsøksperioden. Dette kan være uheldig dersom ressursene låses til det nivået og den tjenesteinnretning som gjaldt i kommunene før kommunesammenslåingen. Legges nytt omforent nivå til grunn, er dette mindre problematisk.

8.4 Muligheten for å organisere tjenestene i forsøksperioden

Til grunn for forsøket ligger en tro på at en annen organisering og utnyttelse av de samlede ressursene vil kunne gi bedre tjenester. I så fall må kommunen få en reell frihet til å organisere det samlede tjenestetilbudet slik kommunen mener det er mest hensiktsmessig.

Kommunen synes å være prisgitt helseforetaket siden helseforetaket fortsatt skal ha sørge-for-ansvaret. For at kommunen skal få reell innflytelse på organiseringen, må det beskrives godt og tydelig i avtalen hvordan det i forsøksperioden skal legges til rette for dette.

8.5 Stå utenfor forsøket

Nye Drammen ønsker seg flere statlige oppgaver. På bakgrunn av dette kan det være uheldig å si nei til forsøket. Man mister en mulighet for kompetanseutvikling og tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Er helseforetaket positive til et forsøk, kan det hende at utfordringene med finansiering og organisering kan finne sin løsning.

Nye Drammen må likevel vurdere om den vil være med i et forsøk om ikke andre kommuner deltar. Uten flere kommunedeltakere mister man muligheten for sammenligning og muligheten for å lære av hverandre. Deltakelse vil også kreve stor innsats fra kommuneadministrasjonen og midler fra kommunebudsjettet til gjennomføring av forsøket. Kommunen må vurdere om det er verdt dette uten at forsøket samlet er såpass robust at det utgjør et godt grunnlag for å vurdere ev. permanent overføring av oppgaver.

Referanser

Forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS) Styrende og rådgivende dokumenter for etablering av forsøksordning mellom aktuelle kommuner og regionale helseforetak

Vedlegg 1- Oppgavefordeling og gjeldende rett

Vedlegg 2- Utkast til kommunal forskrift om forsøk med kommunal drift av distriktpsikiatrisk senter (DPS)

Vedlegge 3- Utkast til avtale om forsøksordning med kommunal drift av distriktpsikiatriske sentre (DPS) med tilhørende vedlegg under

Vedlegg 4- Utfyllende merknader/veiledning til avtale om forsøksordning med kommunal drift av distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Om Drammen DPS <https://vestreviken.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/drammen-dps#les-mer-om-drammen-dps>

Om nye Drammen <https://www.nyedrammen.no/>

Vestre Viken Årsrapport 2017

Nye Drammen kommune. Kunnskapsgrunnlag – Pleie og omsorgspolitik

Nye Drammen kommune. Fagmiljøenes forslag til strategi – Pleie- og omsorgspolitik

Analysenotat 06/2018 SAMDATA spesialisthelsetjenesten

Samdata spesialisthelsetjenesten <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/80ea4f7b-350f-4674-ac59-791a3e6face1?e=false&vo=viewonly>

IS-1388 Psykisk helsevern for voksne, Distriktpsikiatriske sentre (Sosial- og helsedirektoratet)

Sammenhengede pasientforløp. Utvikling av effektivt samarbeid, rus og psykisk helse, mellom brukere, Drammen kommune og Drammen DPS Målgruppe: Pasienter med omfattende og langvarig behov for helsetjenester

Utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodell innen psykisk helse og rus mellom Drammen kommune og Drammen distriktpsikiatrisk senter

Utkast til Avtale mellom Vestre Viken HF og Nye Drammen kommune om FACT-team

Arbeidsmiljøloven

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Hovedavtalen



Vista Analyse AS
Meltzersgate 4
0257 Oslo

post@vista-analyse.no
www.vista-analyse.no