

# SLUTTRAPPORT

**Dato:** Oktober 2013

**Tema:**

**Utredning av Øyeblikkelig hjelp døgnopphold for  
Saltdal kommune**

Psykisk helse og rus

**Prosjektgruppe:**

Tor Helge Ramsvik (prosjektleder)

Kjell Gunnar Skodvin (Kommunelege Saltdal)

Victoria Nikolaisen (Nav Saltdal)

Elin Bentsen (Ruskoordinator Saltdal rus- og psykisk helse)

Therese Ramsvik (Fagleder Saltdal rus- og psykisk helse)

Carl G Eliassen (Marborg – brukerrepresentant)

Eva E Sjøvoll (Mental helse)

## Innhold

|                                                                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. SAMMENDRAG .....                                                                                              | 4         |
| 2. INNLEDING OG BAKGRUNN .....                                                                                   | 5         |
| <b>2.1 Bakgrunn .....</b>                                                                                        | <b>6</b>  |
| <b>2.2 Hva menes med øyeblikkelig hjelp .....</b>                                                                | <b>7</b>  |
| <b>2.3 Sentrale reformer innen feltet for rus og psykisk helse .....</b>                                         | <b>7</b>  |
| <b>2.4 Hva skal utredningen brukes til? .....</b>                                                                | <b>8</b>  |
| 2.4.1 Interessentgrunnlag .....                                                                                  | 8         |
| 2.4.2 Spørreundersøkelse .....                                                                                   | 9         |
| 2.4.3 Sentrale dokumenter .....                                                                                  | 10        |
| 3. MÅL FOR UTREDNINGEN .....                                                                                     | 11        |
| 4. UTFORDRINGSBILDE I DAG FOR SALTDAL OG I INDRE SALTEN .....                                                    | 12        |
| <b>4.1 Skille mellom psykisk helse / rus og somatikk .....</b>                                                   | <b>12</b> |
| <b>4.2 Dreining av ressurser .....</b>                                                                           | <b>13</b> |
| <b>4.3 Etablering av institusjon kan gi mulighet for øyeblikkelig hjelp .....</b>                                | <b>14</b> |
| <b>4.4 Lokalt tilbud eller interkommunalt samarbeid? .....</b>                                                   | <b>14</b> |
| 4.4.1 Noen sentrale spørsmålstillinger .....                                                                     | 14        |
| 4.4.2 Gode og forsvarlige løsninger påkrever et visst befolkningsgrunnlag. ....                                  | 15        |
| 5. INNDELING AV TJENESTEOMRÅDER .....                                                                            | 20        |
| <b>5.1 Tjenester til voksne pasienter/brukere innen psykisk helse .....</b>                                      | <b>21</b> |
| 5.1.1 Antall ansatte og brukere i Indre Salten .....                                                             | 22        |
| 5.1.2 Utvikling av tjenestetilbudet i Saltdal .....                                                              | 23        |
| 5.1.3 Lokal kjennskap i førstelinjetjenesten .....                                                               | 26        |
| <b>5.2 Tjenester til barn og unge innen psykisk helse .....</b>                                                  | <b>27</b> |
| 5.2.1 Spesialisthelsetjenestens rolle .....                                                                      | 29        |
| <b>5.3 Tjenester til mennesker med rusavhengighet .....</b>                                                      | <b>29</b> |
| 6. HVEM ER AKTUELLE FOR ØYEBLICKELIG HJELP DØGNOPPHOLD-TILBUD INNEN RUS OG PSYKISK<br>HELSE I KOMMUNEN(E)? ..... | 32        |
| <b>6.1 Mulige tilstander som kan inngå i lokalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold .....</b>                         | <b>34</b> |

|                                                                                                                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>6.2 Hvilke tilstander utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp innen rus og psykisk helse i spesialisthelsetjenesten.....</b>                                             | <b>34</b> |
| 7. SAMARBEIDSAVTALENE.....                                                                                                                                                     | 35        |
| <b>7.1 Samarbeid på systemnivå.....</b>                                                                                                                                        | <b>35</b> |
| <b>7.2 Samarbeid på individnivå .....</b>                                                                                                                                      | <b>36</b> |
| 8. ET BRUKERSTYRT PERSPEKTIV .....                                                                                                                                             | 38        |
| 9. OPPSUMMERING.....                                                                                                                                                           | 43        |
| <b>9.1. Innledende arbeid og Arbeidsprosess .....</b>                                                                                                                          | <b>43</b> |
| <b>9.2. Forutsetning .....</b>                                                                                                                                                 | <b>44</b> |
| 9.2.1 Tiden trekker ut og ingen har fasit .....                                                                                                                                | 45        |
| <b>9.3 Antall brukere og ansatte i den enkelte kommune .....</b>                                                                                                               | <b>46</b> |
| 9.3.1 Skille i «liggedøgns profiler» i øyeblikkelig hjelp døgnopphold i somatikk og rus/psykisk helse .....                                                                    | 48        |
| <b>9.4 Kartlegging av brukere (ROP – retningslinjen) .....</b>                                                                                                                 | <b>51</b> |
| <b>9.5. Kompetanse.....</b>                                                                                                                                                    | <b>53</b> |
| 9.5.1 Innspill til kompetansedekning i Spørreundersøkelsen .....                                                                                                               | 53        |
| <b>9.6. Kommentarer fra spørreundersøkelse – brukere og pårørende .....</b>                                                                                                    | <b>55</b> |
| <b>9.7. Kommentarer fra spørreundersøkelse – 1. linjetjeneste .....</b>                                                                                                        | <b>56</b> |
| <b>9.8 Risiko.....</b>                                                                                                                                                         | <b>57</b> |
| <b>9.9. Modell for Øyeblikkelig hjelp døgnopphold - Saltdal kommune i kortsiktig perspektiv .....</b>                                                                          | <b>58</b> |
| <b>9.10. Ulike modeller for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i langsiktig interkommunalt perspektiv; potensielle kostnader og inntekter ut fra noen foreslåtte modeller.....</b> | <b>58</b> |
| <b>9.11. Lokal planlegging og finansiering .....</b>                                                                                                                           | <b>59</b> |
| <b>9.12 Interkommunal planlegging og finansiering – alternativer? .....</b>                                                                                                    | <b>60</b> |
| <b>9.13 Lokalisering.....</b>                                                                                                                                                  | <b>61</b> |
| 10. VIDERE PROSESS.....                                                                                                                                                        | 63        |
| 11. KONKLUSJON .....                                                                                                                                                           | 64        |
| 12. LITTERATUR / RESSURSLISTE: .....                                                                                                                                           | 66        |
| <b>VEDLEGG .....</b>                                                                                                                                                           | <b>67</b> |
| <b>SPØRREUNDERSØKELSE DEL 1 OG 2.....</b>                                                                                                                                      | <b>67</b> |
| A. Spørreundersøkelse – Hjelpeapparat i Saltdal kommune .....                                                                                                                  | 68        |
| B. Spørreundersøkelse – Brukere og pårørende i Saltdal kommune .....                                                                                                           | 71        |

## 1. SAMMENDRAG

I arbeidet med denne utredningen er det sett på de utfordringene som ligger til Samhandlingsreformens premisser for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse. Utredningen preges av at det er mange uavklarte oppgaver i forhold til dette området. Det foreligger en veileder for etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene, men denne er primært knyttet til somatikk. Helsedirektoratet er i en prosess der føringer for rus og psykisk helse er under planlegging. Det foreligger i dag ingen tilskuddsordninger for å bygge opp dette tilbudet i kommunene

Utredningen har sett på nærmere på lovverk, og hvilke forpliktelser kommunene har ut fra samhandlingsreformen. En målsetning har vært å se på ulike forutsetninger for å drifte øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse i Saltdal, med vinkling mot interkommunalt samarbeid i Indre Salten. Rapporten søker å beskrive hvilke brukere innen rus og psykisk helse som vil være aktuelle for denne type tilbud i kommunen(e). Videre beskrives ulike tjenestoområder og fordeling av ressurser innen rus og psykisk helse i Saltdal kommune. Rapporten har en generell beskrivelse av samarbeidsavtalene med sykehus / helseforetak på individ – og systemnivå.

I forbindelse med utredningen er det foretatt en todelt spørreundersøkelse opp mot øyeblikkelig hjelp døgnopphold rus og psykisk helse. En er rettet mot brukere og pårørende i Saltdal, den andre er rettet til hjelpeapparatet i kommunen. Spørreundersøkelsen er gjennomgående til de ulike overskrifter i rapporten.

Utredningen har et perspektiv mot etablering av et forprosjekt tilknyttet øyeblikkelig hjelp i kommunen. Dette forprosjektet er basert på en modell med brukerstyrte plasser/ trygghetsplasser tillagt etablering av heldøgns-institusjon for brukere innen psykisk helse og rus. Etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold forutsetter tilknytning til (heldøgns)institusjon.

Utredningen har perspektiver og eksempler (innen somatikk) på forhold knyttet til lokal kommunal drift av et slikt tilbud, herunder også interkommunale løsninger.

I vedlegg ligger det oppsummering over fremtidige planer og føringer for samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, herunder kommunal med-finansiering (KMF).

## 2. INNLEDING OG BAKGRUNN



(foto Erik Fastvold)

Saltdal er en kommune i (Indre) Salten i Nordland. Kommunesenteret ligger på Rognan. Kommunen grenser mot Rana i sør, Fauske i nord; Bodø og Beiarn i vest, og den svenske kommunen Arjeplog i øst. Saltdal kommune har pr. 1. april 2013, 4732 innbyggere.

Kommunen har i likhet med mange andre kommuner et fokus på Samhandlingsreformen og de utfordringene reformen bringer. Kommunen har vært fremadrettet innen felt for somatikk, og var en foregangskommune til å få på plass kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Saltdal Kommune søkte 30.01.2012 Fylkesmannen i Nordland om tilskudd til kommunalt rusarbeid. Det ble her søkt om midler for å kunne utrede øyeblikkelig hjelp til brukere innen Rus – og psykisk helse i kommunen, Søknaden hadde et perspektiv på samarbeid med nærliggende kommuner i regionen.

Saltdal kommune fikk tilslag for å starte dette prosjektet 18.05.12. Prosjektets oppstart dateres til 17.10.12, da prosjektleder ble tilsatt. Prosjektleder er tilsatt i 50 % stilling. Tilskuddet tilsvarer en varighet for prosjektet på 1 år, planlagt avslutningsdato 17.10.13.

## 2.1 Bakgrunn

I samhandlingsreformen vektlegges økt fokus på tiltak som er helsefremmende og forebyggende. Arbeid intensiveres i forhold til habilitering, rehabilitering og på avtalte handlingsforløp.. Det lokale, kommunale tilbudet skal styrkes og oppgraderes, i stedet for, og etter sykehusopphold. Spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles i form av ytterligere å kunne tilby mer spesialiserte tjenester. Samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner skal være styrende for praksis

Den 14. juni 2011 vedtok Stortinget ny lov om kommunale helse – og omsorgstjenester. I denne loven pålegges kommunene et større ansvar for øyeblikkelig hjelp tilbud på døgnbasis jf. § 3 -5. Plikten til å etablere kommunalt tilbud om døgnopphold øyeblikkelig hjelp følger i nevnte lovs tredje ledd: **«Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til»** Den nye loven trådte i kraft 1. januar 2012

**«Et sentralt mål i samhandlingsreformen er å bedre pasientforløp og gi tjenester nærmere der pasienten bor. Et av tiltakene er å opprette tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunen. Tilbudet som etableres skal være bedre eller like godt som alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det nye tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten.»**<sup>1</sup>

De statlige kravene og føringene for øyeblikkelig hjelp døgnopphold oppsummeres i «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell.» (02/2012):

- Kommunene skal overta ansvaret for pasienter/ brukere på vei inn i sykehus
- Fastlege/legevaktslege/tilsynslege kan legge inn pasient /bruker i et kommunalt tilbud og får dermed flere behandlingsnivå å velge mellom.
- «Åpningstid» hele døgnet for ikke planlagte innleggelser
- Ikke krav til saksbehandling første 14 dager ved korttidsopphold
- Pasientene/ brukerne er i hovedsak de med kjente sykdommer, som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling.
- Pasienten/brukeren skal være tilsett av lege (fastlege/sykehjemslege/ legevaktslege), før innleggelse i kommunalt ø-hjelp tilbud
- I organisering av legetjenesten må det tas høyde for at akutte situasjoner og endringer i pasienters tilstand, i mange tilfeller, stiller krav til kort responstid.
- Tilbudet skal være døgnbemannet/24 t av sykepleier, som har styrket sin generalistkompetanse opp mot pasientgruppen «øyeblikkelig hjelp», både i observasjons /vurderings-, og handlingskompetanse.
- Tilbudet skal være bedre eller like godt som et alternativt tilbud i spesialist helsetjenesten
- Bedre pasientforløp, og gi tjenester nærmere der pasienten bor
- Tilbudet skal være faglig forsvarlig
- Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og HF skal regulere tilbudet, og klargjøre hvem av partene som skal yte aktuelle tjenester.

---

<sup>1</sup> Kommunens plikt til ø hjelp døgnopphold – veileder s. 4 (Helsedirektoratet)

Jamfør helse – o g omsorgstjenesteloven § 3-5 og § 3-1 har kommunen plikt til å gi øyeblikkelig hjelp til personer som oppholder seg i kommunen. Denne plikten betyr at kommunen må vurdere hva slags tilbud pasienten eller brukeren trenger. Ut fra en slik vurdering skal det gis et tilbud i kommunen eller henvises videre til sykehus for nødvendig behandling og oppfølging. Kommunene gjør normalt sett selv nødvendige vurderinger av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Dette blir gjort gjennom legevakt. Fastleger har plikt til å ta imot sine listepasienter som trenger Ø hjelp på dagtid. Den medisinskfaglige vurderingen vil være avgjørende for hvilken helsehjelp personen skal ha, og hvor helsehjelp skal utføres.

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold vil inngå som et ledd i den akuttmedisinske kjede. I definisjon av akuttmedisinsk kjede inngår samfunnets samlede beredskap overfor akutte situasjoner, spesialisthelsetjenestens og den kommunale helsetjenestes tiltak<sup>2</sup>

Intensjonen er at Øyeblikkelig hjelp tilbud døgnopphold i kommunene skal utvikles gjennom samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Det som skal være regulerende for tilbudet er de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak. Disse samarbeidsavtalene vil være det overordnede virkemiddel for et samarbeid. Saltdal Kommune har i tråd med Samhandlingsreformen undertegnet samarbeidsavtale med Nordlandssykehuset, herunder også tjenesteavtale 3, som gjelder ansvars – og oppgavefordeling ved henvisning og innleggelse av pasienter innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern.

## 2.2 Hva menes med øyeblikkelig hjelp

***Øyeblikkelig hjelp forstås som henvisning av pasient som har antatt hjelpebehov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten.<sup>3</sup>***

## 2.3 Sentrale reformer innen feltet for rus og psykisk helse

|                                                  |                              |
|--------------------------------------------------|------------------------------|
| Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008 | St.prp. nr. 63 (1997 – 1998) |
| Rusreformen 2004                                 | Rundskriv I – 8 / 2004       |
| Opptrappingsplan for rusfeltet 2007 - 2008       | St. prp. Nr. 1 (2007 – 2008) |
| Samhandlingsreformen                             | St meld. Nr. 47 2008 - 2009  |

<sup>2</sup> Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp – Veiledningsmateriell – revidert 01/2013 (Helsedirektoratet) s.10.

<sup>3</sup> Midtre Namdal samkommune – Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Interkommunalt samarbeid) s 2

## 2.4 Hva skal utredningen brukes til?

Utredningen vil kunne gi et oversiktsbilde i et per dags dato uoversiktlig område innen Samhandlingsreformen. Utredningen vil kunne være bidragsytende for blant annet videre politisk og administrativ behandling i kommunen(e). Utredningen kan bidra til å belyse sentrale spørsmål som;

- Vil lokalkommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen rus og psykisk helse gi et fullverdig og forsvarlig tilbud til brukerne?
- Vil interkommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen rus og psykisk helse for kommunene i Indre Salten være et bedre alternativ.?

### 2.4.1 Interessentgrunnlag

Det er ikke foretatt en konkret kartlegging eller «høring» av interessenter i forkant av denne utredningen. Det er satt opp en liste på involverte parter basert på kjennskap til hvem som vil være aktuelle instanser lokalt i dette arbeidet. En vesentlig del av å finne interessentgrunnlaget i Saltdal kommune er å iverksette en spørreundersøkelse vedrørende en kommunal øyeblikkelig hjelp modell.

Fig. 1 *Interessenter som deltar/ ikke deltar i spørreundersøkelse i Saltdal kommune*

| Ulike interessenters interesse i prosjektet/ målgruppe |                                            | JA | NEI |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----|-----|
| 1                                                      | Partenes faglige og administrative ledelse |    |     |
| 2                                                      | Kommunelege                                |    |     |
| 3                                                      | Brukerorganisasjoner                       |    |     |
| 4                                                      | Fastleger                                  |    |     |
| 5                                                      | Rus og Psykisk helsetjeneste               |    |     |
| 6                                                      | NAV                                        |    |     |
| 7                                                      | Legevakt                                   |    |     |
| 8                                                      | Ambulansetjeneste(AMK?)                    |    |     |
| 9                                                      | Ansattes organisasjoner                    |    |     |



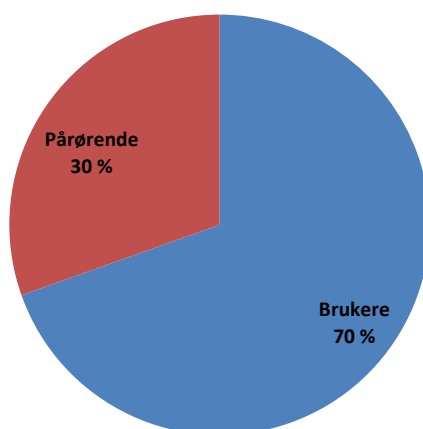
## 2.4.2 Spørreundersøkelse

Etter møte i prosjektgruppa i Saltdal kommune den 20.03.13, ble det bestemt å utarbeide en spørreundersøkelse for brukerne i rus og psykisk helse lokalt i Saltdal. Dette er i samarbeid med Mental helse Nordland. Brukerundersøkelsen vil kunne gi verdifull erfaringskompetanse til utredningsarbeidet

I spørreundersøkelsen er det skissert øyeblikkelig hjelp døgntilbud som også inkluderer en «før» -og «etter» funksjon, (I forkant og etterkant av Øyeblikkelig hjelp). Her vektlegges brukermedvirkning i form av brukerstyrt seng. En slik modell vil gi mulighet for å avdempe overgang mellom (for tidlig) utskrivelse og hjem. Dette er prøvd i ulike former i andre kommuner / byer ofte under betegnelsen "trygghetsplasser"

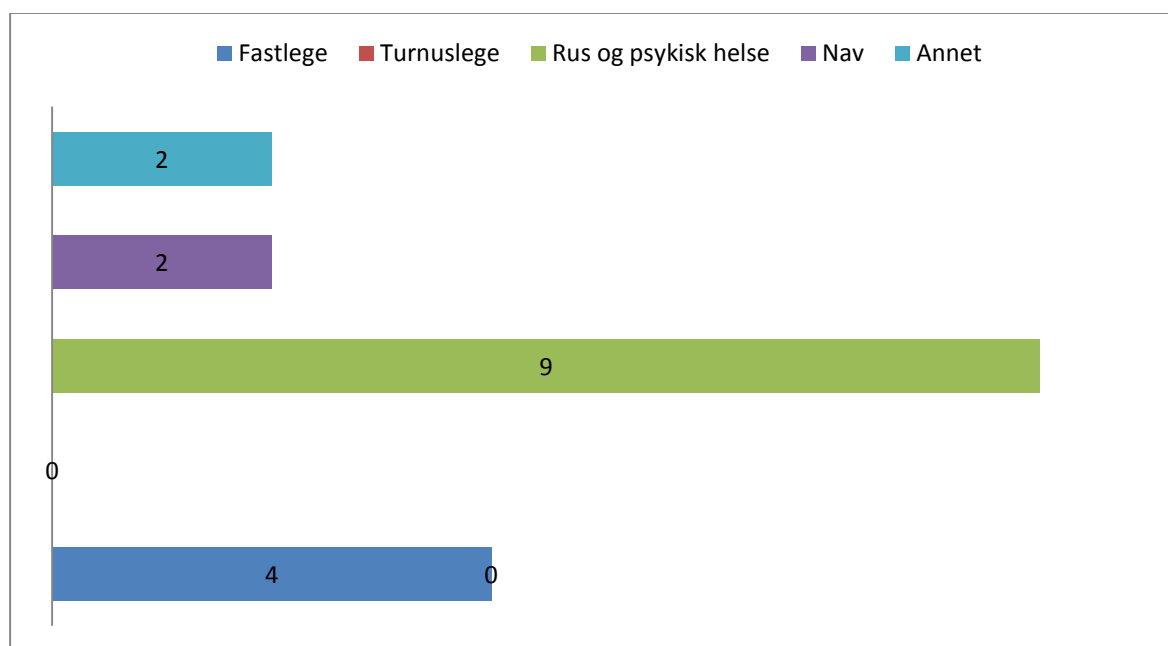
Respondentgrunnlaget i spørreundersøkelsen er 24 brukere og pårørende, som utgjør en prosentvis fordeling på 70 % svar fra brukere og 30 % svar fra pårørende. Besvarelsesprosenten samlet er på ca. 30 %. Til medlemmer av Mental Helse er undersøkelsen sendt pr post. Til brukere i psykisk helse -/ rustjeneste er undersøkelsen levert personlig av ansatte i lokal rus - og psykisk helsetjenesten. Dette kan medføre at undersøkelsen omfatter et selektivt utvalg av brukere, og i så måte ikke til fulle vil være representativ for brukergruppen. Mange av de brukerne som antas å være i målgruppen for øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbud i kommunen (ROP) har ikke svart på undersøkelsen. Dette gjør at det kan påpekes åpenbare mangler med de svarene som foreligger. Det som i tillegg fremkommer er at det er få innleverte besvarelser. Årsak til dette kan være flere. Mental Helses medlemmer, som fikk tilsendt pr post har levert en lavere andel besvarelser, ut fra antall utleverte skjema.

Figur 2. Andel brukere og pårørende i undersøkelsen



Spørreundersøkelsen til 1.linjetjenesten i Saltdal ble rettet til rus psykisk helsetjeneste, turnusleger, fastleger, NAV og andre (blant annet arbeidssenter). Besvarelsesfordelingen ses i tabellen under. Svarprosenten er samlet på 65 %. Rus og psykisk helsetjeneste har levert 100 % svar.

(fig. 3)



### 2.4.3 Sentrale dokumenter

Utredningen har innhentet opplysninger gjennom de dokumenter og veiledere som foreligger knyttet til Øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Utfordringene her er at det er ingen konkrete retningslinjer knyttet direkte til rus og psykisk helse. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for kommunene «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold» (revidert 2013). Formålet til denne veilederen er å hjelpe kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veilederen tar for seg hvilke pasient og brukergrupper som vil kunne være aktuelle for tilbudet, og beskriver hvordan et slikt tilbud skal sikres. Hovedfokus så langt er klart rettet mot somatikk. Likefullt har de dokumenter og det veiledningsmateriale som eksisterer en viss verdi, da de legger føringer som på mange måter vil være gjeldende for området rus og psykisk helse. Gjennom søk i ulike relevante nettfora (blant annet NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) er det undersøkt om det foreligger liknende prosjekter i andre kommuner. Det foreligger lite forskningsmateriale på denne type etablering av kommunale tiltak. Større byer har i ulike former etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud kanskje med hovedvekt på rus, men dette er mer et «storbyfenomen». Det er ikke foretatt omfattende nett-søk på erfaringer med – og forskning på denne type tiltak i utlandet.

Det som ligger nærmest opp til noe «retningsgivende» for psykisk helse og rus er en diskusjonsrapport fra Sintef; «Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal med-finansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling» datert februar 2013. Denne rapporten er laget på bestilling av KS. Rapporten fremmer faglige vurderinger av utredningsarbeid og modeller for KMF som er foreslått fra Helsedirektoratet. (Sintefrapporten forkortes videre SR) Utredningen innstiller seg i stor grad etter det arbeidet som er gjort av Sintef i forhold til kartlegging på landsbasis, utviklingsprognoser og analyse av nasjonale modeller og anbefalinger.

### 3. MÅL FOR UTREDNINGEN

#### Utgangspunkt / Mandat

**«Utrede et øyeblikkelig hjelp døgntilbud for gruppen rus/psykiatri i kommunen med mulighet for et slikt fremtidig øyeblikkelig døgntilbud for Indre Salten»**

#### Delmål:

- ❖ Finne Saltdal kommunes forutsetning og mulighet for å drifte et Øyeblikkelig hjelp døgntilbud til rus/psykisk helse
- ❖ Gjøre vurdering av en Interkommunal samordningsmodell av et slikt tilbud i Indre Salten
- ❖ Kunne gi en oppsummering av hva tilbudet er i kommunene i dag, og gi en videre anbefaling til hva kommunen bør satse videre på. (Kortsiktig/langsiktig)

#### Oppgaver / tiltak:

- Kartlegging av rus og psykisk helsetjenester som er involvert i denne brukergruppen for kommunene i Indre Salten, slik situasjonen er pr 2013:
  - Kartlegge antall brukere innen rus og psykisk helse for hver enkelt kommune i Indre Salten.
  - Kartlegge antall ansatte i rus og psykisk helsearbeid i den enkelte kommune
- Kartlegge antall døgninnleggelser Akutt / Øyeblikkelig hjelp for brukere innen Rus og Psykisk helse for Indre Salten.
- Gjennomgå behov for tjenesten og hvilket område tilbudet skal gjelde, hvem er målgruppen (akutt forverring av psyke, rus, sosialt, observasjon, eventuelt brukerstyrte plasser?)
- Gjennomføre spørreundersøkelse til brukere, pårørende og hjelpeapparat lokalt i Saltdal kommune.

#### Økonomi:

Hvilke økonomiske, administrative og personalmessige ressurser vil et lokalt og/eller Interkommunalt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud kreve

#### Kompetanse

Hvilken kompetanse krever det planlagte tilbudet, og hvordan sikre økt kompetanse gjennom kompetanseplaner

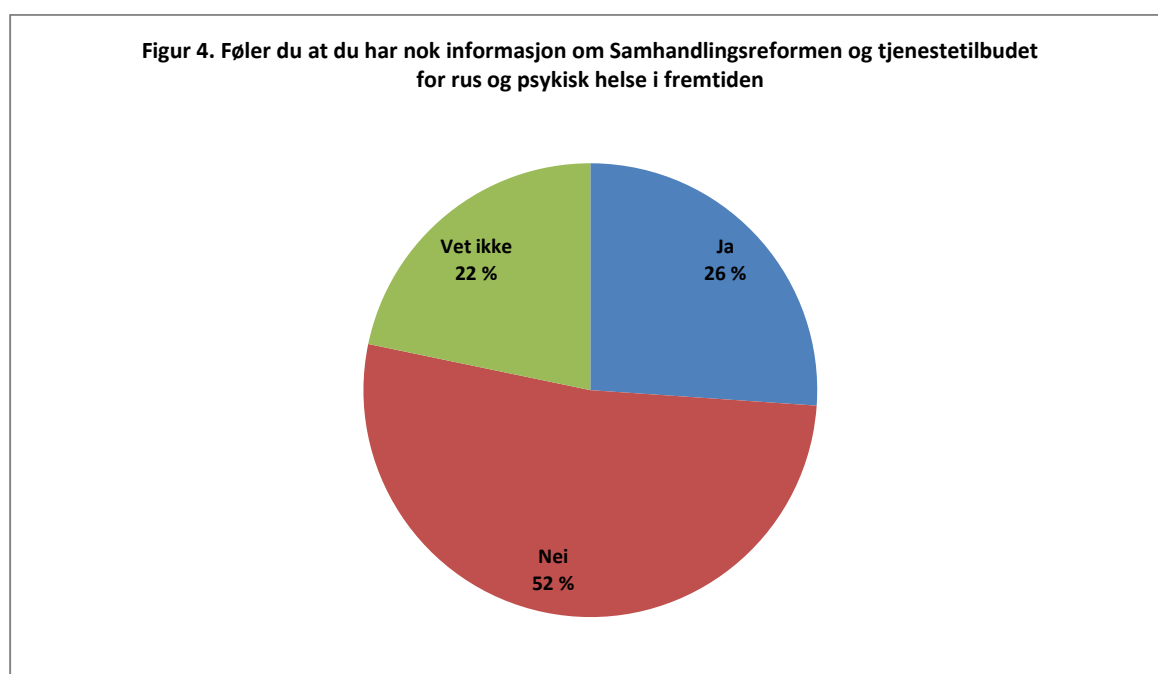
#### Lokalisering

## 4. UTFORDRINGSBILDE I DAG FOR SALTDAL OG I INDRE SALTEN

I spørreundersøkelsen fremgår det at det er forholdsvis få personer blant brukere og pårørende som sier de har kunnskap og informasjon om hva Samhandlingsreformen vil innebære for fremtidig tilbud innen rus og psykisk helsetilbud i kommunen. Dette i seg selv er en utfordring når endringer i tjenestetilbudet etter hvert vil gjøre seg gjeldende.

**Hvordan kan gode premisser for brukermedvirkning tilrettelegges for et tilbud som få brukere vet omfang og konsekvenser av?**

I undersøkelsen svarer 52 % at de ikke har nok informasjon, 22 % vet ikke, mens 26 % sier de har informasjon om Samhandlingsreformen. (En respondent tilskriver dette aktivt medlemskap i Mental Helse).



### 4.1 Skille mellom psykisk helse / rus og somatikk

**-Så ser jeg at det kanskje er mer komplisert teknisk å lage disse ordningene for rus og psykisk helse, enn det er for somatikken. Men vi må jobbe videre med dette...<sup>4</sup>**

<sup>4</sup> Tidligere helseminister Jonas Gahr Støre – fra debatt Stortinget – sitert i Napha 03.05.2013

Saltdal kommune fikk gjennom prosjektarbeid etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen Somatikk i 2013 på Saltdal sykehjem. Saltdal kommune var tidlig i gang med dette arbeidet med utgangspunkt i sitt pre-observasjonsprosjekt, og kan regnes som en foregangskommune på området.

Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp i Somatikk skal være på plass i alle landets kommuner innen 2016. Rus og psykisk helse har vært tiltenkt samme plikt innen samme tidsramme, men her har det vært vesentlige forskjeller i tilnærmingen. Status i dag er at den kommunale med-finansieringen til rus og psykisk helse ikke vil inntre før (mulig) 2015.<sup>5</sup>

Psykisk helse og rus er på mange områder mer komplekst og gir andre utfordringer enn de somatiske helsetjenestene i kommunene. Der somatikken har mer klare pasientforløp, har psykisk helse og rus store gråsoner og usikkerhetsmomenter i forhold til hva som er behandling, utredning, forvern og ettervern. Overgangene mellom disse fasene og tidsforløp er flytende og preget av klare individuelle hensyn.

Arbeidsdelingen mellom psykisk helsevern / TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) og kommunene beskrives som utydelig og lite definert. (Sintefrapporten «Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal med-finansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling» 2013) Dette er noe som skaper usikkerhet og ofte konflikt om hvor brukerne skal behandles og når han eller hun bør utskrives fra spesialisthelsetjenesten. (Her er det i somatikken et mer avklart og innarbeidet samarbeid mellom kommuner og helseforetak.)

I dette bildet vil det være regionale ulikheter ut fra hvor godt utbygd de aktuelle tjenestene er, både i kommunene og i de distriktpsikiatriske sentrene.

## 4.2 Dreining av ressurser

Vi vet at kommunalt psykisk helsearbeid ser stor nytte i å komme tidlig inn i forhold til barn og unge som har problemer relatert til psykisk helse, men at de i liten grad har mulighet til å prioritere disse når det står mange med alvorlige lidelser i kø for å få ressurskrevende botiltak, gjerne med døgnkontinuerlig personell. Dette er svært kostbare tjenester som ofte bygges opp rundt enkeltpersoners behov – særlig i de små kommunene.<sup>6</sup>

Saltdal kommune er i en situasjon som mange andre kommuner også beskriver og gjenkjenner. En stadig større andel av brukerne innen psykisk helse og rus, kanskje spesielt brukere med dobbeltdiagnoser (samtidig rus og psykisk lidelse), har stort behov for hjelp og oppfølging i det daglige. Realiteten er at brukere / pasienter har kortere døgnopphold på sykehusene, de utskrives raskere og har i mange tilfeller større og andre behov enn det kommunene tidligere har vært vant til å håndtere. Kommunene er dermed i en omdreiningsfase. Flere kommuner må sette inn ressurser i form av boliger med fast personell. Dette skaper igjen ringvirkninger som kan føre til nedgang i årsverk på andre viktige områder innen psykisk helsearbeid, for eksempel fritidstilbud, samtaler, oppfølging og tilbud til barn og unge. Ressursene settes inn der behovene er mest synlig - der det er mest akutt.

Oppsummert er ikke ressursfordelingen i kommunen tilpasset endringene i spesialisthelsetjenesten.

<sup>5</sup> Tor Åm – prosjektleder, Helse og omsorgsdepartementet – sitert Napha.no 20.05.2013

<sup>6</sup> Fra Diskusjonsrapport «Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal med finansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling s 26

Saltdal kommune har ut fra dagens situasjon begrensede muligheter i rus og psykisk helsetjeneste til å drive et aktivt og fullverdig forebyggende arbeid, dette er noe som ses med tydelighet i form av et stadig framskridende behov for hjelp og bistand hos en økende andel brukere med alvorlige diagnoser.

Saltdal kommune vil komme i en viss dreining i tjenestetilbudet i årene som kommer. Saltdal har en lang historie og tradisjon fra tidligere HVPU (Helsevernet for psykisk utviklingshemmede), med blant annet sentralinstitusjon på Vensmoen (1966 – 1991)

Mange stillinger i kommunen har vært knyttet til boliger der det bor utviklingshemmede og kommunen har vært vertskommune for mange av brukerne som tidligere bodde på, eller i tilknytning til sentralinstitusjonen. Det er god erfaring og fagkompetanse i kommunen på dette området. I en framskriving av utvikling og behov vil det her bli færre brukere i kommunen i årene som kommer, samtidig med at det vil dannes et økt behov for personell innen psykisk helse og rus.

### 4.3 Etablering av institusjon kan gi mulighet for øyeblikkelig hjelp

Det er et økende behov for etablering av døgnbemannede botilbud for flere brukere innen rus og psykisk helse. I Saltdal er dette på planleggingsstadiet for noen brukere - flere brukere vil etter hvert vil få behov for liknende tilbud. Det må etableres verdige og varige botilbud som er faglig forsvarlig å drifte. En overordnet og fremadrettet strategi vil her være presserende for kommunen - i form av en boligsosial handlingsplan

I dette ligger et mulig potensiale for å etablere øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen.

Gjennom en etablering av boliger med døgnbaserte tjenester vil det gjennom styrking av kompetanse og bemanning, kunne være mulig å yte øyeblikkelig hjelp til en på forhånd avklart målgruppe innen rus og psykisk helse. Helsedirektoratet sier i sin veileder at etablering av øyeblikkelig hjelp vil være avhengig av institusjonstilknytning.

Det vil være krevende for en kommune som Saltdal å sette gode rammer for et slikt tiltak. Det må finnes bærekraftige løsninger både når det gjelder økonomi, beliggenhet, stabilitet, kompetanse og personell. Når dette ses opp mot en «tynnslett» kommuneøkonomi, så er det store utfordringer i vente de neste årene.

.

### 4.4 Lokalt tilbud eller interkommunalt samarbeid?

Diskusjonsrapporten fra Sintef viser til at de største utfordringene og risiko forbundet med KMF (kommunal med-finansiering) er i forhold til kommunenes størrelse og økonomiske forutsetninger. Dette kan også ses opp mot etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen.

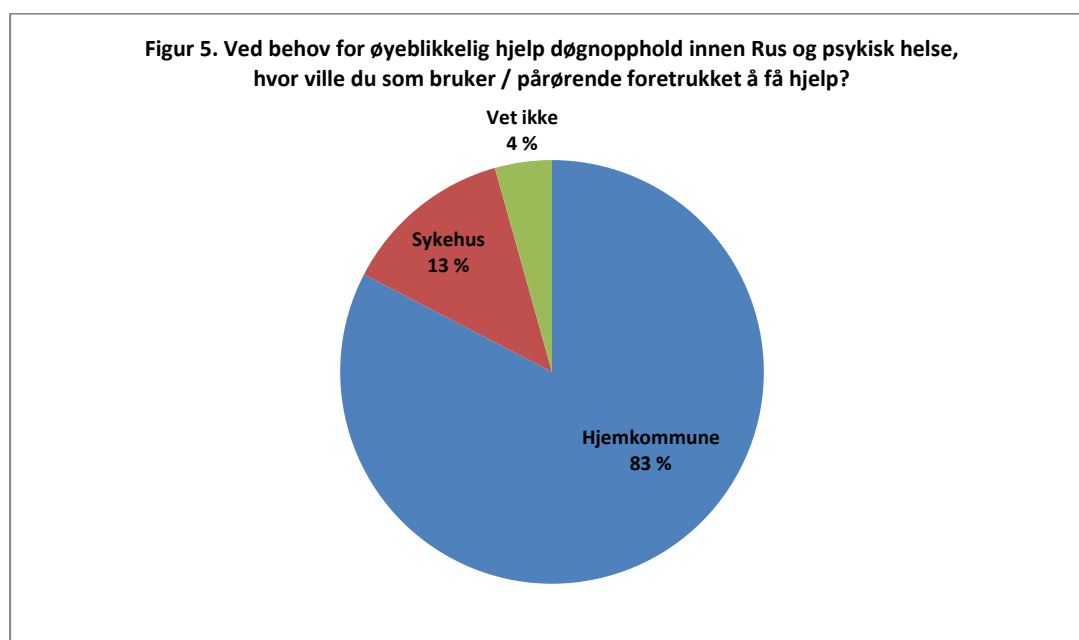
#### 4.4.1 Noen sentrale spørsmålstillinger

- Kan små kommuner innføre og tilby de ulike forventede tjenestene ut fra kvalitetsmessige og faglige hensyn?
- Kan små kommuner «sy sammen» tjenester og tilbud som etter forutsetning skal være bedre eller like godt som alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten?
- Er det herunder mulig å fremskaffe / utvikle den kompetansen som er nødvendig innen tidsperspektivet som er forespeilet?

- Vil det fremtvinge seg A og B lag i kommunene (ut fra blant annet størrelse, økonomi og sårbarhet i forhold til endringer og fagmiljø)?

SR henviser her, under drøfting av KMF, til evaluering av Opptrappingsplanen som underbygger dette. Større kommuner har andre og bedre forutsetninger for å kunne tilby flere tjenester med større grad av tilgjengelighet. Småkommuner, som Saltdal, har like fullt flere fortrinn som blant annet går på nærhet og kjennskap til brukerne og gode interne løsninger preget av fleksibilitet.

I den grad brukerundersøkelsen legges til grunn, så er det her tydelige signaler på at de som har svart har et ønske om å få hjelp i nærmest mulig tilknytning til hjemsted. Dette er også i tråd med mål i Samhandlingsreformen. Fra spørreundersøkelsen i Saltdal kommer det frem at et klart flertall av brukere og pårørende ønsker å få øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen rus og psykisk helse i hjemkommunen i stedet for sykehus. 83 % av de som svarte på undersøkelsen vil ha dette tilbudet lokalt, 13 % av de som svarte ville ha denne type behandling på sykehus, mens 4 % ikke visste. En kommentar fra en respondent var at et slikt tilbud best ivaretas på sykehus ut fra kompetansenivå.



#### 4.4.2 Gode og forsvarlige løsninger påkrever et visst befolkningsgrunnlag.

Ut fra folketall i Indre Salten vil Fauske kommune rangeres som en mellomstor kommune (5.000 – 19.999 innbyggere), mens de øvrige kommunene vil kategoriseres som små (0 – 4.999 innbyggere).<sup>7</sup> (Saltdal kommune er i øvre sjikt i forhold til folketall og grenser opp mot neste kategori.)

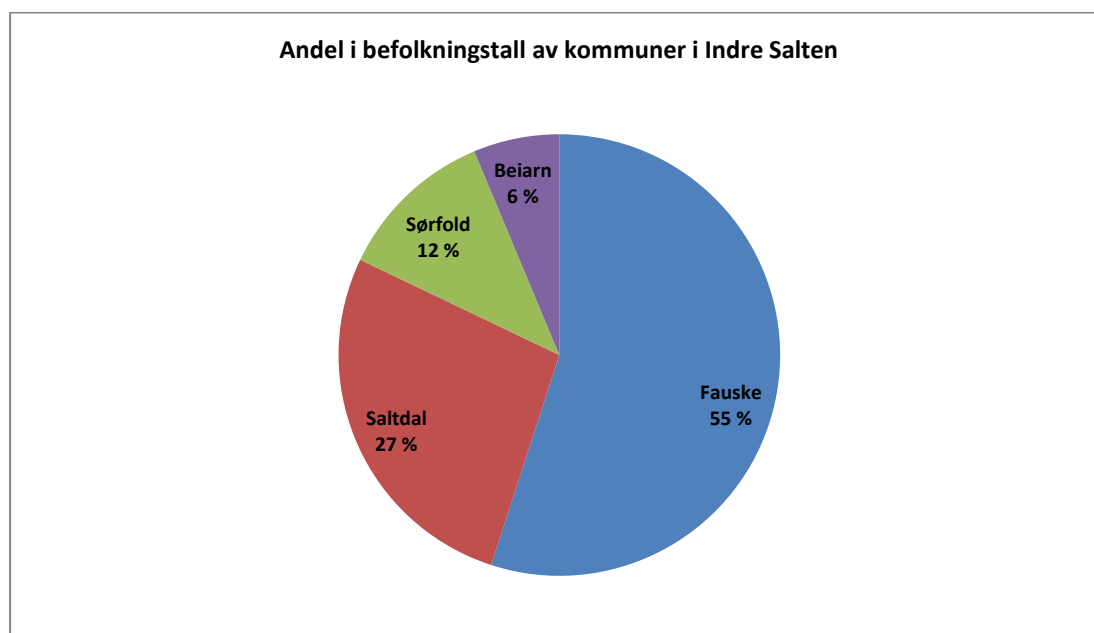
<sup>7</sup> Fra blant annet NOU 2007: 12 (Kriterier – kommunestørrelse)

Fig.6 Befolkningsgrunnlag Saltdal kommune og Indre Salten<sup>8</sup>

| Kommune    | Størrelse i folketall (2013) | Størrelse i % | Befolkningsvekst i % (2013) |
|------------|------------------------------|---------------|-----------------------------|
| Saltdal    | 4710                         | 27,1 %        | 0,81 %                      |
| Beiarn     | 1097                         | 6,3 %         | -0,54 %                     |
| Fauske     | 9513                         | 55,0 %        | -0,21 %                     |
| Sørfold    | 2003                         | 11.6 %        | 0,70 %                      |
| <b>Sum</b> | <b>17323</b>                 | <b>100 %</b>  | <b>0,76 %</b>               |

Det er flere klare indikatorer som tilsier at småkommuner bør gå sammen om øyeblikkelig hjelp døgnopphold for å sikre tilbudet faglig og økonomisk. I SR refereres det til at om likeverdighet skal kunne sikres i tjenestene, uavhengig av bosted, så må kommuner i større grad samarbeide, eller slå seg sammen om tilbud. Et lokalt tilbud for Saltdal kommune vil befolkningsmessig favne 4710 innbyggere, mens et samarbeid i Indre Salten vil omfatte 17.323 personer.

Fig. 7. Andel i befolkningstall av kommuner i Indre Salten<sup>9</sup>



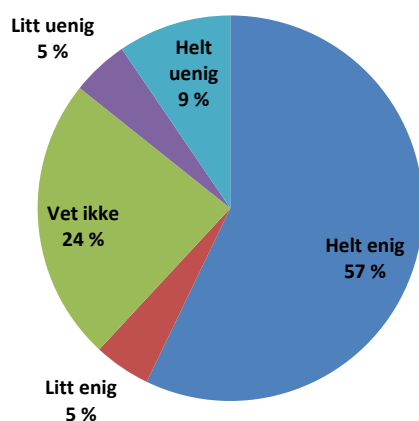
<sup>8</sup> Tall fra SSB

<sup>9</sup> Tall fra SSB

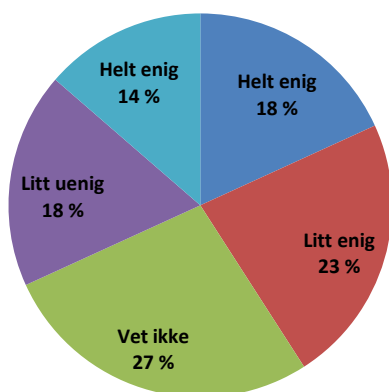


Ulike samarbeidsløsninger og modeller vil, i følge SR, kunne dempe økonomisk risiko og kompetanseutfordringer. Dette må innbefattes gjennom risikoreduserende tiltak og kompetanseplaner i samarbeids-/ finansieringsmodeller mellom kommunene. Nøkkelen for å kunne lykkes er gode samarbeidsløsninger. I spørreundersøkelsen for Saltdal ble det rettet spørsmål om hvorvidt Saltdal kan ivareta et tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnoophold innen rus og psykisk helse, eller om dette vil ha en bedre forutsetning i et interkommunalt samarbeid for Indre Salten. I besvarelse fra brukere og pårørende svarer 57 % at de er enige i at et slikt tilbud vil kunne ivaretas i Saltdal. Til sammen 14 % er henholdsvis litt / helt uenig i dette. På spørsmål om flere kommuner må gå sammen om et slikt øyeblikkelig hjelp-tilbud er svarene spredt og jevnt fordelt, der et lite flertall sier de ikke vet (27 %)

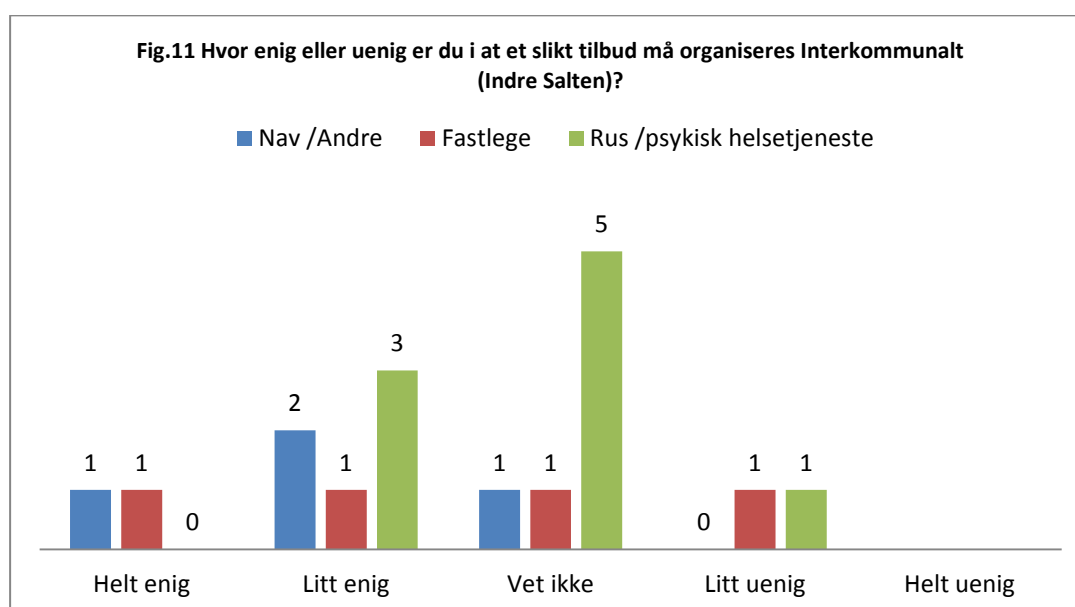
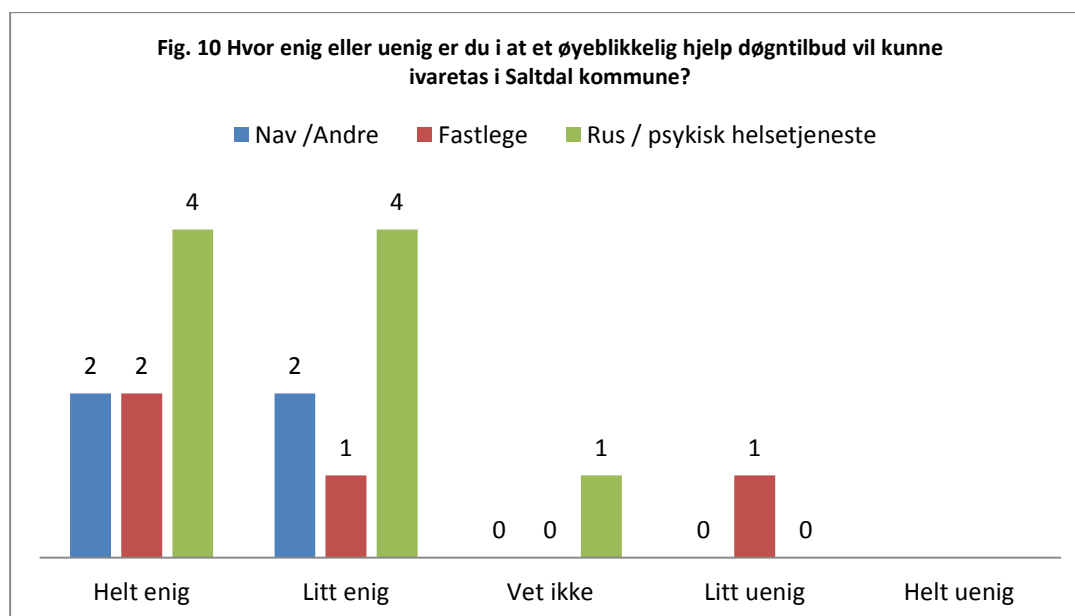
**Figur 8. Hvor enig eller uenig er du i at øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil kunne ivaretas i Saltdal kommune?**



**Figur 9. Hvor enig eller uenig er du i at flere nabokommuner må gå sammen om et slikt tilbud?**



Samme spørsmål er stilt til det lokale hjelpeapparatet. Her fremgår det at det i likhet med brukerundersøkelsen er et klart flertall for at Saltdal kommune vil kunne ivareta døgnbasert øyeblikkelig hjelp tilbud. 15 av 17 respondenter sier seg enig / litt enig i at dette. Samtidig ut fra fig. 11 sier 8 av respondentene at de er helt enig/ litt enig i at et tilbud må være i en Interkommunal modell.



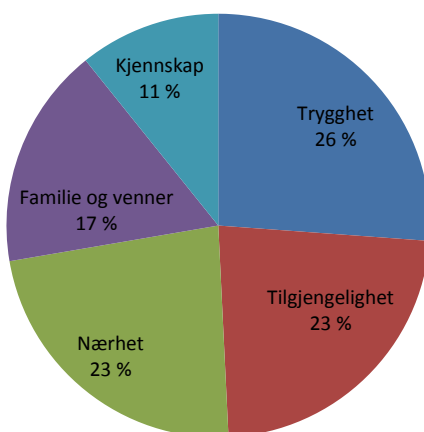
Hvor mye som kan legges i svarene her er noe usikkert, da de ikke er lansert noen konkrete planer og modeller for etablering som kan danne et godt grunnlag for uttalelsene. Usikkerhetsmomentene her gjenspeiler nok de uklare og til dels manglende retningslinjene som tross alt er på dette feltet. Svarene blir da kanskje knyttet litt opp til de erfaringene som fins i kommunen knyttet til øyeblikkelig hjelp for somatikk? I spørreundersøkelsen rettet mot brukerne og pårørende ble det rettet fokus mot mulige fordeler og ulemper ved å opprette et lokalt, kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud.

Følgende områder ble vektlagt:

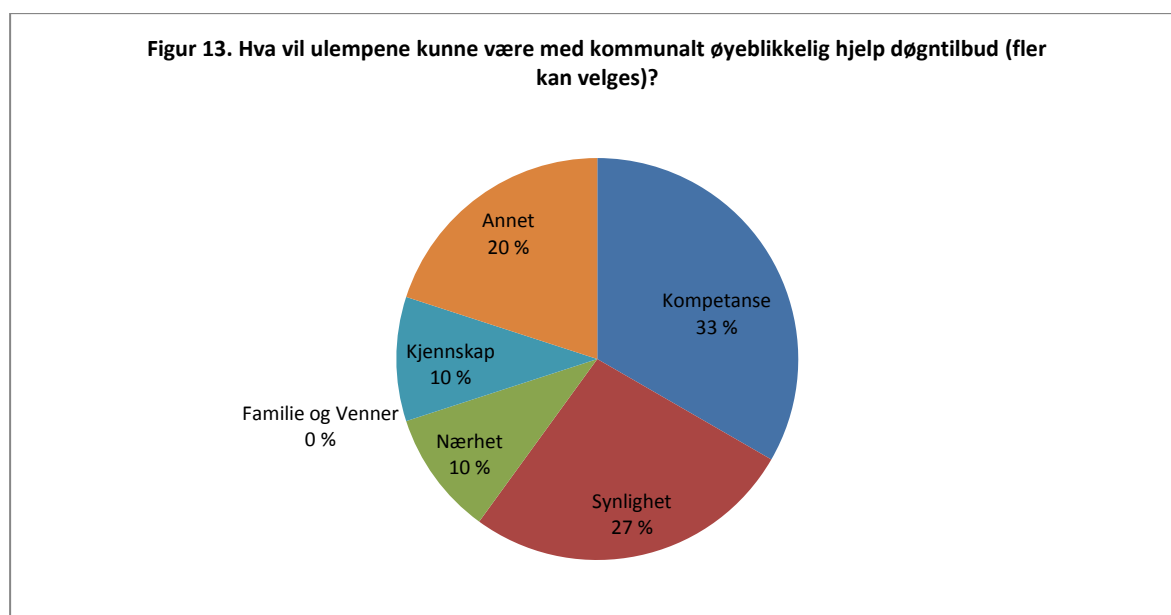
- Kjennskap
- Trygghet
- Tilgjengelighet
- Nærhet
- Familie og venner
- Synlighet
- Annet.

Felles for valgalternativene er, kanskje med unntak av «synlighet», at de både kan oppleves fordelaktig og ufordelaktig. Utvalget av «fordeler med et kommunalt tilbud» viser en forholdsvis jevn spredning på svaralternativer, men med overvekt på trygghet (26 %), tilgjengelighet og nærhet (begge 23 %).

**Figur 12. Hva vil fordelene kunne være med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (flere kan velges)?**



I forhold til «ulempes ved en kommunal etablering av øyeblikkelig hjelp» trekkes kompetanse frem som et «ankepunkt», noe som gjenspeiler tidligere nevnte utfordringsbilde knyttet til små kommuners forutsetning for å drifte et slikt tilbud.



33 % av brukere og pårørende setter spørsmålstegn om kompetanse vil kunne bli godt nok ivaretatt. 27 % av brukere/pårørende ser utfordringer i forhold til «synlighet» i en liten kommune. Noe som også kommer frem i kommentarfeltet, en respondent trekker frem at muligheten for «anonymitet» blir minsket. Kommunen er liten/ lite lokalsamfunn - «alle kjenner alle». En respondent sier at nærhet og kjennskap også kan være problematisk, det kan være lettere å be om hjelp fra fremmede. En annen sier at det kan fort bli for nært og det er ikke alle som vil la seg behandle av «kjente». Flere sier i kommentarfeltet at de ikke kan se ulemper ved et slikt tiltak

## 5. INNDELING AV TJENESTEOMRÅDER

Diskusjonsrapporten fra Sintef har inndelt samarbeid og utfordringer innen psykisk helse og rus til tre hovedområder /grupper.

- Tjenester til voksne pasienter/brukere innen psykisk helse
- Tjenester til barn og unge innen psykisk helse
- Tjenester til mennesker med rusavhengighet

Som kommentar til overstående inndeling må det bemerkes at et slikt skille mellom rus og psykisk helse kan bli for kategorisk. Rus og psykisk helse er preget av glidende overganger, der klare skiller ofte er vanskelig å stadfeste (gjelder også for barn og unge). Helse og omsorgsdepartementet sier at når en betydelig gruppe pasienter har samtidig rus- og psykisk helseproblemer(ROP), så tilsier dette at man ikke bør ha ulike ordninger for disse områdene.<sup>10</sup> Høringsutkast for «Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – Sammen om mestring» har i tråd med dette, sagt i overordnet hovedbudskap, at rus og psykisk helse skal ses i sammenheng

<sup>10</sup> <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/finansiering-av-spesialisthelsetjenester/detalj/>

I Saltdal kommune ble det i 2011 gjort en organisatorisk endring av tjenestetilbudet. Tidligere var det et skille mellom rus og psykisk helsetjeneste i form av at rus lå under Sosialtjeneste/ NAV, mens psykisk helse var en egen tjeneste. Omorganiseringen førte til en intern overføring av ressurser fra NAV til psykisk helse - og rustjeneste i kommunen. Tilbudet innen rus og psykisk helse i Saltdal har vært, og er i stor grad, rettet mot voksne. Tilbud har i mindre grad vært rettet mot konkrete forebyggende tiltak for barn og unge

## 5.1 Tjenester til voksne pasienter/brukere innen psykisk helse

Kommunene har i løpet av de siste 15 år, som et resultat av Opptrappingsplanen for psykisk helse bygget opp tjenestene sine til mennesker med psykiske lidelser. Evaluering av opptrappingsperioden viste at mange av målene ble nådd.

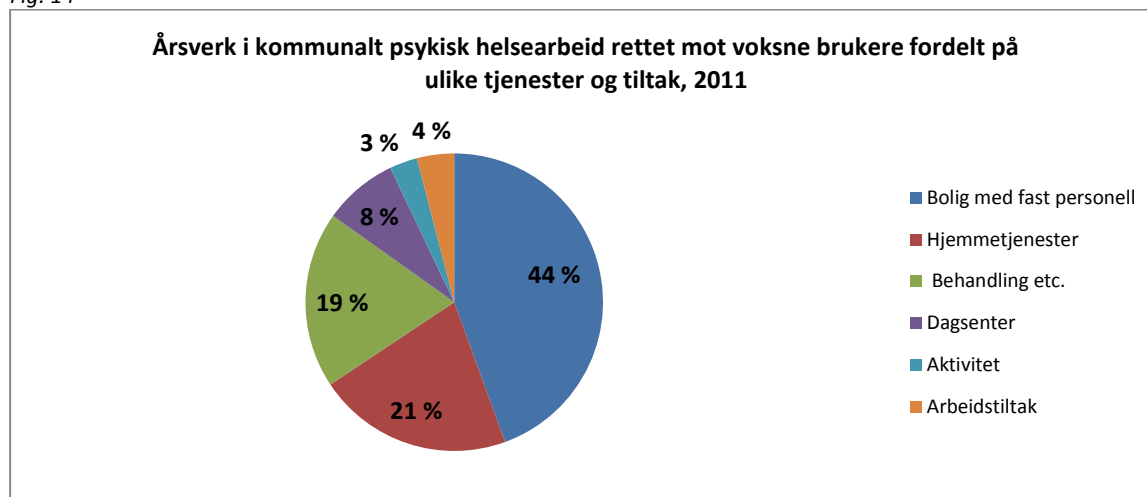
I ettertid har Opptrappingsplanen fått en del kritikk på flere områder, blant annet for å ha fokusert for mye på kvantitet kontra faglig kvalitet og virkning m.m. Målene i Opptrappingsplanen har også møtt kritikk i forhold til manglende ambisjoner. Mange behov var ikke tilstrekkelig håndtert ved utgangen av planperioden.

Opptrappingsplanen resulterte videre i en forsterkning av spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse. Dette resulterte i en økning i antall døgnopphold fra planperiodens oppstart, for så gå ut i en utflatingsfase i antall døgnopphold ved planperiodens slutt og videre frem til i dag.

Tall og undersøkelser viser at antall døgnopphold øker i spesialisthelsetjenesten, mens antall faktiske oppholds-døgn stadig går ned. Dette kan ha flere årsaksforklaringer; færre langtidsplasser, flere med lettere lidelser, flere svært korte opphold, avkortning av opphold m.m.

Kommuner opplever i sum at pasienter/brukere skrives tidligere ut en før fra spesialisthelsetjenesten. Dette resulterer i større lokale utfordringer da brukerne ofte er svært syke og har store og omfattende hjelpebehov som kommunene må håndtere. Tall viser at det er en kraftig nedgang på gjennomsnittlig døgnoppholdslengde i spesialisthelsetjenesten bare de siste 4 år, fra 29 til 24 dager. Dette tilsvarer en reduksjon på over 20 prosent.<sup>11</sup>

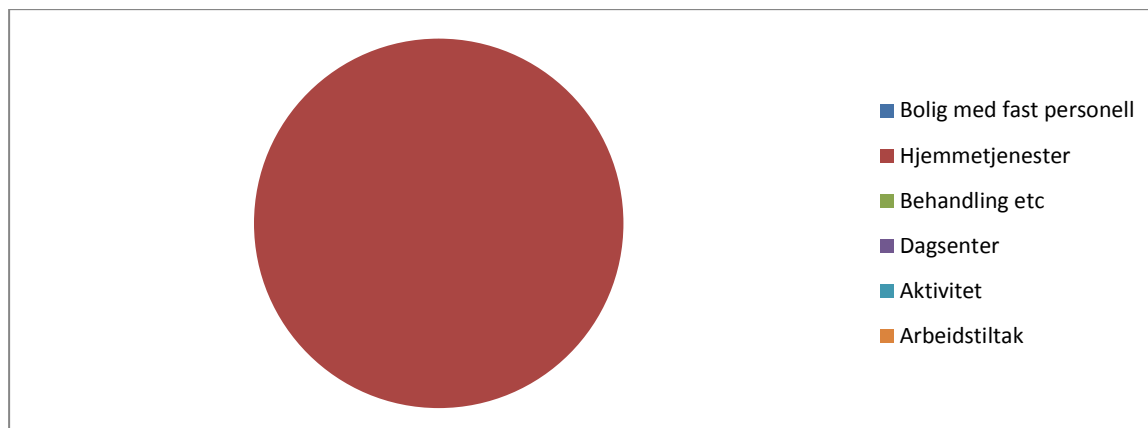
Fig. 14



Dette er en helsepolitisk initiert og planlagt dreining som skal gå fra døgnavdelinger til ambulant virksomhet og praksis. Figur 14 viser fordelingen av årsverk til voksne brukere i kommunalt psykisk helsearbeid. Som figuren viser er 44 % av årsverkene innrettet mot boligtiltak med fast personell

<sup>11</sup> Fra Diskusjonsrapport «Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal med-finansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling s 14

**Fig 15. Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid i Saltdal kommune rettet mot voksne brukere fordelt på ulike tjenester og tiltak 2013**



Tall som er oppgitt i figur 15 er de faktiske innrapporterte tall fra Saltdal kommune for 2012 til Sintefs kartlegging til «Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal med-finansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling».

Ut fra kriterier for rapportering fremgår det at hele tjenestetilbudet i årsverk knyttet til psykisk helsearbeid i Saltdal er organisert gjennom hjemmetjeneste / oppsøkende tjeneste (100 %).

Tabellen bygger på 6,4 årsverk.

Tjenester gis også i form av samtaler, veiledning, møter m.m. slik at en viss prosentdel av de innmeldte hjemmetjenestene vil kunne gi prosentsscore på «Behandling etc.»

Som videre tilleggskommentar har Knaggen (arbeids – og aktivitetssenter) ca. 2 årsverk (samlet) som er knyttet til brukere innen rus og psykisk helse. Tilbudet gis til ca. 15 brukere i kommunen. Dette kan gi prosentvis score i figur 16 under aktivitet og arbeidstiltak - hvis det tas med årsverk i et bredere perspektiv.

### 5.1.1 Antall ansatte og brukere i Indre Salten

**Fig. 16 Antall ansatte og brukere tilknyttet 1. linjetjeneste Rus og psykisk helsearbeid i kommunene Indre Salten<sup>12</sup>**

| Kommune | Antall ansatte | Antall årsverk | Antall brukere | Antall brukere pr. årsverk | Antall årsverk pr 1000 innbygger |
|---------|----------------|----------------|----------------|----------------------------|----------------------------------|
| Saltdal | 9              | 6,3            | 81             | ca. 13                     | 1,3                              |
| Fauske  |                |                |                |                            |                                  |
| Beiarn  | 4              | 3,3            | 26             | ca. 8                      | 3                                |
| Sørfold | 4              | 3,3            | ca.73*         | ca. 22*                    | 1,64                             |

<sup>12</sup> Tall fra enhetene i kommunene

Figur 16 viser antall ansatte i kommunene i Indre Salten. Tabellen har følgende inndeling:

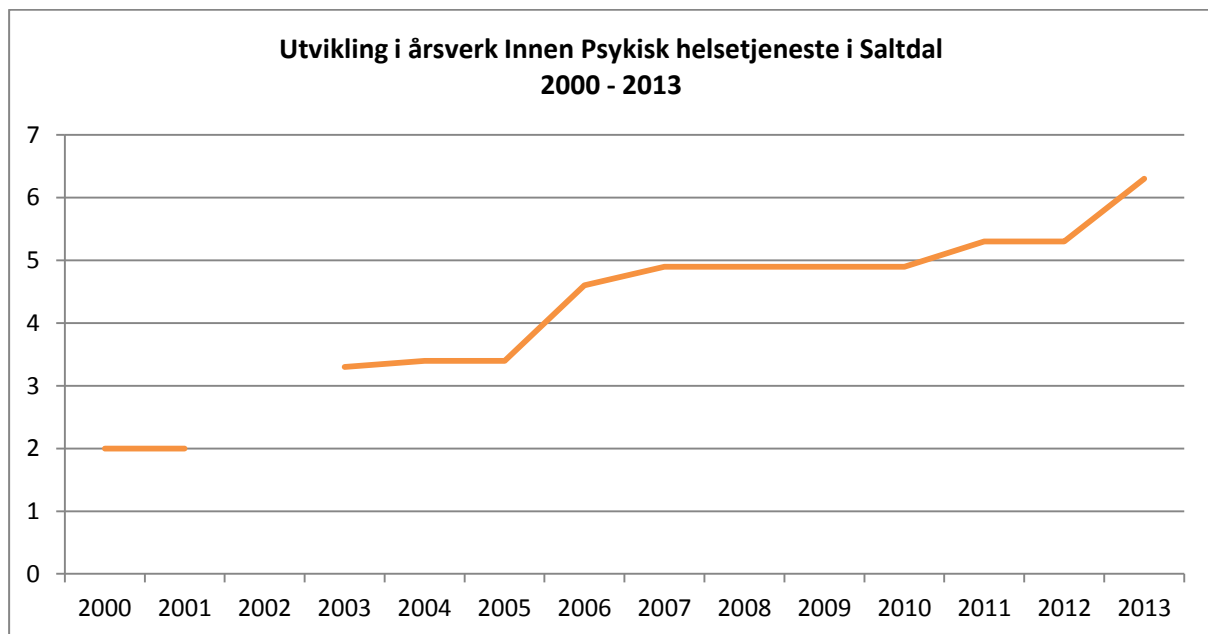
- antall brukere tilknyttet tjenesten
- antall brukere pr årsverk i kommunen
- antall årsverk pr 1000 innbyggere i kommunen

Ut fra innrapporterte tall til utredningen har Sørfold har et forholdsvis stort antall brukere i sin statistikk. I dette ligger forklaringen i organisering av tilbudet. Mange brukerne har samtaler og konsultasjoner med psykiatrisk sykepleier i kommunen. ( Det bemerkes fra Sørfold at dette er et økende antall) Antall brukere som primært knyttet til miljøtjenesten er mellom 10 -15 personer. Beiarn kommune beskriver å ha få, om noen innleggelser siste år innen rus og psykisk helse døgnoophold. (Noe som også støttes i tallene fra NLSH, der det ikke er oppgitt innleggelser innen øyeblikkelig hjelp døgnoophold fra Beiarn kommune i 2012) Beiarn tilskriver dette et godt forebyggende arbeid i kommunen. Beiarn kommune har ut fra overstående tabell helt klart den beste «dekningsgrad» av antall årsverk opp mot befolkningstall. Beiarn har over dobbelt antall dekning (3) enn for eksempel Saltdal(1,3) - pr 1000 innbygger.

### 5.1.2 Utvikling av tjenestetilbudet i Saltdal

I tråd med Opptrappingsplanen har Saltdal kommune gradvis styrket sitt tjenestetilbud innen rus og psykisk helse de siste 10 årene. Saltdal kommune tilførte en ekstra full stilling til rus og psykisk helse i desember 2012 med bakgrunn i de økte behovene i kommunen.

Fig 17<sup>13</sup>



<sup>13</sup> Tall fra Rus og psykisk helsetjeneste i Saltdal kommune

Fig 18<sup>14</sup>

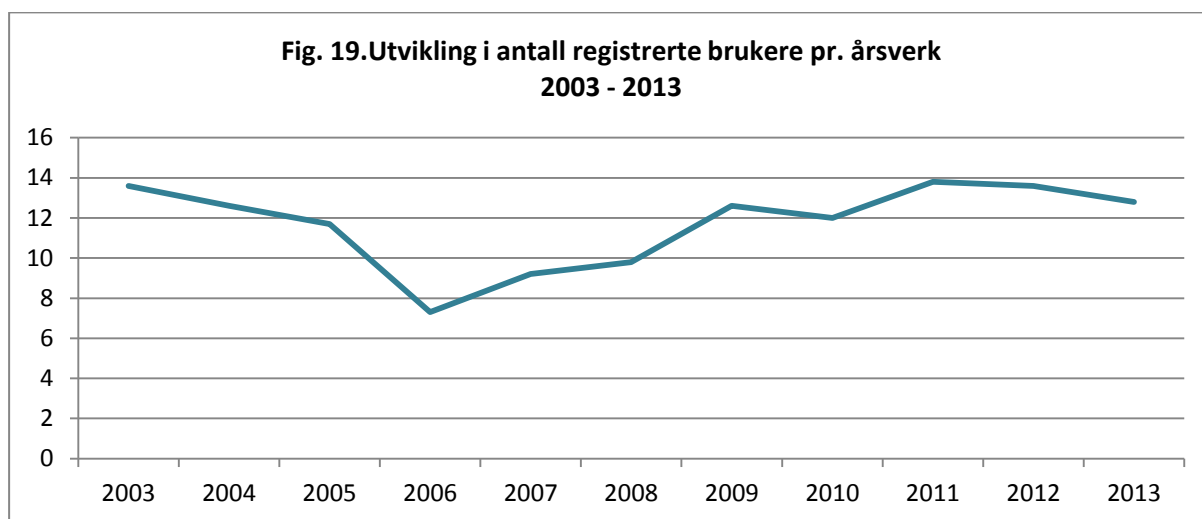
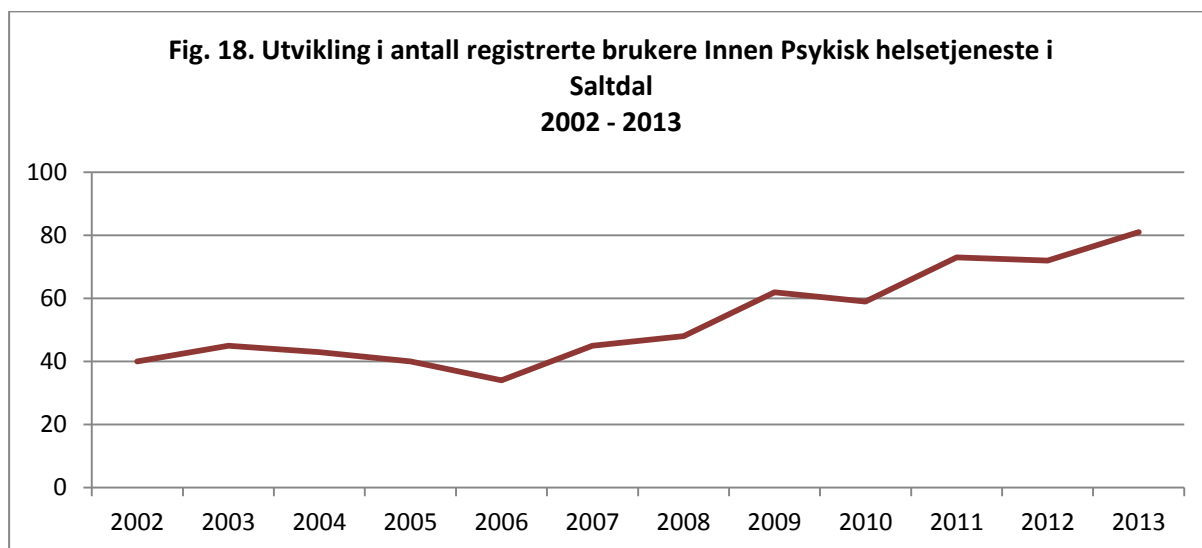


Fig 20. Utvikling i årsverk i kommunal rus/psykiatritjeneste i Saltdal, sett opp mot utvikling i registrerte brukere og antall brukere pr. årsverk

| År                                  | 00  | 01  | 02 | 03   | 04   | 05   | 06  | 07  | 08  | 09   | 10   | 11   | 12   | 13   |
|-------------------------------------|-----|-----|----|------|------|------|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|
| Utvikling årsverk                   | 2,0 | 2,0 |    | 3,3  | 3,4  | 3,4  | 4,6 | 4,9 | 4,9 | 4,9  | 4,9  | 5,3  | 5,3  | 6,3  |
| Utvikling registrerte brukere       |     |     | 40 | 45   | 43   | 40   | 34  | 45  | 48  | 62   | 59   | 73   | 72   | 81   |
| Utvikling antall brukere pr årsverk |     |     |    | 13,6 | 12,6 | 11,7 | 7,3 | 9,2 | 9,8 | 12,6 | 12,0 | 13,8 | 13,6 | 12,8 |

<sup>14</sup> Registrerte tall fra Rus og psykisk helsetjeneste i Saltdal kommune



Tall fra Folkehelseinstituttets folkehelsebarometer viser at Saltdal og Fauske har en større overvekt av psykiske symptomer og lidelser i befolkningen enn i resten av landet. Sørfold og Beiarn ligger på landsgjennomsnittet. Denne fremstillingen har ikke noen konkrete tall som kan gi nærmere sammenlikningsgrunnlag eller vise utvikling, og har dermed en noe begrenset verdi. Like fullt støtter dette grunnlaget opp om Innleggelsestallene i fig 22, hvis det regnes prosentdel av innleggelser ut fra folketall i kommunen.

Hvis Sørfold og Saltdal ses opp mot hverandre, så har Saltdal over dobbelt antall innleggelser innen rus og psykisk helse i prosent (1.33 %) ut fra samlet folketall, enn det Sørfold har (0,65 %).

Hva som er årsak til disse trekkene kan ha flere forklaringer, blant annet ut fra befolkningsandel som er bosatt i tettsted.

Andre trekk kan være;

- Arbeidsledighet
- Forebyggende arbeid
- Behovsfaktorer
- Rusavhengighet
- Rusmønster
- Tilgang på rusmidler
- Underforbruk eller overforbruk av spesialisthelsetjenester
- Økonomi mm

**Fig 21 Fra folkehelseinstituttets folkehelsebarometer for kommunene i Indre Salten<sup>15</sup>**

|                |                                                                                                                                     |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Saltdal</b> | Andel med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt             |
| <b>Fauske</b>  | Andel med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt             |
| <b>Sørfold</b> | Andel med psykiske symptomer og lidelser er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert ut fra data fra fastlege og legevakt. |
| <b>Beiarn</b>  | Andel med psykiske symptomer og lidelser er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert ut fra data fra fastlege og legevakt. |

<sup>15</sup> Fra folkehelseinstituttet – Folkehelseprofiler 2013 (KUHR-databasen, fastlege og legevakt.)

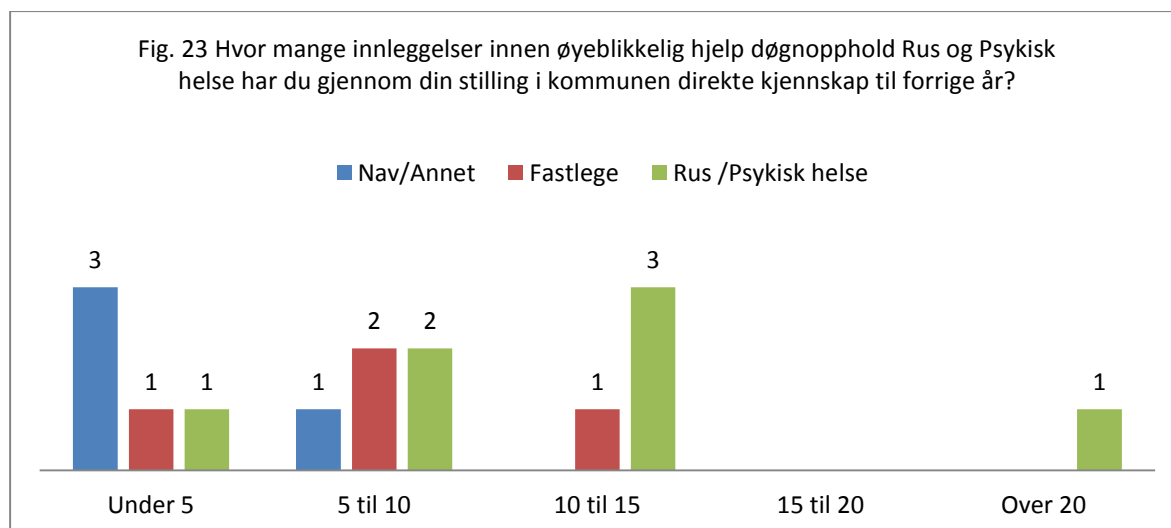
**Fig. 22<sup>16</sup>**

| Kommune | Innleggelser Øyeblikkelig hjelp døgnopphold NLSH rus /psykisk helse 2012 | Folketall i kommunen | Andel innleggelser rus /psykisk helse NLSH ut fra folketall i kommune |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Saltdal | 63                                                                       | 4710                 | 1,33 %                                                                |
| Fauske  | 111                                                                      | 9513                 | 1,16 %                                                                |
| Sørfold | 13                                                                       | 2003                 | 0,65 %                                                                |
| Beiarn  | Ikke oppgitt                                                             | 1097                 | -----                                                                 |

### 5.1.3 Lokal kjennskap i førstelinjetjenesten

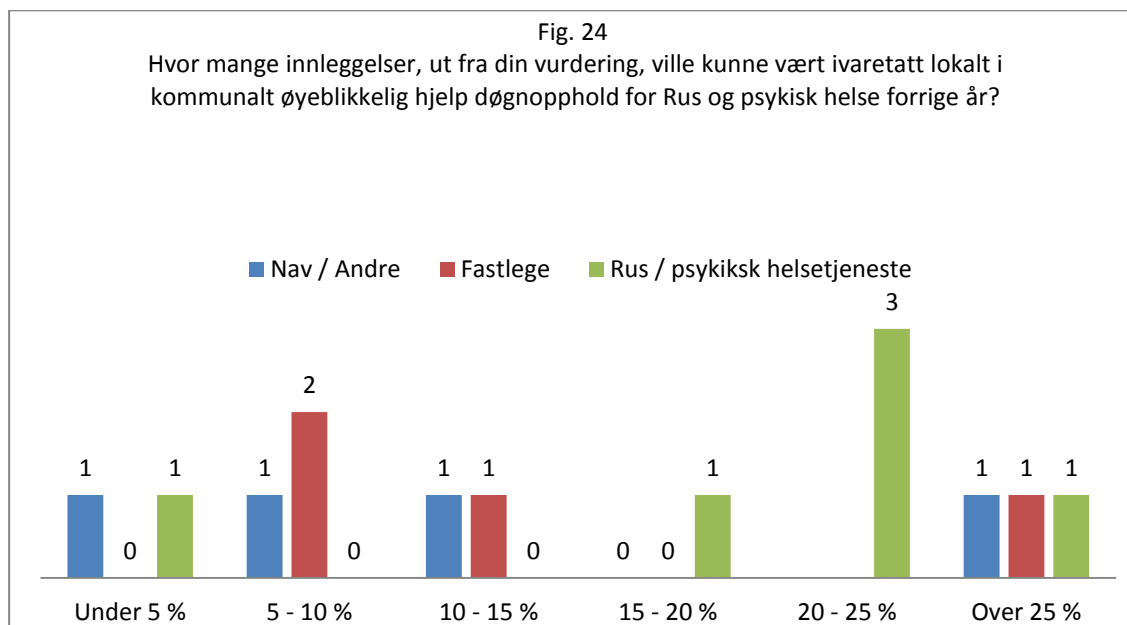
Nasjonale beregninger tilsier at kommunene (innen somatikk) bør påregne ivareta 10 % av sine sykehusinnleggelser i øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

Fra spørreundersøkelsen i Saltdal ble det rettet spørsmål til 1. linjetjenesten om kjennskap til antall øyeblikkelig hjelp innleggelser 2012. Besvarelsene viser at det er en jevn fordeling på de første feltene, altså 0 – 10, kun en person har kjennskap til over 20 innleggelser i 2012. (En av legene har besvart ut fra å tolke spørsmålet til innleggelser han/hun selv har gjort.)



<sup>16</sup> Kolonne 1 – tall fra NLSH  
Kolonne 2 – tall fra SSB

Det etterspørres videre om hvor mange av innleggelserne ovenfor som ville kunne vært ivaretatt i kommunen. Her er det en markant spredning i svarene. 6 respondenter svarer at over 20 % av disse innleggelserne ville kunne vært gjort i et kommunalt tiltak. 2 av 4 fastleger er mer nøkterne, og anslår at mellom 5 -10 % av innleggelserne ville vært aktuelle i et lokalt tilbud.



Svarene her må igjen vurderes som skjønnsmessige, da det ikke er noe målbart utgangspunkt i form av et avklart, konkret tiltak å svare ut fra. Svargrunnlaget er ut fra et faglig skjønn og en individuell god kjennskap til den enkelte bruker. Respondentene vil ha et relativt klart bilde av hva og for hvem, kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud ville kunne gjelde. Svarene (og spørsmålet) gir videre ikke noen indikator på om det er enkeltstående innleggelser eller om det gjelder brukere med flere (re)innleggelser i løpet av året.

## 5.2 Tjenester til barn og unge innen psykisk helse

Barn og unge var et område med prioritet for kommunene når Opptrappingsplanen kom. En av de overordnende målsetningene var at kommunen skulle øke sin innsats slik at alle barn og unge skulle kunne få et likeverdig tilbud med like muligheter for utvikling, uavhengig av sosial bakgrunn og tilhold i Norge. (Spesialisthelsetjenesten skulle her bistå etter behov). Evaluering av Opptrappingsplanen har til dels konkludert med at målsetningen ikke er nådd. Kommunene har i ettertid av Opptrappingsplanen fått vanskeligere kår og kapasitet for å gjennomføre dette arbeidet. Årsverk for psykisk helsearbeid for barn og unge har hatt en tydelig nedgang på landsbasis.

Kommunen har ansvar og klare oppgaver for psykisk helsearbeid for barn og unge. Dette er et ansvar som deles av alle de kommunale tjenestene som arbeider og er i kontakt med barn og unge. Barnehage, skole, kultur og fritid regnes som viktige arenaer for ivaretagelse og utvikling av god psykisk helse

Fig. 25

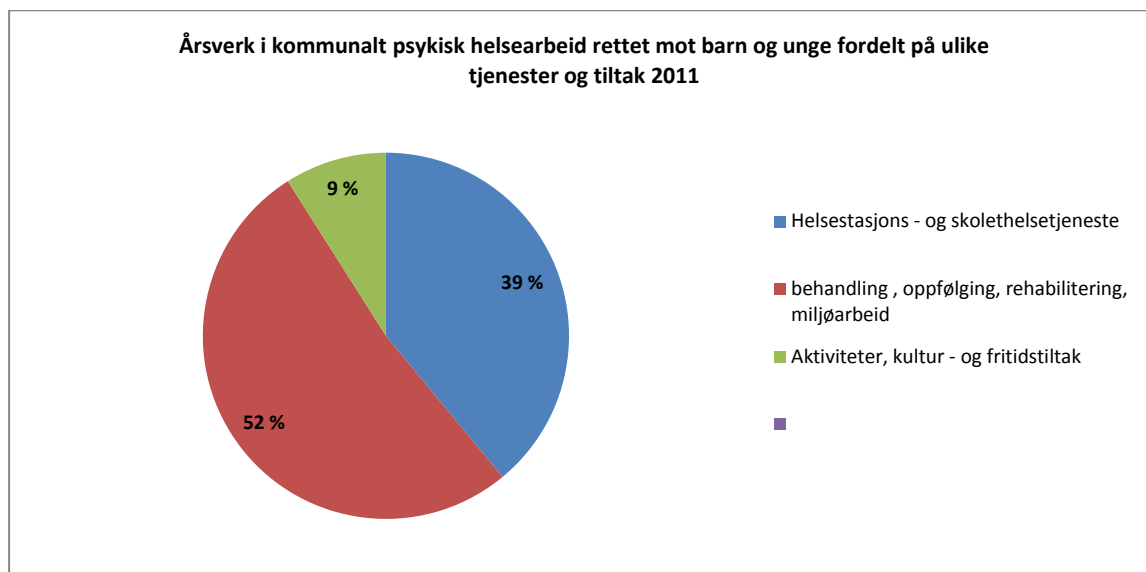


Fig. 26



Tall som er oppgitt i figur 26, er basert på de innrapporterte tallene fra Saltdal kommune til Sintefs rapport. Tallene er fra 2012. Antall årsverk som samlet er medregnet gir 1,2 årsverk for helsestasjons- og skolehelsetjeneste (38 %), 1 årsverk for samlet behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. For punkt "aktiviteter, kultur – og fritidstiltak" er det også iberegnet 1 årsverk. (Samlet 3,2 årsverk)

### 5.2.1 Spesialisthelsetjenestens rolle

Tjenester til barn og unge på spesialisttjenestenivå er i stor grad knyttet opp til Barne – og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). BUP er et poliklinisk spesialisttilbud innen psykisk helsevern for barn og unge. Målgruppe for tilbud er barn og ungdom under 18 år og deres familier. Det har vært en utvikling med kraftig vekst i antall polikliniske tiltak siden Opptrappingsplanen trådte i kraft. Veksten kan skyldes endring i praksis, men også antall barn og unge med økende behov, samt økning i dekningsgrad (SR 2013). De tidligere nevnte samarbeidsavtalene under tjenester for voksne, vil også være gjeldende for barn og unge, herunder også øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Det er ut fra SR uvisst og lite kunnskap om hvor godt disse avtalene fungerer for barn og unge innen psykisk helse. Det eksisterer i liten grad gode og oppdaterte kartlegginger av hvordan tjenestene til barn og unge har utviklet seg. Antagelser tilsier at det er et økende press på de kommunale tjenestene.

På dette nivået er regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) tatt med, men igjen fremheves det at det ikke er kunnskap om praksis og videre samhandling mellom 1. – og 2. linjetjenesten. Innen 2. linjetjenesten er det store ulikheter og forskjeller i tilbudet som gis. Årsakene til dette kan skyldes ulikheter i både tilgjengelighet og praksis. SR sier videre at det er mangelfull kunnskap om ståstedsanalyse for samhandlingsreformen når det gjelder barn og unge. Det gjøres i dag en omfattende pasientkartlegging innen psykisk helsevern, men denne er for voksne og inkluderer ikke barn og unge. Det legges frem at det ikke foreligger kjennskap til om en slik kartlegging er planlagt for barn og unge. men det skal i følge Helsedirektoratet gjøres en nærmere gjennomgang av psykisk helsevern for barn og unge. (SR 2013)

Barn og unge blir regnet som en særlig sårbar gruppe i forhold til øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen rus og psykisk helse. Det blir fra Helsedirektoratets side argumentert for (SR - 2013) at dette i stor grad er spesialiserte tjenester som det vil være unaturlig at kommunene skal kunne klare å drifte. Det som det like fullt fremgår fra helsedirektoratet er et forslag om at døgnaktivitet for barn og unge likevel tas med videre i prosessen, med utgangspunkt i at det utgjør en liten del av samlet kostnadssum. Ut fra vurdering og kompetansebakgrunn ser Sintef at dette kan utgjøre en stor risiko for en særs sårbar brukergruppe. Anbefalingen fra SINTEF er å skjerme barn og unge i hvert fall i første omgang.

Konklusjonen er at det må her gjøres en grundig videre utredning av dette spørsmålet.

## 5. 3 Tjenester til mennesker med rusavhengighet

Den 1.januar 2004 tok de regionale helseforetakene over ansvaret fra fylkeskommune for spesialisthelsetjenester til rusavhengige, dette som et ledd i Rusreformen. Målsetningen med reformen var å sikre et godt, helhetlig og helsefaglig behandlingstilbud til rusavhengige (tverrfaglig spesialisert rusbehandling - TSB). I tillegg til dette var målet å etablere et bedre tjenestetilbud til brukere med sammensatte behov.

Studier med livsløpstilnærming tilsier at rusavhengighet bør forstås som en kronisk sykdom som krever behandling over lang tid. Med grunnlag i en slik forståelse må tjenestene til rusavhengige i spesialisthelsetjenesten og kommunene være organisert på samme måte som til pasienter med kroniske sykdommer. («Se meg» 6.3 s.76)

Opptrappingsplanen for rusfeltet har et klart perspektiv på folkehelse. Opptrappingsplanen inneholder blant annet følgende målsetninger:

- Bedre kvalitet og økt kompetanse innen forskning
- Økt kompetanse i frivillig sektor
- Bedre statistikk
- Bedre dokumentasjon
- Økt ressursinnsats og mer tilgjengelige tjenester i 1. – og 2. linjetjenesten
- Økt forpliktende samhandling
- Økt påvirkningsmulighet for brukere og pårørende

Ut fra opptrappingstiltakene er det etablert statlige tilskuddsordninger i kommunalt rusarbeid. Kommunene kan her søke om midler til stillinger innen rusarbeid. Saltdal kommune har over flere år søkt midler til arbeid med psykisk helse og rus («STYRK-midler», Boligsosial oppfølging mm.) I SR vises det til at det er lite kunnskap om samarbeidsavtalenes funksjon for brukere med rusavhengighet. Det foreligger noen innspill som tilsier at avtalene ligger på et for overordnet nivå. Det gjør avtalene lite operative. Over år er det likevel jobbet frem gode underavtaler som er mer funksjonelle og konkrete. SR påpeker at det er utfordrende at økonomiske virkemidler i Samhandlingsreformen pr i dag ikke omfatter psykisk helse og rus. Det blir at uttrykt bekymring for at kommunens forbruk av midler og ressurser i for stor grad innrettes mot somatikk. Et, for mange kommuner, «skrapt» kommunebudsjett vil kunne bidra til og forsterke en slik skjevfordeling.

Rusfeltet gir videre tilbakemelding på at det ligger bekymring i forhold til om kommunene parallelt i sine endringsprosesser klarer å håndtere det viktige forebyggende arbeidet som må ivaretas. Et utfordrende område i kommunene, også i Saltdal, er mangel på egnede boliger innen rustjenester. Å etablere egnede botilbud til mennesker med rusavhengighet er en stor og krevende oppgave i små kommuner. Ulike behov og individuelle hensyn hos den enkelte bruker som skal imøtekommes med svært knappe ressurser. Tilbudet og oppfølgingen skal være både faglig og forsvarlig. Kommunene i dag har fått, og får stadig større ansvar for å ivareta vanskeligstilte personer innen rus. (Personer som tidligere hadde mer utbredt tilbud innen spesialisthelsetjenesten.) Disse personene er ofte svært syke og har liten forutsetning for å fungere i egen bolig, og forfaller uten tett oppfølging.

*En lav andel kommuner har foretatt kartlegginger av omfang av rusproblemene. Av de beregninger som er foretatt, er det en tendens til at omfanget av personer med rusproblemer øker med kommunistørrelse og kommunesentralitet. Data fra kommunene som har registrert personer med et rusproblem, viser et snitt tall per 1000 innbyggere for fylkene på 8,3 registrerte personer.<sup>17</sup>*

---

<sup>17</sup> St. Meld. 30 «Se meg!» 6.1 s. 73

Hvis disse gjennomsnittstallene og beregningene legges til grunn for kommunene i Indre Salten vil status fremkomme slik: Fig.27

| Kommune | Folketall | Antall personer med rusavhengighet/-problem i kommune ( <b><u>ut fra registrert antall</u></b> ) |
|---------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Saltdal | 4710      | ca. 39 personer                                                                                  |
| Sørfold | 2003      | ca. 17 personer                                                                                  |
| Fauske  | 9513      | ca. 79 personer                                                                                  |
| Beiarn  | 1097      | ca. 9 personer                                                                                   |
| SUM     | 17323.    | ca. 144 personer                                                                                 |

Som kommentar til overstående tall for Saltdal kommune, så stemmer tallene bra med det som er registrert i den lokale tjenesten.

SR viser til at det er flere uklare grenser for hva som er kommunens oppgaver og hva som er 2. linjetjenestens oppgaver innen rus enn psykisk helsearbeid. Det konstateres at rusfeltet enda er et «ungt felt» innen spesialisthelsetjenesten, og at det ut fra dette foreligger en hel del utfordringer som må imøtekommes. I SR er det referanse til at omstillingene fremover skal være fra døgnbehandling til dagbehandling, poliklinisk oppfølging og ambulante tjenestetilbud med fokus på brukers hjemmesituasjon. En dreining fra sykehusbehandling til DPS og kommune.

## 6. HVEM ER AKTUELLE FOR ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD-TILBUD INNEN RUS OG PSYKISK HELSE I KOMMUNEN(E)?

Målgruppen for øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen rus og psykisk helse vil være de brukerne som kommunen selv har mulighet for å behandle, utrede og/eller yte omsorg for. De brukerne dette omfatter, er de som har en kjent sykdom, og som har et planlagt og organisert tilbud for kvalitetsmessig ivaretagelse i kommunen. Innleggende lege kan legge bruker/pasient inn i et kommunalt tilbud og får dermed flere behandlingsalternativer å velge mellom.

I gjeldende lovverk blir det ikke utpekt en bestemt gruppe av brukere som kan være egnet for et kommunalt tilbud. Det påpekes på et generelt grunnlag at de pasienter som kan være aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold i stor utstrekning vil være de samme som hyppig innlegges på sykehus.

Målsetningen er at det kommunale tilbudet skal da være sidestilt i kvalitet, eller være bedre for pasienten enn innleggelse i sykehus.

Erfaringer gjort på dette området peker på at ulike former for kommunale tilbud kan bidra til å sikre observasjon, diagnostisering og behandling på en god og kostnadseffektiv måte. (Erfaringene det vises til her er basert på undersøkelser i somatikk)

Personen som legges inn i et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud skal være tilsett av lege. Tilbud skal være døgnbemannet av sykepleier som har styrket kompetanse i forhold til ø hjelp.

Det kan bemerkes igjen her er at disse kriteriene i hovedsak er i referanse til somatisk tilbud.

I grove trekk kan tabellen under (*Fig 28<sup>18</sup>*) være en indikator i forhold til behov for øyeblikkelig hjelp. Tabellen er i utgangspunktet laget for innleggelse øyeblikkelig hjelp i somatikk, men er noe omformet og dermed bedre tilpasset øyeblikkelig hjelp Rus og psykisk helse.

| ALVORLIGHETSGRAD: |        |                         |          |
|-------------------|--------|-------------------------|----------|
| BEHOV FOR HJELP:  | MINDRE | MIDDELS                 | ALVORLIG |
| LITE              | HJEMME | ØYEBLIKKELIG            |          |
| MIDDELS           |        | HJELP<br>DØGNBETJENING  |          |
| STORT             |        | BEHANDLING I<br>SYKEHUS |          |

<sup>18</sup> «Den omvendte L» fra forelesningsmateriell Kjell Gunnar Skodvin – Kommunelege Saltdal



Der alvorlighetsgraden er mindre og behovet for hjelp er liten vil hjelpen kunne gis i hjemmet.

Der behovet for hjelp og alvorlighetsgraden er «middels» vil en innleggelse i et lokalt/Interkommunalt Øyeblikkelig hjelp tilbud være et godt alternativ.

Ved stort behov for hjelp med høy alvorlighetsgrad, vil en sykehusinnleggelse være eneste alternativ.

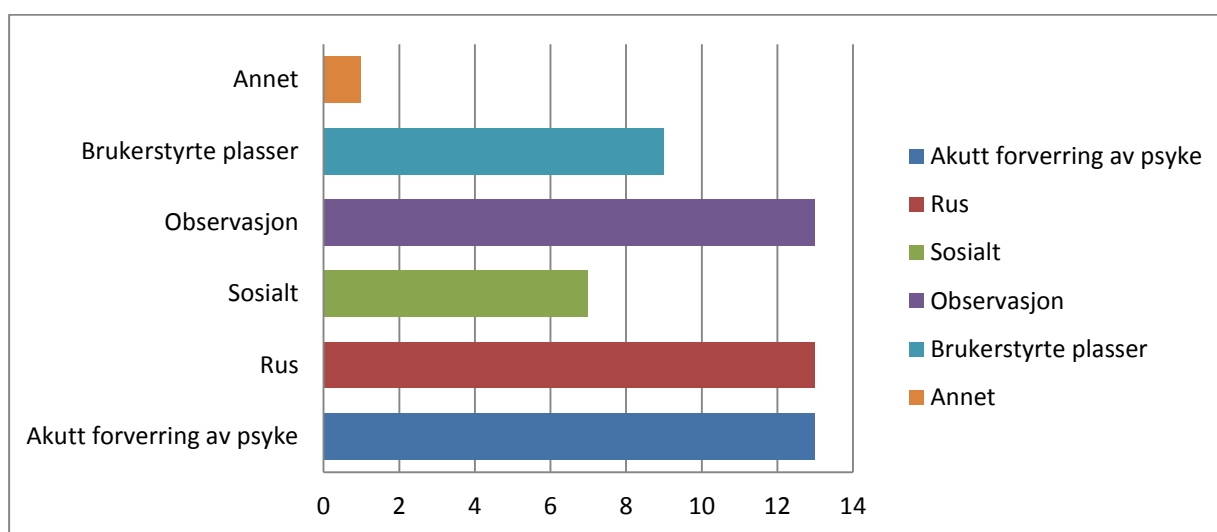
En utfordring som kan imøtekommes gjennom etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold er hyppige reinnleggelser. Disse kjennetegnes ofte ved at de kommer etter kortere opphold. De av brukerne som har rusavhengighetsdiagnose, schizofreni og personlighetsforstyrrelse har statistisk flere reinnleggelser. I tillegg gir ROP (samtidige rus og psykiatrisk diagnose) diagnoser en tydelig forhøyet risiko for gjentatte innleggelser. Innen en måned etter utskrivelse er 15 % av døgnpasientene re-innlagt. En analyse fra 2009 viser at 10 % av brukerne står for 80 % av ressursbruken (SR 2013). Dette er brukere som defineres som *ressurskrevende*. En nøkkel til å redusere behov for øyeblikkelig hjelp døgnopphold er å tilrettelegge for gode alternativer til innleggelser for disse 10 % av brukerne. Denne 10 % andelen utgjør 57 % av døgnpasientene, og har oftere innleggelser og lengre liggetid i gjennomsnitt. Det som kjennetegner ressurskrevende brukere er i følge SR:

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| at de utgjør 57 prosent av døgnpasientene,                                    |
| at de står for 94 prosent av oppholdsdøgnene,                                 |
| at de står for 71 prosent av utskrivingene,                                   |
| at de står for 24 prosent av polikliniske konsultasjoner                      |
| større andel schizofrenier (28 % vs. 5 %)                                     |
| mindre andel nevrotiske lidelser (12 % vs. 32 %)                              |
| at de står for 84 % av ikke planlagte reinnleggelser innen 30 dager           |
| gjennomsnittlig antall opphold per pasient er høyere (2,3 mot 1,2 for øvrige) |
| gjennomsnittlig antall døgn per døgnpasient er mye høyere (82,7 vs. 6,5)      |
| gjennomsnittlig liggetid per opphold er mye høyere (35 mot 5 for øvrige)      |

## 6.1 Mulige tilstander som kan inngå i lokalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

I spørreundersøkelsen for Saltdal ble det stilt spørsmål til 1. linjetjenesten om hvilke områder øyeblikkelig hjelp døgnopphold kan favne. Følgende svaralternativer ble gitt (fig.29):

- Akutt forverring av psyke
- Rus
- Sosialt
- Observasjon
- Brukerstyrte plasser
- Annet



Her er det en overvekt knyttet opp mot Observasjon, akutt forverring av psyke og rus.

## 6.2 Hvilke tilstander utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp innen rus og psykisk helse i spesialisthelsetjenesten<sup>19</sup>

Psykotiske tilstander preget av stor uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse

Psykotiske og andre tilstander preget av stor angst eller depresjon, hvor det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre.

<sup>19</sup> «Sammen om mestring» - Veilederutkast 30. august 2013. veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – 1.1.1. øyeblikkelig hjelp.

Deliriske tilstander, hvor avrusning ikke er en hovedsak

Psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og hvor hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig

Lokale kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen rus og psykisk helse vil ikke ha forutsetning for å håndtere de tilstandene som er skissert ovenfor. Kommunene skal ikke drive «blålysbehandling». Brukere med omfattende behov skal få tilbud og behandling i spesialisthelsetjenesten.

## 7. SAMARBEIDSAVTALENE

### 7.1 Samarbeid på systemnivå

Samarbeidsavtalene (og tjenesteavtalene) skal forplikte og forankre ledelse mellom kommuner og helseforetak. Avtalene skal gi en klar og tydelig ansvars – og oppgavefordeling og sikre samarbeidsorganer. SR viser til at det er lite forsket på hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider på systemnivå innen rus og psykisk helsetilbud. Det er lite kunnskap om hvordan samarbeidet fungerer i dag. Kunnskapen som innehas ligger mer under samarbeid på individnivå. Samarbeidsavtalene består av<sup>20</sup>:

#### A. Overordnet samarbeidsavtale mellom helseforetak/kommuner

#### B. Tjenesteavtaler mellom helseforetak/kommuner. Disse omtales i § 6-2 i helse- og omsorgstjenesteloven og setter krav til innhold i avtalene: Avtalen skal som et minimum omfatte:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,

2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,

3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,

<sup>20</sup> Fra Diskusjonsrapport «Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal med-finansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling s 17 – hentet fra psykisk helsevern- forskriftene kapittel 1, § 1 – Plikt til å yte Øyeblikkelig hjelp.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,                                                                                                                                                                                                                           |
| 5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,                                                                                                                                                                              |
| 6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,                                                                                                                                                                                                       |
| 7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 8. samarbeid om jordmortjenester,                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 10. samarbeid om forebygging og                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.<br>Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må<br>Arbeidsgiver-ansvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres. Endret ved lov 22. juni 2012 nr. 46. |
| <b>C. Særavtaler/ retningslinjer mellom helseforetak/kommuner for bestemte pasientgrupper/områder. F eks en egen for psykisk helse og rus.</b>                                                                                                                                                                              |

## 7.2 Samarbeid på individnivå

Samarbeid på individnivå ut fra avtalene er sterkt initiert i form av ambulant virksomhet (til kommunene) med utspring i DPS. I følge SR økte antall årsverk knyttet til ambulante team i psykisk helsevern for voksne i perioden 2006 til 2010 med 224 %, noe som totalt utgjør 487 årsverk. De ambulante teamene kan deles inn under 3 ulike modeller, med visse likhetstrekk.

1. ACT – Team (Assertive Community Treatment)
2. FACT – nederlandsk modell
3. Ambulante akutt-team

Ut fra ulike kriterier og vurderinger er det modell 3 som er gjeldene for Saltenregionen. Ambulant akutt-team ble etablert og startet opp i desember 2010.

#### **Akutt-teamets funksjon**

Akutt-teamet skal være et tilbud for voksne personer over 18 år som befinner seg i en psykisk krisesituasjon og som oppholder seg i opptaksområdet til Salten DPS.

#### **Målgruppe**

Målgruppen omfatter personer i akutte psykiske kriser av et omfang som medfører at personens, familiens og nettverkets vanlige mestringsstrategier ikke strekker til. Eksempler på dette kan være:

- Personer med førstegangpsykoser
- Psykotiske sammenbrudd hos en allerede kjent pasient
- Personer i akutt suicidal krise
- Personer i rusrelaterte kriser
- Personer i andre akutte kriser for eksempel etter tap av nære ved for eksempel selvmord eller ulykke
- Personer som er/har vært i belastende situasjon som de får en akutt reaksjon på.
- Andre som er i kriser som blir vurdert til å være hjelpetrengende.

Tilbudet skal bidra til at personer mottar hjelp på riktig nivå i behandlingskjeden.

#### **Henvisning**

Akutt-teamet trenger henvisning fra lege, men i særskilte tilfeller kan dette innhentes i ettertid. Ved henvendelser fra fastleger eller andre kommunale instanser vil det ofte være hensiktsmessig at arbeidet legges opp i samarbeid med den som henvender seg. Dette innebærer ikke at teamet overtar ansvaret, men bidrar i en akutt psykisk krise. Det kan etter behov tilbys oppfølging inntil 3 uker.<sup>21</sup>

Ambulant akutt-team har så langt vært lite involvert i rus og psykisk helsearbeid i Saltdal kommune. I et fremtidig perspektiv vil akutt-teamet kunne inneha en viktig rolle i å være bindeledd mellom for eksempel øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen(e) og helseforetaket /DPS. Det er ikke foretatt forespørsel i forhold til de andre kommunene i Indre Salten om deres erfaringer og samarbeid med akutt-teamet.

Den samlede kommunale tjenesten er den klart viktigste samarbeidende instans på individnivå for døgnavdelingene. De lokale psykiske helsetjenestene og fastlegene de viktigste aktørene. De kommunale tjenestene er involvert i samarbeid om 80 % av brukerne (SR 2013) SR beskriver videre et svært variabelt samarbeid mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste. Fastlegene (på landsbasis) gir uttrykk for ikke å ha god nok tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten. Herunder telefonkontakt, innleggelses og bistand i form av råd og veiledning.

SR fremhever sentrale faktorer for et godt samarbeid;

1. Kjennskap
2. Faste møter
3. Lav terskel for kontakt ved behov.

---

<sup>21</sup> Fra Nordlandssykehusets hjemmeside: Nytt ambulant akutt-team ved Salten DPS (03.12.2010)

Erfaringer i Saltdal viser at det er et utstrakt og godt samarbeid mellom psykisk helse- og rustjeneste og legene i kommunen. Det er god felles kjennskap til både brukere og arbeidsmetodikk. Det er faste møter mellom tjenestene, samtidig som det er gode og åpne «kanaler» inn til fastleger ved behov. Det er gode fysiske rammebetingelser med høy «nærhetsgrad» mellom de ulike delene av det lokale hjelpeapparatet. Dette gjør at Saltdal kommune i stor utstrekning favner de sentrale faktorene for et godt lokalt samarbeid. I tillegg til dette har Saltdal kommune en god tradisjon gjennom "reise-team" der kommunen og spesialisthelsetjenesten møtes jevnlig.

## 8. ET BRUKERSTYRT PERSPEKTIV

Utredningen bruker tallmateriale fra NLSH for 2012. Tall fra Nordlandssykehuset viser at Saltdal kommune har hatt 63 øyeblikkelig hjelp innleggelser innen rus og psykisk helse i 2012. I gjennomsnitt har den enkelte pasient hatt 16 liggedøgn. Det samlede (gjennomsnittlige) regnestykke for Saltdal blir da på 1008 liggedøgn i 2012.

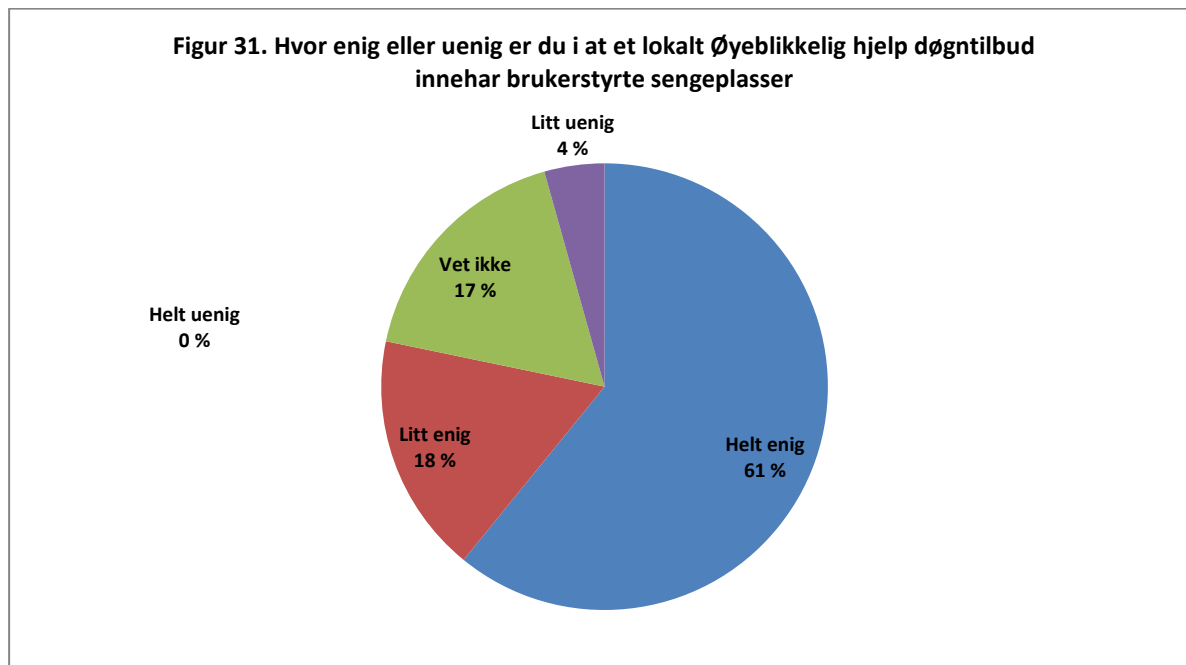
Med blant annet bakgrunn i disse tallene ble følgende diskutert i prosjektgruppa for utredningen:

- Hva vil øyeblikkelig hjelp døgnopphold for psykisk helse og rus kunne omfatte?
- Hvilke oppgaver har kommunen forutsetning og reell mulighet til å utføre?
- Vil Saltdal kommune ha kompetanse og kapasitet til å bygge opp et tilbud som er faglig forsvarlig, og i tråd med de intensjoner som Samhandlingsreformen setter?
- Vil det være økonomisk og befolkningsmessig bærekraftig å lage et eget lokalt kommunalt tilbud i kommunen?
- Hvem av brukerne skulle kunne innbefattes i et slikt tilbud?

Prosjektgruppa satte et tidlig fokus på løsninger der brukermedvirkning kunne være sentralt. Prosjektgruppa ser at brukerstyrt sengeplass og «overgang-plass» ved utskrivelse fra sykehus til hjem kan være et vurderingsalternativ ved etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen rus og psykisk helse. Slike tilbud er på plass i ulike former i andre (ofte større) kommuner, under betegnelsen «trygghetsplasser».

Ut fra «forløpsmodellen» (fig.30), vil hovedfokus for tjenestetilbud være knyttet til hjem. Øyeblikkelig hjelp-nivået vil være todelt; øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjeneste eller innen kommunens tilbud. (ut fra brukers behov og innleggende leges vurdering.) Her går det klare linjer i den akuttmedisinske kjeden. I tillegg til dette viser fig. 31 den alternative funksjon knyttet til øyeblikkelig hjelp døgntilbud som vil være en ønsket tilnærming i et forprosjekt for Saltdal kommune. Funksjonen er i form av disponibel sengeplass i et definert tilbud som kan benyttes etter individuelle avtaler. En slik plass vil kunne ha en viktig forebyggende virkning og begrense videre omfattende behov. Tilbud kan etableres for brukere gjennom for eksempel individuelle planer og kriseplaner. En slik funksjon kan gi økt trygghet for brukere og være en «buffer» mot langvarige innleggelser og hyppige reinnleggelser på sykehus. I beste fall kan denne type tilbud gi hjelp på et tidlig og «lavt» nivå (ut fra LEON prinsippet), og på sikt redusere bruk av tvang.

I spørreundersøkelsen for Saltdal har dette vært sentrale elementer. (Fig. 31) På spørsmål til brukere og pårørende om at lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud innehar brukerstyrte sengeplasser svarer 61 % at de er helt enig i dette. 18 % er litt enig, og 17 % vet ikke. Her er det også noe usikkerhet hos enkelte respondenter i hva som menes med «brukerstyrte senger». 4 % av de spurte sier de er litt uenige i at øyeblikkelig hjelp tilbudet har denne funksjonen.



Tilnærmet samme spørsmål er også rettet til hjelpeapparatet i kommunen. «Bør tilbudet være brukerstyrt (lavterskel - gjennom for eksempel IP og kriseplan) eller bør innleggelse kun skje gjennom lege? Her svarer 4 av 17 at de ikke vet. 7 av 17 respondenter sier at øyeblikkelig hjelp tilbud kan være begge deler. 3 av 17 sier det bør gå gjennom lege, og 3 av 17 sier det primært bør være brukerstyrt.

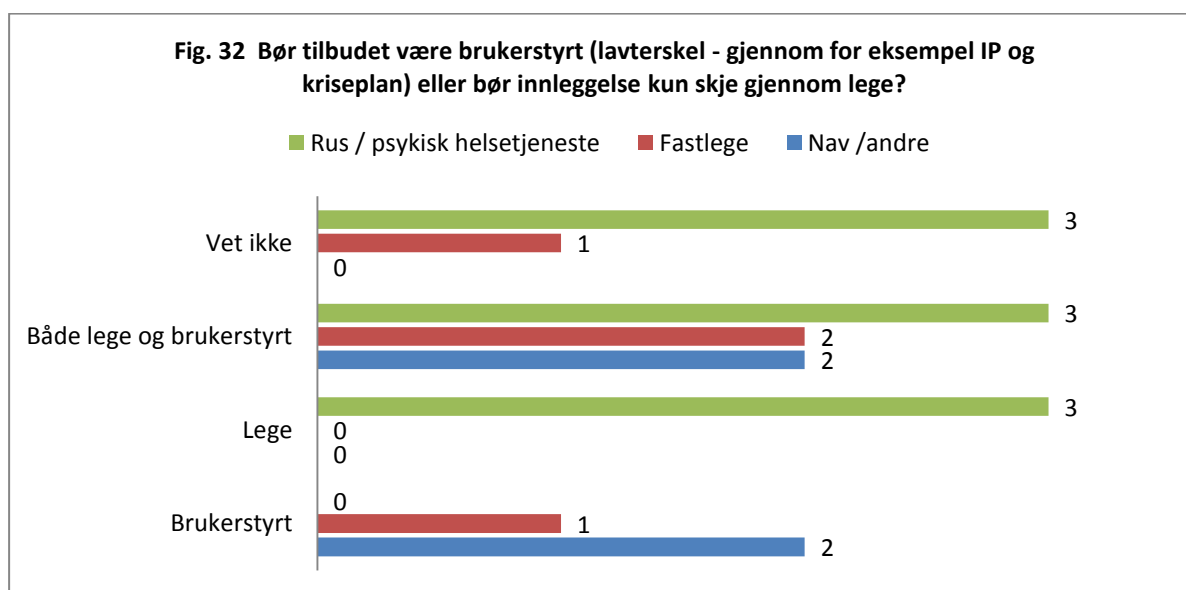
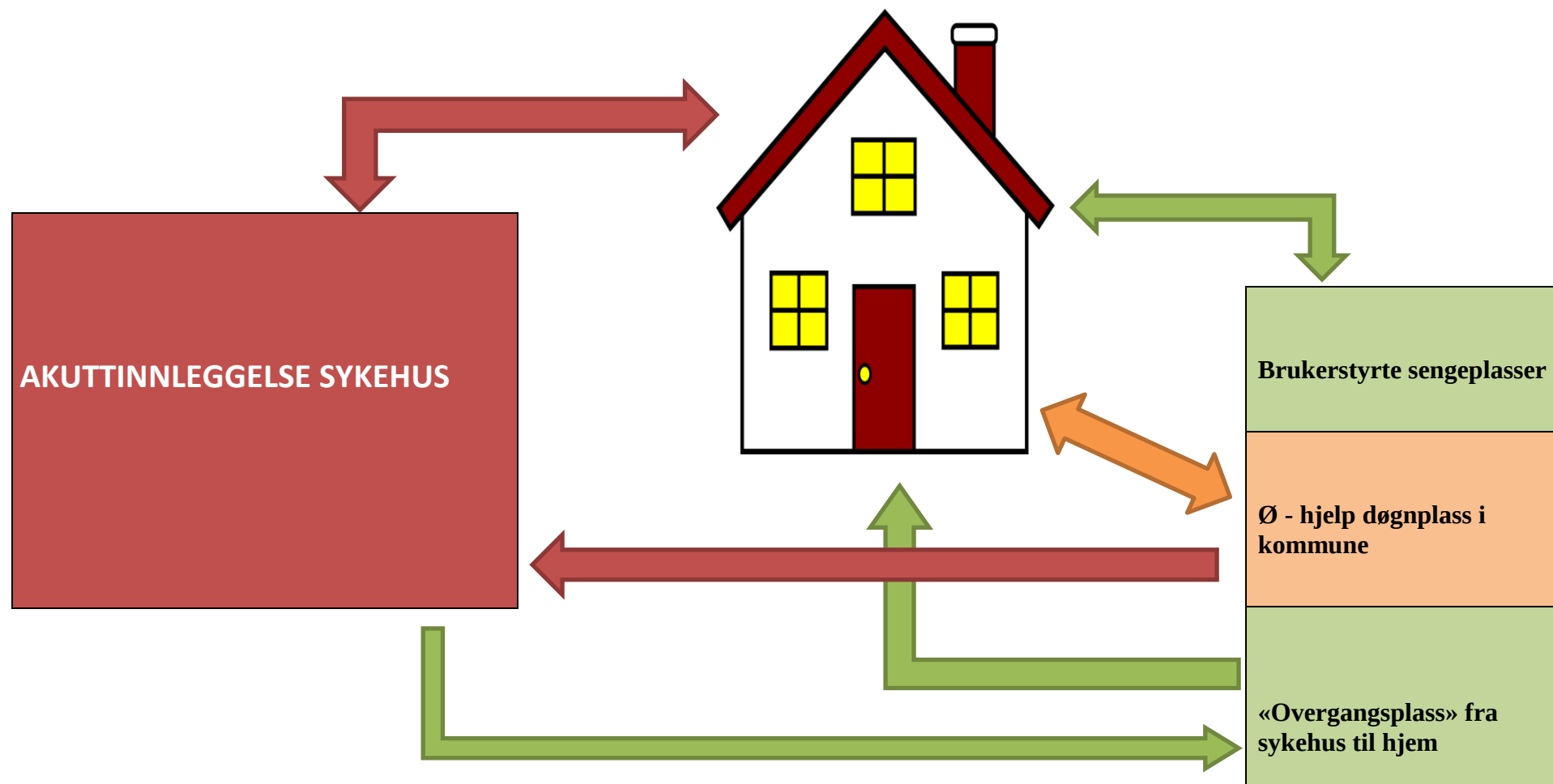
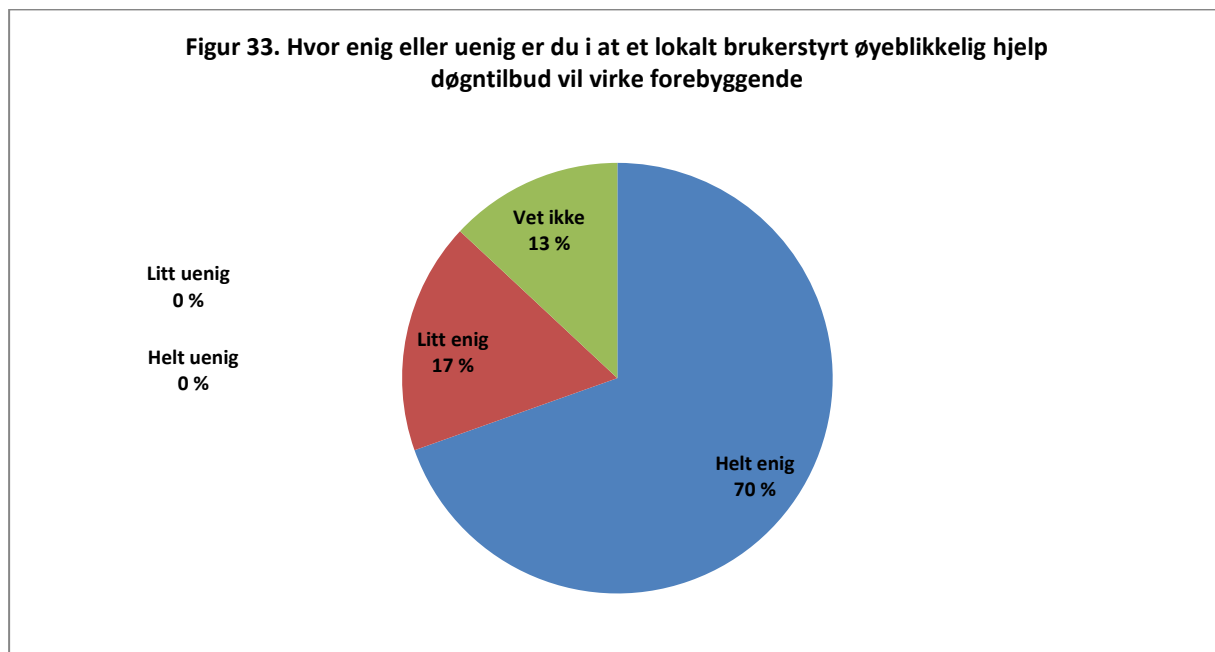


Fig.30 Forløpsskisse for Øyeblikkelig hjelp døgnoophold for Saltdal kommune (forslag)

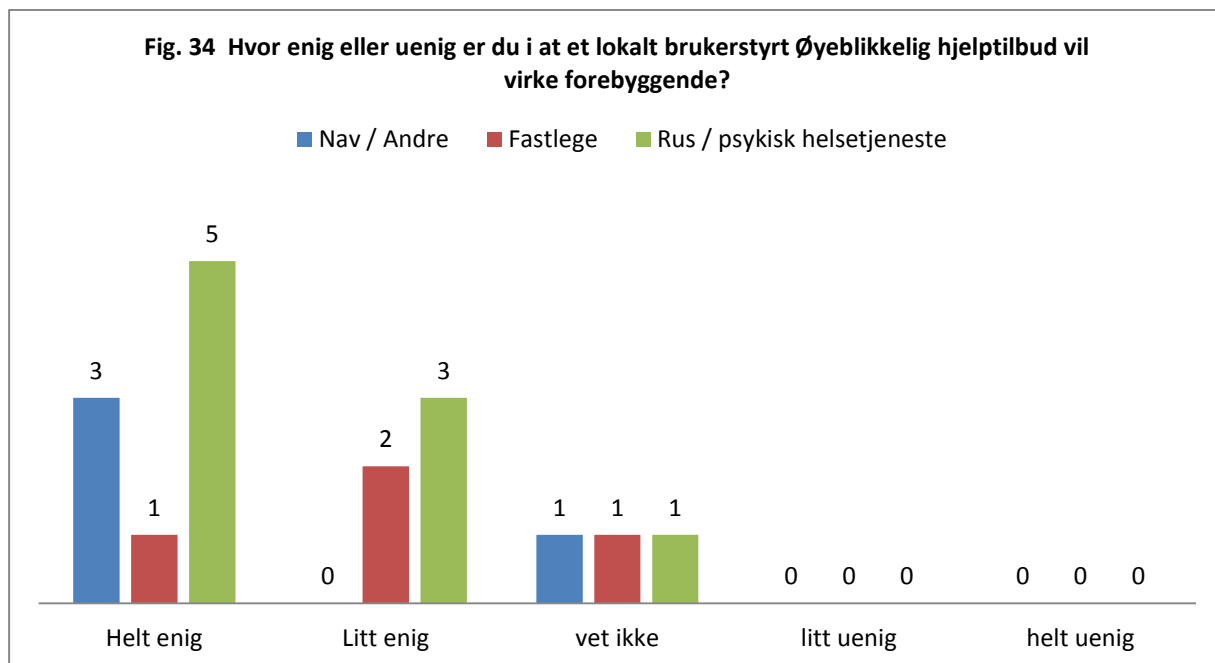




På spørsmål om et slikt skissert tilbud vil kunne ha en forebyggende effekt, svarer respondentene fra bruker - og pårørendegruppen; 70 % er enig i at det vil ha forebyggende effekt. 17 % er litt enig i dette, mens 13 % svarer at de ikke vet. Ingen er litt / helt uenig.



Samme spørsmål til hjelpeapparatet viser mye et liknende bilde. 9 av 17 er helt enig i at en slik oppbygging av tilbud vil kunne virke forebyggende (53 %). 5 av 17 (29 %) sier seg litt enig i dette, mens 3 av 17 sier de ikke vet (18 %).



I diskusjonen rundt lokalt øyeblikkelig hjelp tilbud er det som nevnt rettet fokus på brukermedvirkning og forebygging i form av brukerstyrt sengeplass.

En annen alternativ funksjon som kan være aktuell er en etter-akutt plass, det vil si et kort opphold i et kommunalt tilbud i overgangsfasen ved utskrivelse fra sykehus til hjemmet.

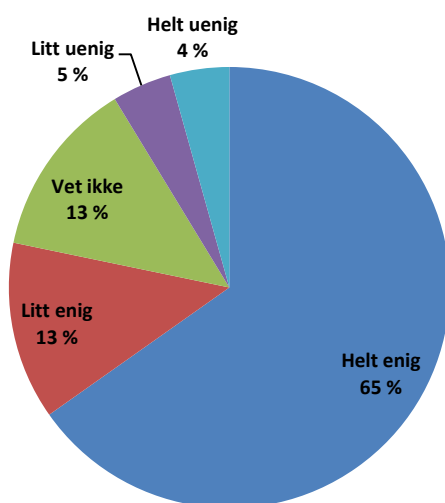
Ved utskrivelse fra sykehus skal pasienten ideelt sett være ferdigbehandlet for den akutte problemstillingen.

Erfaringer viser at dette ofte ikke er tilfelle. Mange skrives ut fra sykehus en fredag, ofte på grunn av kapasitetsmangel, for så å komme hjem til «tomt» hus. Overgangen fra å ha noen tilgjengelig for hjelp og samtale hele døgnet, til å stå fullstendig alene, kan være en stor og utfordrende for mange. Påkjenningen dette medfører kan i mange tilfeller være årsak til re-innleggelser.

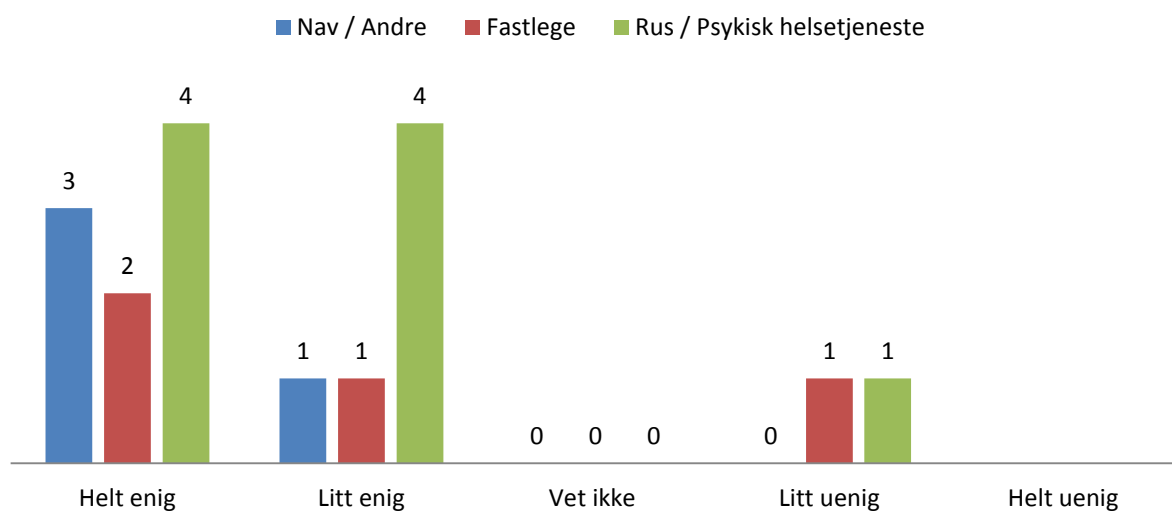
En type «mellomstasjon» i kommunal regi, kan kanskje bidra til å dempe denne vanskelige fasen for noen. Det vil her være vesentlig med klare samarbeidsavtaler for disponering av en slik funksjon i kommunen.

I spørreundersøkelsen ble dette forespurt. Brukere og pårørende svarte følgende; 65 % svarte at en slik «mellomstasjon» vil være hensiktsmessig. Henholdsvis 13 % svarte «litt enig» og «vet ikke». Til sammen 9 % av respondentene her var litt uenig og helt uenig.

**Figur 35. Hvor enig eller uenig er du i at et lokalt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan være "mellomstasjon" for utskrivelser fra sykehus til hjem?**



**Fig. 36 Hvor enig eller uenig er du i at et lokalt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan være "Mellomstasjon" for utskrivelse fra sykehus til hjem?**



Samme spørsmål ble også stillet til hjelpeapparatet, her foreligger følgende svar; Her svarer 9 av 17 at de er helt enig i en slik tilleggsfunksjon (53 %). 6 av 17 sier de er litt enige i en slik utforming (35 %), mens 2 av 17 sier de er litt uenige (18 %). I sum for begge grupper av respondenter er det stor overvekt mot at en slik funksjon vil kunne være både praktisk og riktig. En slik utforming av tilbud vil kunne dekke et behov som lenge har vært vanskelig å forholde seg til, både for sykehus og kommune, men ikke minst for brukeren selv.

Slike typer funksjoner vil kunne bidra til ekstra utfordringer for kommunen i et landskap der mye er uavklart. En slik funksjon knyttet til øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene er ikke diskutert i «Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp» fra Helsedirektoratet - er i utgangspunktet en type funksjon som er underlagt spesialisthelsetjenesten. I Salten ligger dette til D – posten på SPS (Salten Psykiatriske Senter). Liknende funksjon ble tidligere ivarettatt ved Røsvik Bo- og behandlingssenter (nå nedlagt).

Leistad etterbehandlingssenter i Trondheim har positive erfaringer med liknende type modell. Leistad er et samarbeidsprosjekt mellom Trondheim kommune, Klæbu – og Melhus kommune, samt St. Olavs Hospital – divisjon psykisk helsevern. Leistad har et tilbud med 10 sengeplasser til etterbehandling ved utskrivelse fra sykehus for brukere/pasienter innen rus og psykisk helse. I tillegg til dette har senteret 2 brukerstyrte akutt plasser. Tilbakemeldingene her er at dette er et tilbud som pasientene/ brukerne finner betryggende å ha i bakhånd. Tilbudet gis i form av at pasienter som har vært innlagt kan komme tilbake for et par dager etter utskrivelse. Er det ledig kapasitet kan de komme omgående uten henvisning. Dette skaper en visshet og trygghet for brukerne/pasienten hvis det blir for vanskelig i eget hjem etter utskrivelse. Denne type alternative tilbud vil helt og fullt avhenge av klare samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak.

## 9. OPPSUMMERING

### 9.1. Innledende arbeid og Arbeidsprosess

Utredningsarbeidet i dette prosjektet startet med en innfallsvinkel mot en mulig opprettelse av et døgnkontinuerlig botilbud til ressurskrevende brukere innen rus og psykisk helse i Saltdal Kommune. Denne innfallsvinkelen kom direkte ved prosjektets oppstart i midten av oktober 2012. Dette medførte en arbeidsprosess lokalt, knyttet til en mulig opprettelse av et slikt kommunalt tilbud allerede i februar 2013. En årsak til at det var aktuelt og hensiktsmessig for dette prosjektet å være delaktig i etableringen av et slikt døgnkontinuerlig tilbud, var at det ville kunne medføre et betydelig endret utgangspunkt for den videre utredningen. Utgangspunktet ville da være mer konkret - på sikt være å knytte opp øyeblikkelig hjelp døgnopphold rus og psykisk helse til et døgnbemannet botilbud i kommunen.

Ved utgangen av november måned og noe ut i desember 2012 ble det klart at et slikt døgnbemannet botilbud ikke ville bli realisert. Dette førte til en reorientering av prosjektet for 2013. Det ble dannet en prosjektgruppe bestående av lokal rus og psykisk helsetjeneste, Nav, Kommunelege, Mental Helse og Marborg. Prosjektgruppa rettet seg mer inn mot kartlegging og drøfting av alternative løsninger frem i tid.

Inn mot mai måned og utover sommeren ble det på ny en orientering mot etablering av et døgnkontinuerlig botilbud rettet mot ressurskrevende brukere innen rus og psykisk helse i Saltdal. I Formannskapet for Saltdal kommune ble det 25.06.13 fattet vedtak om at det skal etableres et bemannet botilbud for «ressurskrevende» brukere innen rus og psykisk helse. Som tillegg i dette vedtaket lå: «Kan også evt. sees i sammenheng med vurderingen av etablering av ø-hjelps-tilbud for samme målgruppe.»<sup>22</sup>

Fra august/ september 2013 er det igangsatt et «prosjekt» som skal jobbe frem et slikt tilbud i kommunen. Frist for iverksettelse er ved årsskiftet 13/14. Prosjektet er et samarbeid mellom to enheter i kommunen; Helse / familie og Pleie /Omsorg.

## 9.2. Forutsetning

Ut fra helse – omsorgstjenesteloven § 4-1 c) skal kommunene organisere og tilrettelegge tjenester slik at personell som utøver disse blir i stand til å overholde de lovpålagte plikter som er fremsatt. For at tildelte oppgaver skal kunne løses må kommunene sørge for forsvarlig og kvalifisert bemanning. Antall stillinger og kompetanse må ses i forhold til tilbudets omfang, hvor mange plasser det skal være, og hvem tilbudet er tiltenkt. En viktig forutsetning i det videre arbeidet er avklaring i forhold til KMF innen psykisk helse og rus. Det ligger klare indikasjoner på at KMF ikke kommer på plass med det første. Regjeringen sier at de vil jobbe videre med både definisjonsgrunnlag og statistikk før man kommer tilbake til kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare innen psykisk helsevern.<sup>23</sup> Dette er i tråd med de råd KS fremholder. KS sier klart i sin anbefaling at innføring av nye virkemidler for rus og psykisk helse forutsetter:

- ✓ Kunnskap om hva som fremmer gode pasientforløp
- ✓ En vurdering av økonomiske risikofaktorer for kommunene
- ✓ Et godt datagrunnlag om aktuelle pasientgrupper<sup>24</sup>

Overstående punkter er i følge KS, ikke godt nok utredet og ivare tatt til at brukere kan integreres i Samhandlingsreformen ut fra de rammer som var tiltenkt.

---

<sup>22</sup> Møtereferat Saltdal kommune – formannskap 25.06.13

<sup>23</sup> Tor Åm, prosjektleder i Helse og omsorgsdepartementet - nettverkssamling for ledere og fagfolk innen psykisk helse i Akershuskommunene, holdt i Oslo 15. mai 2013

<sup>24</sup> <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Samhandlingsreformen/Pasientforlop/Ma-utrede-mer-om-rus-og-psykisk-helse/>

### 9.2.1 Tiden trekker ut og ingen har fasit

I alt er det å tolke som et signal om at denne delen av Samhandlingsreformen trekker ut i tid, og at de uforutsette problemstillingene som fremkommer innen det somatiske feltet gir seg utslag i forhold til rus og psykisk helse. Den samlede bekymringen fra ulike hold har gjort at det er dannet et tilnærmet kollektiv avventningsmodus for å se hva som etter hvert skjer innen somatikken, før noe konkret implementeres innen området rus og psykisk helse. Det pågår diskusjoner over hele landet for hvordan kommunene skal løse kravet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Mange kommuner har ikke fått på plass Øyeblikkelig hjelp-tilbud innen somatikk, og ligger i så måte mulig enda lenger unna et tilsvarende tilbud til brukere innen rus og psykisk helse.

Utfordringen er at det ikke finnes en fasit. I somatikken velges ulike modeller og løsninger, noen kommuner velger å løse kravet selv i egen kommune, mens andre ser mot interkommunale løsninger. Befolkningsgrunnlaget i kommunen(e) vil langt på vei vil være nøkkelen for å kunne velge en bærekraftig løsning.

Innen somatikken er det andre muligheter for å opprette øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Tilbud blir ofte organisert som en tilføyning til en allerede etablert tjeneste, for eksempel sykehjem. Her er det mulighet for å etablere tilbud med relativt overkommelige grep, i form av at nødvendige lokaliteter er på plass. Krav til fagkompetanse er oppfylt (og kan påbygges etter behov), det er etablerte rutiner for legetilsyn og godt samarbeid med helseforetak. Roller og ansvarsfordeling er definert og plassert. Øyeblikkelig hjelp til brukere innen rus og psykisk helse vil i de fleste sammenhenger kreve andre løsninger. Herunder;

- Det må i stor grad etableres egne (ofte nye) fagmiljø
- Det må etableres egne(de) og selvstendige bygninger - med dertil krav til utforming,
- Det må tas hensyn til lokalisering
- Det må tas hensyn til responstid fra lege
- Faglig dekning og rekruttering
- Samarbeid med øvrige lokale tjenester
- Samarbeid med andre kommuner
- Samarbeid med spesialisthelsetjeneste osv. Dette vil skape store utfordringer for mange kommuner.

I et fremadrettet perspektiv ut fra samfunnsutvikling innen rus og psykisk helse, vil det være av betydning å se på måten øyeblikkelig hjelp døgnopphold organiseres på. En interkommunal løsning vil gi et større grunnlag befolkningsmessig og videre kunne gi et større og bedre behandlingsnivå. En interkommunal modell vil, i følge ulike anbefalinger, kunne være mer robust og tåle bedre eventuelle tilpasninger og omorganisering. Spesialisthelsetjenesten vil i større grad vil kunne yte et bedre samarbeid med en større enhet enn flere små med ulik organisering. Større og bedre fagmiljø, med dertil flere oppgaver, vil kunne være av betydning for rekruttering av faglig og kompetent personell til enheten. Dette vil igjen sikre at et slikt tilbud vil kunne være i tråd med de krav som foreligger til

kompetanse. En slik større enhet vil kunne ha funksjon som en kompetansebase for kommunene som slår seg sammen. Dette kan være av betydning for forskning, undervisning, opplæring og hospitering. Dette kan gi viktig grunnlag for økt samarbeid kommunene imellom og gi felles kompetanseheving.

Som motvekt til en interkommunal løsning, er det at brukerne i noen kommuner uansett må ut av sin hjemkommune for å få den hjelpen de trenger. Vil ikke brukere for eksempel i Beiarn eller Saltdal, like godt kunne reist til Bodø, som å få et tilbud på for eksempel Fauske. Dette støttes også i spørreundersøkelsen for brukere og pårørende i Saltdal, der 83 % av de spurte ønsker øyeblikkelig hjelp døgntilbud i tilknytning til hjemkommune.

### 9.3 Antall brukere og ansatte i den enkelte kommune

Fig. 37 Antall ansatte og brukere tilknyttet 1. linjetjeneste Rus og psykisk helsearbeid i kommunene Indre Salten<sup>25</sup>

| Kommune        | Antall ansatte | Antall årsverk | Antall brukere | Antall brukere pr. årsverk | Antall årsverk pr 1000 innbygger |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------------------|----------------------------------|
| <b>Saltdal</b> | <b>9</b>       | <b>6,3</b>     | <b>81</b>      | <b>ca. 13</b>              | <b>1,3</b>                       |
| <b>Fauske</b>  |                |                |                |                            |                                  |
| <b>Beiarn</b>  | <b>4</b>       | <b>3,3</b>     | <b>26</b>      | <b>ca. 8</b>               | <b>3</b>                         |
| <b>Sørfold</b> | <b>4</b>       | <b>3,3</b>     | <b>ca.73*</b>  | <b>ca. 22*</b>             | <b>1,64</b>                      |
| <b>Sum</b>     |                |                |                |                            |                                  |

Fauske kommune er pr nå i en omorganiserings-periode, og har ikke oppgitt konkrete tall på hvor mange brukere de har, eller ansatte /årsverk.

<sup>25</sup> Tall fra enhetene i kommunene

Fig. 38

| Kommune | Antall       | Gjennomsnittlig liggedøgn øyeblikkelig hjelp døgnoophold NLSH | Antall pasienter med 2 innleggelser | Antall pasienter med 3 – 4 innleggelser | Antall pasienter med 5 + innleggelser |
|---------|--------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| Saltdal | 63           | 16,0                                                          | 23                                  | 8                                       | 11                                    |
| Beiarn  | Ikke oppgitt | Ikke oppgitt                                                  | Ikke oppgitt                        | Ikke oppgitt                            | Ikke oppgitt                          |
| Fauske  | 111          | 23,3                                                          | 17                                  | 14                                      | 28                                    |
| Sørfold | 13           | 14,6                                                          | 6                                   | 2                                       | 3                                     |
| Sum     | 187          | 18                                                            | 46                                  | 24                                      | 42                                    |

a) Antall døgninnleggelser og gjennomsnitt liggedøgn øyeblikkelig hjelp døgnoophold for kommunene i Indre Salten 2012<sup>26</sup>

b) Antall personer fra kommunene i indre Salten med flere innleggelser NLSH i 2012.. Tallmateriale er ikke bare for øyeblikkelig hjelp innleggelser<sup>27</sup>

Tall fra Helsedirektoratet viser at 40 – 50 % av innleggelser innen rus og psykisk helse har liggetid som er lavere eller lik 10 døgn.(SR 2013) Helsedirektoratet viser ut fra disse tallene til at et økt fokus og innsats mot korte og hyppige opphold vil dekke opp mot halvparten av døgnpasientene. Hvis Helsedirektoratet ønsker å fremme kortere oppholdstid ved helseforetakene for å oppnå økt gjennomstrømming (dvs. at flere får hjelp), så vil dette ha både positive og negative konsekvenser. En positiv konsekvens er åpenbart at flere får hjelp, men i hvor stor grad er hjelpen virkningsfull? (og hva vil det bety for kommunene)

ROP retningslinjen sier(s 84) at brukere med mindre alvorlig psykisk lidelse og mindre alvorlig ruslidelse ofte blir «kasteballer» mellom de ulike systemene. Det har ofte årsak i manglende avklaring av ansvarsforhold hos hjelpeinstansene.

Ut fra tabell /Fig 38 for innleggelser i kommunene i Indre Salten fremgår det at gjennomsnittlig liggetid ligger på 18 døgn for kommunene samlet. Fauske kommune har et tydelig høyere gjennomsnitt på antall liggedøgn. Fauske har 45,6 % høyere døgntall enn Saltdal kommune, og nesten 60 % høyere gjennomsnitt-tall enn Sørfold.

<sup>26</sup> Tall fra NLSH

<sup>27</sup> Tall fra NLSH

Fig. 38 viser også pasienter / brukere med gjentatte innleggelser (reinnleggelser), men her er tallene ikke bare for øyeblikkelig hjelp. En årsak til at det er tatt med tallmateriale for brukere med flere/ gjentatte innleggelser er at brukerne her i vil utgjøre det som inngår i kriteriene for hvem som vil kunne være målgruppe for et lokalt kommunalt øyeblikkelig døgntilbud - brukerne som i hovedsak har kjente sykdommer, og som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling. I sum fremgår det at 46 personer har vært innlagt 2 ganger i 2012. 24 personer har hatt 3 – 4 innleggelser, mens 42 personer har hatt 5 eller flere innleggelser i 2012.

Uten å ha analysert nærmere i forhold til disse tallene er det grunn til å tro at flere av disse innleggelsene er brukere med ROP lidelser. Som tidligere nevnt i utredningen, har 15 % av ROP brukerne som er innlagt, re-innleggelse innen en måned etter utskrivelse.

### 9.3.1 Skille i «liggedøgns profiler» i øyeblikkelig hjelp døgnopphold i somatikk og rus/psykisk helse

Der Helsedirektoratet viser til at omtrent halvparten av oppholdene har liggetid på under 11 dager, så utgjør opphold med lengre liggetid en betydelig større andel av det totale antallet sengedøgn. Dette er noe som ikke fremkommer av tabellen for innleggelser for kommunene i Indre Salten. Det er ikke gjort noen nærmere avgrensning i forhold til en slik 11 dagers grense – antall personer og gjennomsnitt over/under. Dette vil mulig være interessante tall å se på i en videre vurdering av tilbudet.

Innen somatikk er det i veilederen «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold» (s 11) vektlagt at øyeblikkelig hjelp-plassene brukes til «øyeblikkelig hjelp». Dette for å sikre sirkulasjon i tilbudet. Her anbefales det at det settes en maksimaltid før pasienten/ brukeren skrives ut eller overføres til et annet tilbud. Maksimalgrensen som her er satt som eksempel er på 72 timer, altså 3 døgn. Dette tallet er satt ut fra gjennomsnittlig liggedøgn som er lagt i beregningsgrunnlaget for kostnader knyttet til kommunenes øyeblikkelige hjelp tilbud. Gjennomsnittlig liggedøgn/ opphold i henhold til helsedirektoratet er som nevnt lavere eller lik 10 døgn for nær 50 % av innleggelsene innen rus og psykisk helse versus en beregning på 3 døgn innen somatikk.

Helsedirektoratet viser videre til (SR 2013) at spesialist-helsetjenesten minst trenger 10 døgn på å utrede og gi behandling til pasienter innen rus og psykisk helse.

Dette åpner for spørsmål:

- Er det her et sprik i "liggedøgns-profilen» mellom somatikk og rus/psykisk helse?
- Vil dette være tall som er aktuelle å regulere kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud etter?
- I hvor stor grad skal et kommunalt tilbud drive med utredning og behandling?
- Er 3 døgn i et kommunalt tilbud en naturlig grensegang innen rus og psykisk helse?
- Er det hensiktsmessig å innrette et kommunalt tilbud slik at hvis ikke nødvendig øyeblikkelig hjelp kan ytes på faglig god måte innen 72 timer, så må brukeren overføres spesialisthelsetjeneste?
- I så fall, vil ikke dette føre til et mer oppstykket tjenestetilbud?

Innen rus og psykisk helse, som har mer uforutsigbare sykdomsforløp enn somatikk, så er dette moment som må vurderes. Det vil være utfordrende for innleggende lege som skal foreta vurdering av pasient/bruker, å kunne forutse at øyeblikkelig hjelp tilbud til bruker kun berammes til 72 timer.(I dette bildet kommer kjennskap til bruker, brukermedvirkning og kartlegging i kommunene inn.)



Ut fra nasjonale beregninger innen somatikk er det uttalt målsetning om at kommunene skal overta 10 % av øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus<sup>28</sup>. Figur 41 viser en beregning av de samme tall/målsetning overført til rus og psykisk helse for kommunene i Indre Salten

Fig.39

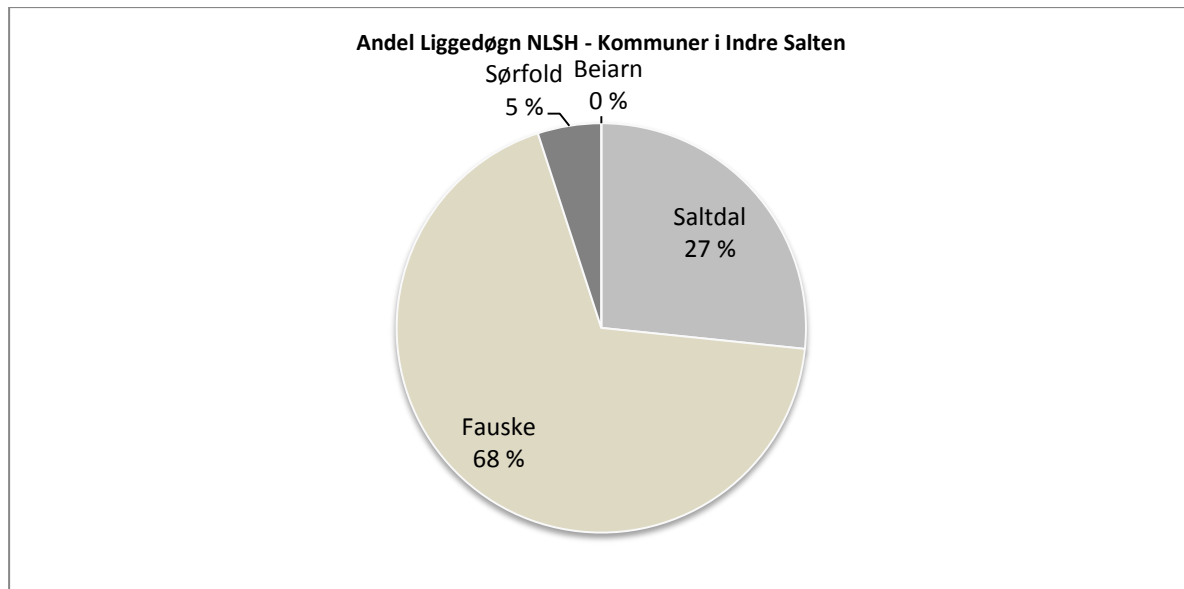


Fig 40.

|                 |                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Saltdal:</b> | I en utregning på 10 % vil Saltdal for 2012 ha 6,3 innleggelser som samlet utgjør 100, 8 liggedøgn. Dette utgjør en andel på 27 % for kommunene i Indre Salten.                                     |
| <b>Fauske:</b>  | I en utregning på 10 % vil Fauske for 2012 ha 11,1 innleggelser som samlet utgjør 258,6 liggedøgn. Dette utgjør en andel på 68 % for kommunene i Indre Salten.                                      |
| <b>Sørfold:</b> | I en utregning på 10 % vil Sørfold for 2012 ha 1,3 innleggelser som samlet utgjør ca. 19 liggedøgn. Dette utgjør en andel på 5 % for kommunene i Indre Salten.                                      |
| <b>Beiarn:</b>  | Ikke oppgitt tallmateriale                                                                                                                                                                          |
| <b>Sum</b>      | I en samlet utregning på 10 % vil Indre Salten-kommunene ha 18,7 innleggelser som samlet utgjør ca. 377,6 liggedøgn. Noe som grovt regnet utgjør i overkant en fulltids sengeplass i løpet av året. |

<sup>28</sup> Midtre Namdal samkommune – Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Interkommunalt samarbeid) s 2

Ut fra nasjonale beregninger innen somatikk, foreligger mål om at kommunene skal overta 10 % av øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus<sup>29</sup>. Ved bruk/overføring av samme tallberegning til rus og psykisk helse l vil følgende tabell dannes ut fra 2012:

Fig. 41

| Kommune | Samlet antall innleggelser | Sum antall liggedøgn | Liggedøgn i gjennomsnitt | Antall innleggelser ut fra 10 % | Antall liggedøgn ut fra 10 % | Andel liggedøgn i % | Folketall | Størrelse i % |
|---------|----------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------|-----------|---------------|
| Saltdal | 63                         | 1008                 | 16                       | 6,3                             | 100,8                        | 27 %                | 4710      | 27,1 %        |
| Fauske  | 111                        | 2586,3               | 23,3                     | 11,1                            | 258,63                       | 68 %                | 9513      | 55,0 %        |
| Sørfold | 13                         | 189,8                | 14,6                     | 1,3                             | 18,98                        | 5 %                 | 2003      | 11,6 %        |
| Beiarn  | Ikke oppgitt               | Ikke oppgitt         | Ikke oppgitt             | Ikke oppgitt                    | Ikke oppgitt                 | Ikke oppgitt        | 1097      | 6,3 %         |
| Sum     | 187                        | 3776,1               | 18                       | 18,7                            | 377,61                       | 100 %               | 17323     | 100 %         |

<sup>29</sup> Midtre Namdal samkommune – Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Interkommunalt samarbeid) s 2

## 9.4 Kartlegging av brukere (ROP – retningslinjen)

Helsedirektoratet gav i 2012 ut «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser: Sammensatte tjenester – samtidig behandling». Brukere med ROP-diagnoser vil ut fra foreløpige kriterier for øyeblikkelig hjelp døgnoophold være en del av målgruppen. Det vil derfor være av betydning å se litt nærmere på anbefalingene i ROP retningslinjen. Flere norske og utenlandske studier viser en høy forekomst av ruslidelser hos pasienter som er i behandling i psykisk helsevern. Størst er forekomsten i sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger (ca. 40 - 60 prosent). Innen TSB er det mange tilfeller av psykiske lidelser, spesielt personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon. I følge ROP – retningslinjen gir sosialtjenesten i Norge uttrykk for at den største utfordring de møter er å hjelpe brukere som har ROP lidelser. Fengselsvesenet viser til tall som sier at over halvparten av de innsatte i fengsel har rusmiddelmissbruk, samtidig som det er høyere forekomst av personlighetsforstyrrelse, depresjon, AD/HD og psykoser blant innsatte i norske fengsler enn hos normalbefolkningen.

Kommunene har klare ansvarsoppgaver utover kommende forpliktelse til øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Ansvarsoppgavene til Kommunene omfatter blant annet:

- Kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene med mer
- Ruskartlegging og psykososial oppfølging
- Forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk og psykososial rehabilitering, pleie og omsorg)
- Fremskaffing av bolig og oppfølging i bolig
- Sosial eller arbeidsrettet aktivisering
- Arbeid med individuell plan
- Generell oppfølging og veiledning
- Henvvisning til behandling<sup>30</sup>

Ut fra ROP retningslinjen er kartlegging av brukerne et viktig grep for å kunne gi et tilrettelagt og faglig godt tilbud. (Dette er også helt i tråd med Opptappingsplan for rusfeltet) ROP retningslinjen viser til at det i dag er manglende kartlegging av alkohol og stofflidelse hos pasienter med kjent psykisk lidelse (Både i helseforetak og kommuner). Blant annet sier for eksempel Anbefaling 17 i ROP retningslinjen sier at når en person med rusmiddelproblemer er i kontakt med hjelpeapparatet så må psykisk helse kartlegges.

---

<sup>30</sup> ROP retningslinjen – s. 75/76

Mer inngående har ROP retningslinjen listet opp følgende aktuelle anbefalinger i forhold til område kartlegging:

- I. Anbefaling 64: I alle kommuner skal det finnes rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblematikk og psykiske problemer. Slike rutiner bør framkomme i kommunenes handlingsplaner.
- II. Anbefaling 65: I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy.
- III. Anbefaling 66: Dessuten skal det finnes kompetanse for å kunne gjennomføre en kartlegging av funksjonsnivå og ressurser
- IV. Anbefaling 67: Motiverende intervju bør tas i bruk for å samtale om bruk av rusmidler på en kvalifisert måte.
- V. Anbefaling 68: Kommunene må sørge for at det finne tilgjengelig kompetanse for kartlegging. Små kommuner kan ved behov inngå samarbeid med andre kommuner for slik å sørge for at nødvendig kompetanse finnes.<sup>31</sup>
- VI. Anbefaling 90: Kommunenes rus – og psykiatriplaner bør omtale hvordan kartlegging og oppfølging av pasienter med ROP lidelser skal gjennomføres, samt rutiner for samhandling
- VII. Anbefaling 91: Personer med ROP- lidelser må ha raskt tilgang til hjelp når de trenger det. Samarbeidsavtaler bør derfor omfatte rutiner for utskrivning, faglig og økonomisk samarbeid, samt samarbeid rundt personer i krise/akutte tilstander<sup>32</sup>

Et godt kartleggingsarbeid i kommunen(e) vil kunne bidra til å avklare nærmere hvem som primært vil være målgruppe for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Her vil det kunne avdekkes individuelle forskjeller og behov, antall personer tilbudet vil gjelde for - omfang og hjelpebehov. (Dette må ses i sammenheng med de forestående analyser og anbefalinger som etter hvert vil komme fra departement og direktorat) Ut fra dette vil det være betydelig lettere å realisere et tilbud til de brukerne som trenger hjelp, og som et slikt tilbud er tilsiktet.

---

<sup>31</sup> ROP retningslinjen s. 76

<sup>32</sup> ROP retningslinjen s. 90

## 9.5. Kompetanse

I etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse er det avgjørende at krav til forsvarlighet ivaretas. Kommunen(e) skal organisere og tilrettelegge tilbudet slik at fagkompetanse sikres (jamfør Helse- og omsorgstjenesteloven § 4- 1 d) Hva som vil være å anse som forsvarlig fagkompetanse vil avhenge av hvilke brukere som skal få tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

Kommunen må sørge for nødvendig opplæring av personell, og ha planer og rutiner for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening<sup>33</sup>

Følgende er gitt som overordnet krav til kompetanse for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene;

A) Pasienten/ brukeren skal være tilsett av lege før innleggelse i en kommunal enhet

B) Tilbudet skal være døgnbemannet av sykepleier hvor kompetansen er styrket utover generalistkompetanse, i forhold til aktuell brukergruppe.<sup>34</sup>

Kompetansekravet ovenfor skal i henhold til «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold -Veiledningsmateriell.», være fylt 24 timer i døgnet, 365 dager i året. (En liten endring er gjort i den reviderte utgaven av veilederen(2013); «... forut for innleggelse bør pasienten som hovedregel være vurdert av lege. Kravet gjelder ikke i tilfeller dette kan medføre forlengelse av vesentlig lidelse for pasienten eller forsinkelse som kan forringe resultat av behandlingen.»<sup>35</sup>)

### 9.5.1 Innspill til kompetansedekning i Spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen for Saltdal kommune er kompetanse vektlagt, og følgende utfyllende kommentarer er gitt;

En respondent fra pårørende/brukere understreker at kompetansen må være til stede i et slikt tilbud. Andre har svart at de føler kompetansen i Saltdal, slik den er i dag, er mangelfull, spesielt i forhold til rus. En annen mener at fare for manglende kompetanse i et lokalt tilbud gjør at han/hun ville foretrekke innleggelse øyeblikkelig hjelp ved sykehus. En besvarelse sier at det må være personale tilstede med tilstrekkelig kompetanse og tilgjengelighet 24 t i døgnet under oppholdet.

<sup>33</sup> Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp – Veiledningsmateriell – revidert 01/2013 (Helsedirektoratet) s. 17

<sup>34</sup> Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp – Veiledningsmateriell – revidert 01/2013 (Helsedirektoratet) s.12

<sup>35</sup> Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp – Veiledningsmateriell – revidert 01/2013 (Helsedirektoratet) s.13

En annen respondent sier at han/hun støtter kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud, dersom det tilsettes lege og/eller psykiater. Han/hun sier videre at kompetanse på området må være absolutt til stede. «Har vanskelig for å tro/mene at Saltdal kommune skal kunne håndtere et vanskelig tilfelle

innen psykiatrien» Respondenten kan se for seg at det kan være aktuelt for et «lett» tilfelle, med lege/psykiater. Han /hun uttrykker noe skepsis til et slikt tilbud, og om det er gjennomførbart. Et annet synspunkt i undersøkelsen er viktigheten av det forebyggende arbeidet i dagliglivet til den enkelte bruker, at kompetansen blir stilt tilgjengelig før man trenger øyeblikkelig hjelp. Denne kompetansen mangler! I spørsmål rettet til brukere og pårørende stiller 33 % spørsmålstegn ved om hvorvidt kompetansebehovet i et slikt tilbud vil kunne bli tilstrekkelig ivarettatt i Saltdal kommune.

Spørreundersøkelsen for Saltdal rettet mot 1. linjetjenesten har også fått en del innspill i forhold til kompetanse. Spørsmålet som her ble stilt var; «Hvilken kompetanse forventer du må være til stede, og hvordan kan kompetanse sikres i øyeblikkelig hjelp døgnoophold- tilbud?»

#### Respondenter fra Nav/annet skissert følgende:

- Personalet må ha den nødvendige utdanning / videreutdanning i forhold til målgruppa – eks. knyttet til rus: Psykiatrisk sykepleier, vernepleier/sosionom m/ videreutdanning i rusarbeid m/ veiledning / dialog.
- Psykiatrisk kompetanse
  - Ruskompetanse
  - Allmennlegekompetanse
- Lege/psykiater
  - Psykiatrisk sykepleier
    - ✓ Sikres gjennom turnus/ bakvakt av kompetente leger – og sykepleiere o/ vernepleiere.

#### Respondenter fra lokal rus- og psykisk helsetjeneste:

- Kompetanse innen rus/psykiatri og somatikk helse. Det bør være nært samarbeid med lege.
- Kompetanse for å håndtere situasjoner som oppstår
  - Tilpasset behov
- Lege, psykolog, vernepleiere, sykepleiere – videreutdanning i rus/psykiatri
- Lege
  - Psykiater
  - Psykolog
- Fagpersoner m etterutdanning Rus/Psyk
- Kompetanse innen rus/psykiatri, somatikk. Mange har en sammensatt lidelse, dobbeltdiagnoser og sliter m/ den somatiske helsen, eller har behov for observasjon eller utredning i forhold til sine sammensatte plager.

#### Respondenter fra fastlegene:

- Nr. 1 Kompetanse til stede: fagfolk med videreutdanning i psykiatri/m.  
Nr. 2: Sikre kompetanse: grunnutdanning og videreutdanning. Vedlikehold og faglig påfyll.  
Gode arbeidsbetingelser.
- Psykiatrisk sykepleier eller vernepleier
- Psykiatrisk sykepleier/ Miljøterapeuter

Konklusjon ut fra svar fra respondentene i undersøkelsen er at et slikt tilbud betinger bred og «spisset» kompetanse innen relevante fagområder. Samarbeid må vektlegges og videreutdanning fremheves.

### **9.6. Kommentarer fra spørreundersøkelse – brukere og pårørende**

I spørreundersøkelsen for Saltdal kommune er det en del utfyllende kommentarer til etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

#### *Om det generelle tilbudet i kommunen*

Respondenter har svart at pasienter som ber om hjelp hjemme, bør få hjelp hjemme. Det bør være mer støtte i hjemkommunen angående lege, nav og psykiaritjeneste. En annen har ytret at det må ansettes flere folk i tjenestetilbudet i kommunen. Aktivitetsnivået på tilbudet må opprettholdes. En respondent ønsker å ha mulighet til å kontakte sin saksbehandler hele døgnet, ikke bare mellom 8 – 16. En annen har vektlagt viktigheten av å lytte til pasientene som sliter. Føler de ikke blir hørt.

#### *Om øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen rus og psykisk helse i kommunen*

Flere har svart at de ønsker å ha et telefonnummer (døgnavakt) de kan ringe på natt knyttet til et slikt tilbud, med et offentlig kjent nummer. En har svart at hvis et slikt tilbud skal åpnes er det viktig at det ikke går på bekostning av noe annet. Det er viktig at penger ikke gjør at ansatte ikke får gjort jobben sin. Det må være nok personale, pasienter må ikke tilsidesettes fordi det ikke haster nok. En respondent har svart at terskelen for å be om hjelp kanskje blir mindre, når du slipper å bli sendt ut av bygda. En annen sier at det ikke er like «skummelt» som NPS, og at det forhåpentligvis blir lettere for andre å tørre å be om hjelp. I et lokalt tilbud vil ting være «kjent og kjært». Det å slippe å dra til Bodø der alt er ukjent, både miljø og personale, vil være viktig. Nærhet og trygghet og kontakt med venner og familie er viktig for tilfriskningsfasen. En annen har stilt spørsmål i forhold til utformingen av tilbudet. Hvem kan få plass? Hvor mange rom /senger er det plass til? Hvem skal vurdere? Erfaringsmessig gir han/hun uttrykk for at allmennpraktiserende leger ikke alltid forstår alvoret!

#### *Om Interkommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen rus og psykisk helse*

En respondent har svart at et interkommunalt tilbud kan være uheldig, da man fjernes fra lokale forhold.

#### *Om brukerstyrt tilbud.*

En har svart at hun/han kun er opptatt av at alle får den hjelpen de har krav på, brukerstyrt eller ikke. En annen sier det slik; «brukerstyrte senger; har seng hjemme og foretrekker denne – hjelp hjemme!»

### *Om spørreundersøkelsen*

En respondent i kraft av å være pårørende med god kjennskap, synes spørreundersøkelsen beskriver for lite hva som er planen. Han / hun synes det er vanskelig å mene noe. Han/ hun mener problematikken fordrer et større kollegium. Understreker at det ikke er motstand mot dette, bare skepsis. En annen har svart at spørsmålene i undersøkelsen var vel «førende». Samt at han/hun stiller spørsmål ved hvor vektlagt undersøkelsen er, da han/hun mottok den 2 dager etter innleveringsfristen 1/6 – 13!

## **9.7. Kommentarer fra spørreundersøkelse – 1. linjetjeneste**

I 2 del av spørreundersøkelsen er det rettet spørsmål til hjelpeapparatet i kommunen. Også her med mulighet til utfyllende kommentarer om øyeblikkelig hjelp døgnoophold til rus og psykisk helse. Her er en kort gjennomgang av disse

### **Nav /andre:**

Øyeblikkelig hjelp døgnoophold i kommunen vil kunne bidra til å gi forutsigbarhet og trygghet hos brukeren. Lange reiser, venting og liten tilgjengelighet gjør pasienten sliten, maktesløs og sykere. En respondent sier at et slikt tilbud i kommunen(e) vil kunne bidra til å unngå reinnleggelser fordi pasienter blir fot tidlig utskrevet fra sykehus.

### **Fastlege:**

En av legene sier at et slikt tilbud vil kunne bidra til kortere innleggelser i krisesituasjoner. En annen gir uttrykk for at det gjennom et slikt tilbud vil kunne gi mulighet for deltakelse i et større faglig miljø for personer med psykiske lidelser.

### **Rus / Psykisk helse:**

En respondent sier øyeblikkelig hjelp døgnoophold vil gi trygghet for brukerne av tilbudet. Tiltaket vil gi økt tilbud for Saltdals befolkning, samt gi bedre kontakt mellom brukere og institusjon. En annen i denne tjenesten sier et slikt tilbud vil kunne virke forebyggende og forhindre innleggelser. Vil kunne bidra til å gi trygghet til brukere med hyppige innleggelser om at det finnes et tilbud i nærmiljø / kommune. En tredje har svart at det for noen kan være en barriere å bryte ved å legge seg inn i psykiatrien, og at et slikt tilbud kan være et godt alternativ. Siste respondent har svart at et slikt tilbud vil kunne bidra til å skape trygghet, forutsigbarhet og økt livskvalitet. Ved å få hjelp i nærmiljøet for en kortere periode og så dra hjem, kan bidra til økt sjanse for å ta imot hjelp. Han/hun viser til at brukeren kan henvende seg til flere instanser som kan hjelpe/bidra til innleggelse /Nav, rus/psykiatri) Brukerne trenger ikke bare gå gjennom lege, men også hjelpeapparatet.



## 9.8 Risiko

Etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse vil være forbundet med flere risikofaktorer. En klar risikofaktor er at det enda er mye usikkerhet og uavklarte rammer for slike tilbud i kommunene. Det er udefinerte gråsoner mellom tjenestenivå, samt at det ikke er laget konkrete føringer og veiledere for kommunale øyeblikkelig hjelp innen rus og psykisk helse. I sum vil det være på individnivå (brukeren) at den største risikoen vil oppstå. Befolkningsgrunnlaget i kommunen vil være en annen faktor. Små kommuner vil være mer sårbare og løpe større risiko enn større kommuner. Sentralt her er:

- Økonomi
- Årlige svingninger i behov og «belegg»
- Kompetanse og rekruttering.

Større kommuner, eller kommuner i samarbeid, vil naturlig nok ha bedre forutsetning for å danne mer «robuste» tilbud.

Det er ikke utformet en nærmere konsekvens analyse for det tiltaket som skisseres som «forprosjekt» for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Det vil være et viktig verktøy i den videre arbeidsprosessen når et slikt tilbud skal etableres. Videre risikovurdering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold rus og psykisk helse vil være gjeldende nå mer konkrete oppgaver blir forelagt kommunene.



(foto Aurora V. Ramsvik)

## 9.9. Modell for Øyeblikkelig hjelp døgnopphold - Saltdal kommune i kortsiktig perspektiv

Saltdal kommune har politisk vedtak på etablering av bolig med heldøgns bemanning til brukere innen rus og psykisk helse. Vedtaket tar med at etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold for samme målgruppe kan sees i sammenheng med et slikt døgnbasert botilbud.

En etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud for rus og psykisk helse i Saltdal vil ligge opp til arbeidsprosessen med oppbygging av heldøgns botilbud. I første trinn for dette prosjektet vil ikke øyeblikkelig hjelp døgntilbud ha et overordnet fokus. Hovedutfordringen blir å få på plass tilstrekkelig personell og kompetanse til å drifte et heldøgns botilbud. Tidsavgrensningen på kortsiktig botilbud ble drøftet høsten 2013 og satt til maks 2 år. Det vil i løpet av prosessen med den kortsiktige modellen være aktuelt å se på kapasitet og mulighet for å danne et pilotprosjekt for å etablere en «trygghetsplass» i kommunen. Brukerstyrt tilbud eller «trygghetsplass» vil være et utgangspunkt for realisering av en mer endelig øyeblikkelig hjelp løsning på sikt. Erfaringer her vil danne grunnlag for om videre tilbud sees i kommunal eller interkommunal sammenheng.

Tilsettingsprosessen for heldøgns botilbud er i gang i oktober /november 2013.

## 9.10. Ulike modeller for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i langsiktig interkommunalt perspektiv; potensielle kostnader og inntekter ut fra noen foreslåtte modeller

Det er flere eksempler på at små kommuner ser til interkommunale løsninger for å imøtekomme sammensatte utfordringer. Kommunene har i dag flere ulike løsninger og modeller for samarbeid. KS har skissert 3 forskjellige samarbeidsmodeller som anbefales i et interkommunalt samarbeid:

### **A) Vertskommunemodell (§ 28-1b i kommuneloven), adm. vertskommunesamarbeid**

*Modellen har som overordnet mål å legge til rette for samarbeid om kommunenes lovpålagte ansvar på kjerneområder, hvor behovet for å ivareta hensyn som politisk ansvar, kontroll og rettsikkerhet gjør seg gjeldende. Modellen er utviklet for samarbeid mellom kommuner på områder av forvaltningsmessig karakter, og er underlagt lov om offentlighet. Det er krav om at samarbeidet reguleres gjennom en skriftlig samarbeidsavtale som hvert kommunestyre vedtar. Gjennom samarbeidsavtalen sikres deltagerkommunene innflytelse på kvalitet og omfang av tjenestene, samt overfører myndighet til vertskommunen på ulike områder. Vertskommunen kan da utøve forvaltningsmyndighet på vegne av samarbeidskommunene, når det er hjemlet i lov. Alle behovsendringer vil kreve endringer i samarbeidsavtalen mellom kommunene. Vertskommunen er ansvarlig for administrasjon og drift, og dermed arbeidsgiver for de oppgaver som legges inn i avtalen. Modellen krever få organisatoriske grep, og gir klare ansvarsforhold. Det utløser ikke mva. ved levering av tjenester til deltagerkommunene,<sup>36</sup>*

<sup>36</sup> Midtre Namdal samkommune – Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Interkommunalt samarbeid) s 27

### **B) Vertskommunemodell (§ 28-1c i kommuneloven) med felles folkevalgt nemd**

*I en vertskommunemodell med felles folkevalgt nemd har nemda ansvar for at oppgavene løses innenfor rammen av delegasjon fra deltagerkommunene. Deltagerkommunene kan delegere myndighet til nemda til å treffe vedtak, også i saker av prinsipiell betydning. Deltagerkommunene må i slike tilfeller delegere samme kompetanse til nemda, jf. Kommuneloven § 28-1 c. nr. 3. Modellen åpner opp for at de politiske organene i større grad driver mål – og resultatstyring, uten å involvere seg i hvordan oppgavene løses. Hver kommune skal stille med minst 2 representanter i nemda, hvor ledervervet skal gå på omgang.*

*KS trekker frem at fordelene ved å velge vertskommunemodell med folkevalgt nemd, er at den politiske ledelsen får innflytelse i en viktig prosess, og involveres fra oppstart i en viktig sak. Det vil gi mindre kommuner større innflytelse, og redusere faren for at vertskommunen oppleves som dominerende. Samtidig krever det mer administrativt arbeid.<sup>37</sup>*

### **C) Samkommunemodell**

*En samkommunemodell åpner for at to eller flere kommuner kan løse felles oppgaver jf. kommuneloven § 28-2a punkt 1. Enhver oppgave eller avgjørelsesmyndighet som ikke i lov er lagt til kommunestyret, kan overføres til en samkommune, så lenge oppgaven eller avgjørelsesmyndigheten er identisk for alle deltagerkommunene. Samkommunen har eget samkommunestyre med minst 3 representanter fra hver deltaker-kommune. Representanter fra hver kommune har ansvar for å ta den politiske prosessen i sin kommune. Det politiske styringsbehovet blir godt ivaretatt. Ordførerne sitter i samkommunestyret, og er tett på saker.<sup>38</sup>*

## **9.11. Lokal planlegging og finansiering**

Ut fra etablering av heldøgns botilbud til ressurskrevende brukere i Saltdal er det satt opp en trinnvis prosess, der et pilotprosjekt for «trygghetsplass» vil være i trinn 3. I de første trinnene i etableringen er det fokus på å framskaffe et forsvarlig og faglig godt botilbud for aktuelle brukere. I denne prosessen vil det være viktig å ha dialog med helseforetaket. Nyttige erfaringer og gode innspill kan fremskaffes i et slikt forprosjekt. Disse erfaringene kan videreføres i planlegging av øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse. Sammen med helseforetak (og øvrige nære kommuner) må det utarbeides tidsrammer og budsjettering for videre arbeid, herunder; Søknad om tilskudd fra helsedirektoratet(i dette);

- søkers formål med tilskuddet
- prosjektbeskrivelse
- søknadsbeløp
- budsjett
- del-finansiering/ tilskudd fra andre instanser
- egenfinansiering
- søkers organisasjonsform
- redegjørelse for interne og eksterne kontrolltiltak (sikre korrekt rapportering og måloppnåelse)

<sup>37</sup> Midtre Namdal samkommune – Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Interkommunalt samarbeid) s 27

<sup>38</sup> Midtre Namdal samkommune – Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Interkommunalt samarbeid) s 28

Overstående punkter gjelder tilskudd for etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene for somatikk. **Det er ikke laget egen finansieringsmodell for rus og psykisk helse.** Det er for tiden usikkert når en slik modell vil foreligge. Det for tidlig i arbeidsprosessen med det døgntilbudet i kommunen til å kunne gi noen nærmere oversikt og konklusjon i forhold til kostnader og eventuell søknadsbeskrivelse til direktoratet.

## 9.12 Interkommunal planlegging og finansiering – alternativer?

Hva som er gode/effektive modeller for organisering av tjenester og samarbeidstiltak kan variere med ulike forhold som kommunestørrelse, reiseavstander mm. Det er derfor viktig at forsøk og evalueringer rettes inn mot å kunne belyse betydningen av kontekstuelle faktorer, herunder robuste modeller for samarbeid mellom kommuner, og mellom kommuner og DPS for tjenester som krever et visst befolkningsunderlag<sup>39</sup>.

Innen somatikken blir plikten for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp døgnopphold fullfinansiert i perioden 2012 – 15. Dette skjer i form av at 50 % av midlene gis som tilskudd fra staten. Resterende overføres fra helseforetakene i regionene. Dette gjøres ut fra inngåtte avtaler.

Fra 2016 vil midlene innrulleres i kommunenes økonomiske rammer.

For somatikk er det regnet et beløp på statlige tilskudd som tilsvarer 4330,- pr. døgn pr. seng. Om samme sum er gjeldene innen øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse er uvisst.

Midtre Namdal samkommune har arbeidet ut fra at flere kommuner går sammen om en interkommunal modell. Dette både ut fra befolkningsgrunnlag og andre nødvendige hensyn. Eksempelvis har arbeidsgruppa i Namdalprosjektet vektlagt å få til en likeverdig og rettferdig fordeling mellom kommunene i et samarbeid.

Ut fra dette er følgende anbefaling gitt i en interkommunal modell for øyeblikkelig hjelp døgnopphold(finansiering):

- 1) Kommunenes tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnopphold overføres uavkortet som driftstilskudd til vertskommunen ved tildelingstidspunkt, i tråd med antall statlige overføringer i året.
- 2) Kostnadsfordeling mellom kommunene for utgifter ut over statlig finansiering tar utgangspunkt i en fast andel på 10 %, og 90 % etter innbyggertall i kommunen.
- 3) Kommunespesifikke utgifter (som merforbruk av liggedøgn) bør betales av den enkelte kommune etter en fastsatt døgnpris.
- 4) Endelig avregning og oppgjør, skjer når regnskap foreligger.<sup>40</sup>

Det fremheves videre at en fordeling av kostnader bør være en enklest mulig ordning, som vil kreve lite bruk av tid og ressurser på administrasjon. Det blir her videre anbefalt at enheten for øyeblikkelig hjelp gir månedlige oversikter over forbruket til den enkelte kommune ut fra hva som er forventet på årlig basis.

<sup>39</sup> Fra Diskusjonsrapport «Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal med-finansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling s. 95

<sup>40</sup> Midtre Namdal samkommune – Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Interkommunalt samarbeid) s 33

## 9.13 Lokalisering

Lokalisering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud for rus og psykisk helse vil ha flere innfallsvinkler. Igjen vil det være basert ut fra om det skal være et rent kommunalt tiltak, eller om det skal være i en interkommunal regi. Arbeidsgruppa i Midtre Namdal samkommunes øyeblikkelig hjelp prosjekt (somatikk) har i sin rapport satt opp en del vesentlige punkter for anbefaling av lokalisering av interkommunal tilbud:

- a) Organisering av tjenesten bør sikre kort vei til både legevakt og spesialisthelsetjenester dersom forverring i pasientens tilstand krever kort responstid*
- b) Lokalisering bør understøtte tydelige ansvarslinjer.*
- c) Lokalisering skal gi trygghet for ansvarlige kommunale leger og derigjennom føre til at tilbudet blir benyttet i størst mulig grad.*
- d) Forenklet samarbeid om bl.a. laboratorietjenester, tilgang til røntgen og opplæring/undervisning/veiledning.*
- e) Holde behov for pasienttransport lavt. Ambulanse kan da mest mulig være lokalisert i kommunen, i stedet for «låst» til pasienttransport, samtidig som pasientflyten er god.*
- f) Sikre tillit og trygghet i befolkningen for at kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp er av høy kvalitet og et godt alternativ til spesialisthelsetjenesten.*
- g) Muligheter for samlokalisering av legevakt og enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold.*
- h) (...) Lokalisering nært sykehus vil dermed være nyttig.<sup>41</sup>*

De geografiske forholdene for kommunene i Indres Salten ses i tabellen under, da i første rekke med utgangspunkt i avstand og reisetid til sykehuset i Bodø (øyeblikkelig hjelp). I regionene er det Fauske kommune som har nærmest beliggenhet til sykehuset i Bodø.

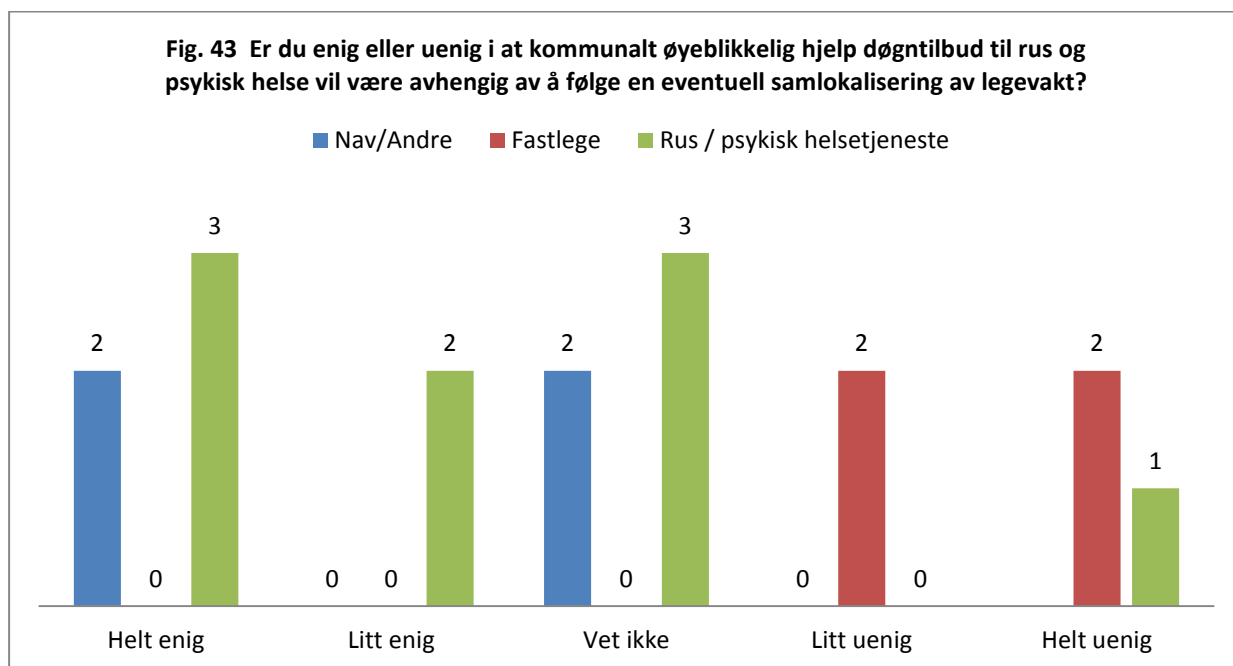
Fig.41 Geografiske forhold: Avstand fra kommune til helseforetak – Øyeblikkelig hjelp<sup>42</sup>

| Fra                                  | Til            | Reiselengde | Reisetid      |
|--------------------------------------|----------------|-------------|---------------|
| <b>Saltdal helsesenter</b>           | Akuttpost Bodø | 83,8 km     | 1 time 22 min |
| <b>Fauske / Sørfold – legevakt</b>   | Akuttpost Bodø | 54,2 km     | 52 min        |
| <b>Beiarn – Moldjord helsesenter</b> | Akuttpost Bodø | 105,8 km    | 1 time 37 min |
| <b>Sørfold – Helsesenter</b>         | Akuttpost Bodø | 69,9 km     | 1 time 06 min |

<sup>41</sup> Midtre Namdal samkommune – Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Interkommunalt samarbeid) s 20

<sup>42</sup> Tall fra Gule siders karttjenester

I tillegg til regional plassering av et slikt tilbud, vil kravet til responstid fra lege være av betydning. Her vil også (fremtidig) lokalisering av legevakt ha en viss betydning for etablering av tilbud. I spørreundersøkelsen i Saltdal rettet til hjelpeapparatet ble følgende spørsmål stilt; «*Er du enig eller uenig i at kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud til rus og psykisk helse vil være avhengig av å følge en eventuell samlokalisering av legevakt?*»



Svarene har en forholdsvis jevn spredning. Legene som har svart er ikke enig i at dette skulle være nødvendig.



## 10. VIDERE PROSESS

- I. Etablering av døgnbemannet botilbud / Institusjon til brukere innen rus og psykisk helse, med trinnvis plan for tilføyelse av pilotprosjekt for øyeblikkelig hjelp døgnopphold for Saltdal kommune i 2014 (trygghetsplass)
- II. Kompetansekartlegging og kompetanseheving hos personell og avklaring av nødvendige rammer og videre forarbeid for eventuell øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Herunder også nærmere avklaring av målgruppe for tilbudet.
- III. Etablere og videreføre samarbeid med helseforetak ut fra tjenesteaftaler.
- IV. Videreføre brukererfaringer og medvirkning. Involvere brukerrepresentanter i den videre arbeidsprosessen.
- V. Igangsette Interkommunal dialog om felles plattform for å imøtese utfordringer knyttet rus og psykisk helse ut fra demografi og kommunenes forpliktelser i Samhandlingsreformen.
- VI. Utarbeide søknad «Tilskudd til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene» til eventuell etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse. Sendes helsedirektoratet når tilskuddsordning foreligger, eventuelt søkeandre aktuelle prosjektmidler.
- VII. Etablere forprosjekt i Saltdal Øyeblikkelig hjelp i tilknytning døgnbemannet institusjon – i første omgang brukerstyrt trygghetsplass
- VIII. Ut fra erfaringer med pilot-prosjekt, gi videre anbefaling om tilbud - interkommunalt samarbeid med øvrige kommuner i Indre Salten?



(foto Erik Fastvold)

## 11. KONKLUSJON

I utredningen er det sett på den plikten kommunen(e) har til opprettelse av øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse. Denne plikten har klare og konkrete føringer innen område somatikk, og har resultert i at mange kommuner i dag langt på vei har innfridd de lovkrav som foreligger. Samtidig med dette har det oppstått flere forutsette og uforutsette komplikasjoner i innføringen av Samhandlingsreformen på dette området. Det er uttrykt bekymring over at de komplikasjonene som fremvises innen somatikken, vil være forbundet med enda større risiko og uklarhet i forhold til feltet rus og psykisk helse.

Utredningen preges i stor grad av at det er mange usikkerhetsmomenter knyttet til øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen rus og psykisk helse i kommunene. Det er ikke presentert noe fullverdig veiledningsmateriale på området. Veilederen «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold» er nær helt og fullt tiltenkt somatikk, rus og psykisk helse er tatt med, men mer i bisetninger. Veilederen sier klart at beregningsgrunnlaget er basert på pasienter med somatisk sykdom, og at finansieringsordningen foreløpig er knyttet til denne pasientgruppen. Det bemerkes at selv om tilskuddsordningen kun gjelder for somatikk, så utelukker det ikke at kommuner i avtale med helseforetak kan etablere tilbud som også omfatter psykisk helse og rus. Veilederen sier videre at det vil være en fordel å planlegge for at investeringer og opplegg for drift gis en utforming og organisering som på et senere tidspunkt vil forenkle innlemming av pasientgrupper innen psykisk helse og rus<sup>43</sup>

Utredningen har støttet seg til en kommunal spørreundersøkelse til brukere og pårørende i forhold til tanker og forventninger rundt etablering av et slikt tilbud i kommunen. Spørreundersøkelsen har en lav svarprosent og vil være preget av flere elementer som gjør at den har et begrenset verdigrunnlag. Undersøkelsen er i stor grad basert på skjønnsmessige vurderinger hos respondentene, da det i liten grad foreligger konkret beskrivelse av tilbudet. En slik undersøkelse vil likefullt være et viktig bidrag ved etablering av tilbud og tiltak i kommunene. Spørreundersøkelsen har vist at få brukere og pårørende føler de har god kjennskap til Samhandlingsreformens fremtidige innvirkning på rus og psykisk helse. Dette er et viktig signal å følge opp i videre prosess, blant annet med etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold. I veilederen for kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, står det at øyeblikkelig hjelp tilbudet som skal etableres i kommunene skal være institusjonsbasert<sup>44</sup>. Dette kriteriet vil kunne bli imøtekommet i Saltdal kommune ved opprettelse av et døgnkontinuerlig botilbud, slik det nå er tenkt. Uten dette planlagte tilbudet i kommunen, ville det ikke vært forutsetning for en etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse (i denne omgang)

Utredningen kan gjøre følgende oppsummering; det vil være hensiktsmessig å gjøre et forprosjekt i Saltdal kommune knyttet opp til planlagte institusjon for brukere innen Rus og psykisk helse. I dette forprosjektet vil det ligge best til rette for en tilnærming mot en modell med høy brukerdeltaktighet – trygghetsplass. En prosess med etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i Saltdal (og eventuelt Indre Salten) vil kunne gå parallelt med oppbygging og videreutvikling av denne institusjonen. Det må

<sup>43</sup> Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp – Veiledningsmaterieell – revidert 01/2013 (Helsedirektoratet) s. 5

<sup>44</sup> Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp – Veiledningsmaterieell – revidert 01/2013 (Helsedirektoratet) s.25



kartlegges kompetanse hos personalgruppen som skal jobbe i institusjonen, slik at denne eventuelt kan styrkes opp mot faglig og forsvarlig drift av øyeblikkelig hjelp tilbud. I denne kompetansekartleggingen og utviklingen er helseforetaket en helt vesentlig og forpliktet samarbeidspartner. Styrkingen av kompetanse vil ses i sammenheng med de krav til øyeblikkelig hjelp døgnopphold til rus og psykisk helse som etter hvert kommer fra Helsedirektoratet. Signalene fra direktoratet er at det vil komme en veileder til etablering av øyeblikkelig hjelp rus og psykisk helse i kommunene, men at det er usikkert når. I tillegg er det usikkert om det vil komme en egen veileder, eller om det vil være kompletterende til eksisterende veileder.

**Det vil ut fra utredningen være vanskelig å gi et tydelig bilde og konkludere med hva som kreves i forhold til økonomi, administrasjon og kompetanse tilhørende kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud. I et videre perspektiv, ut over nevnte forprosjekt, er det klart hensiktsmessig å se på en utvidet øyeblikkelig hjelp funksjon i et interkommunalt perspektiv.**

En interkommunal løsning vil være forbundet med betydelig mindre risiko, både faglig og økonomisk. En sammenslått løsning gir et større «nedslagsfelt» ut fra befolkningsgrunnlag. Dette ses i sammenheng med kartlagt antall innleggelser for 2012 for kommunene i Indre Salten.

KS har skissert 3 ulike modeller for interkommunalt samarbeid. Midtre Namdal samkommune har drøftet ulike finansieringsmodeller og løsninger for lokalisering. Dette er perspektiver som kan ha overføringsverdi til etablering av en felles, samlokalisert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for rus og psykisk helse. I den videre prosessen er det viktig å utarbeide bærekraftige løsninger for kommunene. Vesentlig i dette bildet er den kommunale med-finansieringen som vil ligge til rus og psykisk helse. Denne er pr. i dag utsatt til minimum 2015. Diskusjonsrapporten fra Sintef «Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal med-finansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling» gir nyttige vinklinger og vurderinger av ulike modeller. **Opprinnelig sammenfatning og vedlegg fra diskusjonsrapporten er tatt bort fra denne utgaven**

### **15.oktober 2013:**

Ved regjeringsskifte 2013 har den nye regjeringen i sin politiske plattform – «Sundvollerklæringen» lagt nye føringer for Helse og Omsorg. Under punkt «Kommunehelsetjeneste» sier den nye regjeringen følgende; «Følge opp enigheten mellom partiene under Stortingets behandling av samhandlingsreformen, herunder reversere kommunal med-finansiering.»<sup>45</sup>

Dette betyr at planene om fremtidig kommunal med-finansiering faller bort.

Assisterende helsedirektør Øystein Mæland kommenterer dette under konferansen «psykisk helse 2013» i Oslo 15. oktober 2013, med at «-Så får vi se hva som kommer i stedet».<sup>46</sup>

<sup>45</sup> «Sundvollerklæringen» Politisk plattform – for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet 7. oktober 2013 s.41

<sup>46</sup> Assisterende helsedirektør Øystein Mæland – foredrag «Psykisk helse 2013» Oslo 15. oktober – sitert i NAPHA 15. oktober «Et godt utgangspunkt»

## 12. LITTERATUR / RESSURSLISTE:

1. Beiarn kommune - Avdeling Rus og psykisk helse
2. Fauske kommune - Avdeling Rus og psykisk helse
3. Folkehelseprofiler 2013 (KUHR-databasen, fastlege og legevakt.) - Folkehelseinstituttet
4. Forelesningsmaterieil K. G Skodvin – Kommunelege Saltdal
5. <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/finansiering-av-spesialisthelsetjenester/detali/>
6. <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Samhandlingsreformen/Pasientforlop/Ma-utrede-mer-om-rus-og-psykisk-helse/>
7. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp – Veileder (Helsedirektoratet) 2013
8. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 2011
9. NAPHA - Nasjonalt senter for psykisk helsearbeid <http://www.napha.no/naphaweb>
10. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Helsedirektoratet 2012
11. Nordlandssykehuset – avdeling rus og psykiatri – N 4
12. Saltdal kommune - Avdeling Rus og psykisk helse
13. Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Høringsutkast
14. Statistisk sentralbyrå 2013
15. Stortingsmelding 16 – Nasjonal helse og omsorgsplan (2010 -11)
16. Stortingsmelding 30 – «Se meg!» (2011-12)
17. «Sundvollerklæringen» Politisk plattform – for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet 7. oktober 2013
18. Sørfold kommune - Avdeling Rus og psykisk helse
19. Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal med-finansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling – Diskusjonsrapport SINTEF 2013
20. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold – Interkommunalt samarbeid – Midtre Namdal samkommune 2012
21. Øyeblikkelig hjelp – oppgaver for sykehjem i små kommuner – artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening (KG. Skodvin, IJ. Aaraas, AK . Forshei, KB. Hagen, M. Jonsbru)  
<http://tidsskriftet.no/article/2246301>

## **VEDLEGG**

### **SPØRREUNDERSØKELSE DEL 1 OG 2**

## A. Spørreundersøkelse – Hjelpeapparat i Saltdal kommune

1. Hvor i hjelpeapparatet arbeider du?

- ☐ Fastlege
- ☐ Turnuslege
- ☐ Rus og Psykisk helsetjeneste
- ☐ Nav

2. Hvor mange innleggelser innen øyeblikkelig hjelp døgnopphold Rus og Psykisk helse har du gjennom din stilling i kommunen direkte kjennskap til forrige år?

- ☐ Under 5
- ☐ 05 – 10
- ☐ 10 – 15
- ☐ 15 - 20
- ☐ Over 20

3. Hvor mange innleggelser, ut fra din vurdering, ville kunne vært ivaretatt lokalt i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold for Rus og psykisk helse forrige år?

- ☐ Under 5 %.
- ☐ 05 – 10 %.
- ☐ 10 – 15 %.
- ☐ 15 - 20 %.
- ☐ 20 - 25 %.
- ☐ Over 25 %

4. Hvilken målgruppe(r) vil et slikt lokalt kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud omfatte? (flere kan velges)

- ☐ Akutt forverring av psyke
- ☐ Rus
- ☐ Sosialt
- ☐ Observasjon
- ☐ Brukerstyrte plasser
- ☐ Annet

Hvis annet, utdyp nærmere:

5. Hvilken kompetanse forventer du må være til stede, og hvordan kan kompetanse sikres i øyeblikkelig hjelp døgnoophold- tilbud?

6. Vil være avhengig av å følge en eventuell samlokalisering av legevakt?

- ☐ Helt enig
- ☐ Litt enig

- ☐ Vet ikke
- ☐ Litt uenig
- ☐ Helt uenig

7. Hvor enig eller uenig er du i at øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil kunne ivaretas i Saltdal Kommune?

- ☐ Helt enig
- ☐ Litt enig
- ☐ Vet ikke
- ☐ Litt uenig
- ☐ Helt uenig

8. Hvor enig eller uenig er du i at et slikt tilbud må organiseres Interkommunalt (Indre Salten)?

- ☐ Helt enig
- ☐ Litt enig
- ☐ Vet ikke
- ☐ Litt uenig
- ☐ Helt uenig

9. Bør tilbudet være brukerstyrt (lavterskel – gjennom for eksempel IP og kriseplan) eller bør innleggelse skje kun gjennom lege?

- ☐ brukerstyrt
- ☐ lege
- ☐ Vet ikke

10. Hvor enig eller uenig er du i at et lokalt brukerstyrt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil virke forebyggende?

- ☐ Helt enig
- ☐ Litt enig
- ☐ Vet ikke
- ☐ Litt uenig
- ☐ Helt uenig

11. Hvor enig eller uenig er du i at et lokalt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan være «mellomstasjon» for utskrivelser fra sykehus til hjem?

- ☐ Helt enig
- ☐ Litt enig
- ☐ Vet ikke
- ☐ Litt uenig
- ☐ Helt uenig

12. Ut fra din vurdering, hvilke andre funksjoner vil et slikt tilbud kunne ha?

## B. Spørreundersøkelse – Brukere og pårørende i Saltdal kommune

1. ☐ Anonym  
☐ Navn: \_\_\_\_\_
2. ☐ Bruker  
☐ Pårørende
3. Føler du at du har nok informasjon om Samhandlingsreformen og tjenestetilbudet for rus og psykisk helse i fremtiden?
- ☐ Ja  
☐ Nei  
☐ Vet ikke
4. Ved behov for øyeblikkelig hjelp døgnoophold innen Rus og Psykisk helse, hvor ville du som bruker / pårørende foretrukket å få hjelp?
- ☐ Hjemkommune  
☐ Sykehus  
☐ Vet ikke
5. Hvor enig eller uenig er du i at et lokalt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud innehar brukerstyrte sengeplasser?
- ☐ Helt enig  
☐ Litt enig  
☐ Vet ikke  
☐ Litt uenig  
☐ Helt uenig
6. Hvor enig eller uenig er du i at et lokalt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan være «mellomstasjon» for utskrivelser fra sykehus til hjem?



- ☐ Helt enig
- ☐ Litt enig
- ☐ Vet ikke
- ☐ Litt uenig
- ☐ Helt uenig

7. Hvor enig eller uenig er du i at et lokalt brukerstyrt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil virke forebyggende?

- ☐ Helt enig
- ☐ Litt enig
- ☐ Vet ikke
- ☐ Litt uenig
- ☐ Helt uenig

8. Har du noen andre synspunkter når det gjelder etablering av lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud til rus og psykisk helse?

9. Hvor enig eller uenig er du i at øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil kunne ivaretas i Saltdal Kommune?

- ☐ Helt enig
- ☐ Litt enig
- ☐ Vet ikke
- ☐ Litt uenig
- ☐ Helt uenig

10. Hvor enig eller uenig er du i at flere nabokommuner må gå sammen om et slikt tilbud?

- ☐ Helt enig
- ☐ Litt enig
- ☐ Vet ikke
- ☐ Litt uenig
- ☐ Helt uenig

11. Hva vil fordelene kunne være med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (flere kan velges)?

- ☐ Trygghet
- ☐ Tilgjengelighet
- ☐ Nærhet
- ☐ Familie og venner
- ☐ Kjennskap
- ☐ Annet

Hvis annet, kan du beskrive nærmere:

12. Hva vil ulempene kunne være med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (flere kan velges)?

- ☐ Kompetanse
- ☐ Synlighet
- ☐ Nærhet
- ☐ Familie og venner
- ☐ Kjennskap
- ☐ Annet

Hvis annet, kan du beskrive nærmere:

Hva menes med:

**Øyeblikkelig hjelp:**

En person trenger øyeblikkelig hjelp hvis han eller hun er i en tilstand eller situasjon der hjelp og/eller behandling er helt nødvendig. Tilstanden behøver ikke være kritisk eller livstruende, men personen har behov for hjelp og/eller behandling uten å være nødt til unødvendig venting.

Der den øyeblikkelige /akutte hjelpen tidligere har vært sykehusets ansvar, skal nå deler av dette tilbudet gis til kommunene (innen 2016)

**Brukerstyrte senger:**

Ledig plass ved sykehus eller liknende der brukere selv kan vurdere om de trenger innleggelse. Tar selv kontakt med enhet for innleggelse etter avtale.