



## Forskningsrapport

# Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter - omfang og kjennetegn ved pasientene

**Forskere bak rapporten:**

Solveig Osborg Ose og Rune Slettebak



Teknologi og samfunn  
Avd. helse, Gruppe for arbeid og helse



# Rapport

## Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene

EMNEORD:  
Psykisk helsevern  
Pasienter  
Kommunale tjenester  
Kartleggings skjema

Utskrivningsklare pasienter

Unødvendige innleggelser

Kjennetegn ved pasientene

**VERSJON**

1

**DATO**

2013-10-24

**FORFATTER(E)**Solveig Osborg Ose  
Rune Slettebak**OPPDRAGSGIVER(E)**

Helsedirektoratet

**OPPDRAGSGIVERS REF.**

Kari Aanjesen Dahle

**PROSJEKTNR**

102005574

**ANTALL SIDER OG VEDLEGG:**

58 sider

**SAMMENDRAG**

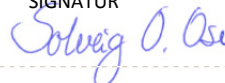
Prosjektet inkluderer analyser av følgende problemstillinger om pasienter i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):

- Om pasienten ikke er utskrevet, men burde vært det – hva er årsaken?
- Kunne innleggelse vært unngått dersom pasienten hadde ett eller flere kommunale tilbud? I så fall, hvilke tilbud?
- Hvordan fungerer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for den enkelte pasient?
  - Hva fungerer bra?
  - Hva fungerer dårlig?
  - Hva skal til for at samarbeidet og koordineringen for den enkelte pasient skal fungere bedre


Datagrunnlaget er fra pasientkartleggingen som ble gjennomført i døgninstitusjoner i psykisk helsevern og i TSB i november 2012. Analyseenheter er pasient, og behandler har i samarbeid med pasienten fylt ut et seks siders kartleggings skjema.

**UTARBEIDET AV**

Forskningsleder Solveig Osborg Ose

**SIGNATUR****KONTROLLERT AV**

Forskningsleder Marian Ådnanes

**SIGNATUR****GODKJENT AV**

Forsknings sjef Randi E. Reinertsen

**SIGNATUR****RAPPORTNR**

SINTEF A25247

**ISBN**

978-82-14-05620-4

**GRADERING**

Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**

Åpen



# Forord

Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet og intensjonen er å få mer kunnskap om samarbeid på pasientnivå mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helse og rusfeltet. Hovedtema er på forebygging av innleggelse og utskrivningsklare pasienter.

Det finnes lite tidligere forskning på samhandling om pasienter med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Kommunalt rusarbeid på tjenestenivå har vært preget av konsulentprosjekt som har gitt lite forskningskunnskap, og innenfor psykisk helse er det lite som er gjort etter at opptrappingsplanen var over i 2008. Vi vet en del om ressursinnsats i tjenestene på ulike nivå, men vi vet for eksempel lite om innholdet i de relevante kommunale tjenestene og hvor langt kommunene har kommet i tjenesteutviklingen.

Denne rapporten må derfor ses på som et bidrag på veien til å bygge opp ny forskningskunnskap på psykisk helse og rusfeltet. Datagrunnlaget i denne rapporten er hentet i fra spesialisthelsetjenestene og analyseenhet er pasient i døgnbehandling.

Rune Slettebak har bidratt med tilrettelegging av datasett fra pasientkartleggingen. Forsker Karin Dyrstad har oversatt sammendraget fra norsk til engelsk, mens Mona Kirkeby Eidem har laget forsiden. Seniorforsker Jorid Kalseth har bidratt med kommentarer. To studenter har transkribert tekst fra scannet papirskjema og undertegnede gjort analysene og skrevet teksten.

I tillegg har vi fått nyttige innspill fra seniorrådgiverne Per Bernhard Pedersen og Solfrid Lilleeng i Helsedirektoratet. Referansegruppene for pasientkartleggingen (en for psykisk helsevern og en for tverrfaglig spesialisert rusbehandling) har også bidratt med noen innspill til rapporten.

Kari Aanjesen Dahle har vært vår kontaktperson i Helsedirektoratet og det har vært et godt samarbeid.

Trondheim 22. oktober 2013



Solveig Osborg Ose  
dr.polit samfunnsøkonom/seniorforsker  
prosjektleder

<b>SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER</b>	<b>4</b>
<b>1 INNLEDNING</b>	<b>9</b>
1.1 PROBLEMSTILLINGER	9
1.2 BAKGRUNN	9
1.3 METODISK TILNÆRMING	10
1.4 DATAGRUNNLAGET	11
1.5 OPPSUMMERING	12
<b>2 UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER</b>	<b>13</b>
2.1 INNLEDNING	13
2.2 OMFANG UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER	15
2.3 KJENNETEGN VED UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER	20
2.4 KOMMUNESTØRRELSE OG FYLKE	25
2.5 OPPSUMMERING	28
<b>3 UNØDVENDIGE INNLEGGELSER</b>	<b>31</b>
3.1 INNLEDNING	31
3.2 RESULTATER	31
3.2.1 OMFANG UNØDVENDIGE INNLEGGELSER	31
3.2.2 ÅRSAKER TIL UNØDVENDIG INNLEGGELSER	33
3.3 OPPSUMMERT	38
<b>4 SAMARBEID KOMMUNER OG SPESIALISTHELSETJENESTER</b>	<b>39</b>
4.1 INNLEDNING	39
4.1.1 SAMARBEID MELLOM SPESIALISTTJENESTER OG KOMMUNENE I PSYKISK HELSEVERN	39
4.1.2 SAMARBEID MELLOM SPESIALISTTJENESTER OG KOMMUNENE PÅ RUSFELTET	42
4.2 RESULTAT	43
4.2.1 HVA FUNGERER BRA?	44
4.2.2 HVA FUNGERER DÅRLIG?	47
4.2.3 HVA SKAL TIL FOR AT SAMARBEIDET OG KOORDINERINGEN FOR PASIENTEN SKAL FUNGERE BEDRE?	53
4.3 OPPSUMMERING	56
<b>REFERANSER</b>	<b>57</b>

# Sammendrag og konklusjoner

Datagrunnlaget i denne rapporten er basert på en detaljert kartlegging av 3 122 pasienter som mottar døgnbehandling i psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Vi beregner at 7 prosent av pasientene i psykisk helsevern er utskrivningsklare og venter på et kommunalt tilbud, mens tilsvarende andel i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er beregnet til en prosent. Årsaken til at pasientene ikke er utskrevet er stort sett at de mangler et kommunalt boligtilbud. Mange behandlere og pasienter vurderer at pasienten som er utskrivningsklar trenger et døgnbemannet botilbud.

Vi finner at ventende utskrivningsklare pasienter oftere har alvorlige psykiske lidelser sammenliknet med pasienter som ikke er vurdert som utskrivningsklare. De er oftere menn enn kvinner, de har lav utdanning, ofte innlagt for øyeblikkelig hjelp og en høyere andel er reinnlagt (innen 30 dager), hjemkommune er ofte storby og de har dårlige nettverk (familie/venner). Dette er pasienter som sannsynligvis trenger omfattende tilbud i kommunene i tillegg til omsorgsbolig med bemanning eller tilsyn. Mange kommuner vil si at disse pasientene er for syke til at de kan gi dem et forsvarlig tilbud med de ressursene de har tilgjengelige. Spesialisthelsetjenesten og kommunen må samarbeide tett om disse pasientene for å gi de et godt tilbud også når behandling i psykisk helsevern er ferdig. Dette er pasienter kommunen ikke kan ha ansvaret for alene.

Det er altså ikke svært mange pasienter som er ventende utskrivningsklare i psykisk helsevern og TSB, men vi finner at det ligger et mye større potensiale i å *unngå* innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Vi anslår at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått om ulike kommunale tilbud hadde vært etablert og utviklet. Vi anslår at omtrent 10 prosent av innleggelsene kunne vært unngått i TSB om kommunene hadde hatt et bedre tilbud. Det er altså et stort potensial for å unngå innleggelser i døgninstitusjonene i følge behandlere og pasienter, men det er ikke slik at ytterligere 25 prosent av døgnplassene kan legges ned nå. De kommunale tjenestene må bygges ut, og de må ha god forebyggingskompetanse og et bredt tilbud både med bolig, lavterskeltiltak, støttetjenester (arbeid, dagsenter, støttekontakt), gode hjemmetjenester mm. I tillegg handler det om å motivere personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer til å ta i mot hjelp i fra kommunene. Mange vegrer seg og årsakene kan være manglende opplevd anonymitet, dårlige erfaringer fra tidligere kontakt og ikke minst at personer med psykiske lidelser og ruslidelser kan ha en annen sykdomsinnsikt enn representanter fra hjelpeapparatet mener de burde ha.

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fungerer godt rundt de fleste pasientene i utvalget, vurdert av behandler og pasient. Særlig er godt fungerende ansvarsgrupper og at en koordinator som gjør en god jobb viktig for denne pasientgruppen. Individuell Plan (IP) beskrives også ofte som et viktig verktøy når samhandlingen fungerer godt. Mange får til jevnlig kontakt mellom tjenestenivåene på telefon. Mange pasienter får også god hjelp fra NAV og i fra ACT team og andre samarbeidende grupper. Når samarbeidet ikke eksisterer eller fungerer dårlig, handler det ofte om uavklarte botilbud og at det tar lang tid å få på plass nødvendige tilbud, eller at pasienten ikke ønsker hjelp i fra kommunene.

Vi finner ikke at det ligger et stort potensial i å innføre kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB. Kommunal medfinansiering for å hindre innleggelser kan ha et større potensial fordi dette gjelder mange flere pasienter. Hvorvidt dette vil gi bedre tjenester for pasientene, er derimot høyst usikkert. Mange har stort behov for døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten uavhengig av omfanget og kvaliteten på det kommunale tilbudet, mens for andre kan innleggelser forebygges med riktige tiltak i kommunen.

Det største potensialet ligger sannsynligvis i at pasienten samtidig får tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Noen får det til, og da oppnår man samarbeid, stabilitet og effektivitet i tjenestene i den forstand at det er den best egnede aktøren som har oppgaven. Det er sannsynligvis i området mellom tjenestenivåene det store utviklingspotensialet ligger. ACT team skal gi sammenhengende og helhetlige tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste til mennesker som ikke makter å oppsøke hjelpeapparatet, eller som ikke selv ser behov for det. Forskning har vist at færre trenger innleggelse i psykisk helsevern etter at de har fått hjelp fra oppsøkende ACT-team. ACT team bør derfor være et viktig satsningsområde for forpliktende samarbeid mellom tjenestenivåene fremover.



## Summary in English

The data source in this report is a thorough survey of 3,122 inpatients admitted in mental health care or cross-profession specialized substance abuse treatment (TSB).<sup>1</sup>

We estimate that 7 per cent of the patients in mental health care are ready to be discharged and are waiting for a municipal service, while the corresponding share in TSB is estimated to be one per cent. The reason why patients are not discharged is mainly that they lack a municipal housing service. Many health care workers and patients consider that the patient to be discharged needs assisted living residence.

We find that patients waiting to be discharged more often have a serious mental health problem compared to patients who are not assessed to be ready to be discharged. They are more often men than women, they have low levels of education, more often admitted as emergency cases, and a higher share is readmitted (within 30 days). Their municipality of residence is often a larger city, and they tend to have a poor social network (family/friends). These are patients who most likely need an extensive municipal service, in addition to assisted living residence and supervision. Many municipalities find that these patients are too sick for municipal care, given the resources presently available to the municipalities. The specialized health care and the municipality need to collaborate closely in order to ensure a sufficient care for these patients when they are discharged from the mental health care; these are patients which most municipalities cannot take the full responsibility of.

While there are few patients waiting to be discharged in mental health care and TSB, we find a much larger potential in avoiding that patients are admitted to the specialized health care. We estimate that almost 25 per cent of admittances in mental health care could have been avoided if the municipal care had been more developed, while the corresponding number for admittance in TSB is about 10 per cent. Thus, according to health care workers and patients, there is a large potential to avoid inpatient admittance. This does not mean that 25 per cent of specialized health care beds could be discontinued at the moment; the municipal services need to be expanded. The municipalities need good competence in prevention and a broad range of services, such as assisted living, low-threshold services, day-care centres, support, home services, and others. In addition, people with mental health and/or substance abuse problems must be motivated to accept assistance from the municipality. Many resist such assistance, due to lack of perceived anonymity, bad experience from previous contact, and, a perception of their own condition which differs from that of the service providers.

---

<sup>1</sup> This survey is based on treatment in specialized health care in the hospital trusts, as opposed to health services provided by the municipality.

The collaboration between the specialized health care and the municipal health care works well for most of the patients in the sample, as assessed by health care workers and patients. In particular, working groups or a dedicated patient coordinator is useful for this group of patients. In cases where the collaboration works well, Individual Plan (IP) is also described as a good tool. Many health care workers manage regular telephone contact between the various levels of service. Many patients also receive good assistance from NAV (the Norwegian Labour and Welfare Administration), ACT (Assertive Community Treatment) teams, and other collaborating groups. When the collaboration is non-existing or does not work well, this is largely due to lack of adequate housing, slow provision of necessary services, or in cases where the patient does not want to receive assistance from the municipality.

We do not find a large potential of improvement in introducing municipal financing of patients ready to be discharged. Municipal co-financing to avoid admittance could have a larger potential, because this is relevant for more patients. However, whether this would improve the patient care is not clear. Many patients need to be admitted to treatment in specialized health care, independently of the extent and quality of municipal health care, while for others, admittance in specialized health care could be prevented by adequate municipal services.

Probably, the largest potential of improvement lies in a simultaneous provision of services from both the specialized health care and the municipal health care. In the cases where this is achieved, collaboration, stability, and efficiency of services are also achieved. Efficiency in services means that the service is provided at the most suitable level. It is in the area between the levels of services that the largest potential is found. ACT teams should give continuous and coherent services from the municipality and the specialized health care to patients who are unable to reach out for help, or who do not see the need for it. Research has shown that help from ACT team prevents inpatient admittance in mental health care, and establishing efficient ACT teams should be an important area of future efforts of binding collaboration between the service providers.



# 1 Innledning

## 1.1 Problemstillinger

Prosjektet<sup>2</sup> inkluderer følgende problemstillinger om pasienter i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):

- Om pasienten ikke er utskrevet, men burde vært det – hva er årsaken?
- Kunne innleggelse vært unngått dersom pasienten hadde ett eller flere kommunale tilbud? I så fall, hvilket tilbud?
- Hvordan fungerer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for den enkelte pasient?
  - Hva fungerer bra?
  - Hva fungerer dårlig?
  - Hva skal til for at samarbeidet og koordineringen for den enkelte pasient skal fungere bedre?

Vi tegner først et bakgrunnsteppe for prosjektet (kapittel 1.2) før vi beskriver metodisk tilnærming og datagrunnlag (kapittel 1.3). Kapittel 2 handler om utskrivningsklare pasienter mens unødvendige innleggelse er tema i kapittel 3. Samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er tema i kapittel 4.

## 1.2 Bakgrunn

Både rus- og psykisk helse-feltet i Norge har siden årtusenskiftet vært gjennom flere omfattende reformer som har påvirket befolkningens tilbud av helsetjenester. De viktigste er Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St.prp. nr. 63 (1997-1998)), Rusreformen i 2004 (Rundskriv I-8/2004), Opptrappingsplan for rusfeltet 2007-2012 (St.prp. nr. 1 (2007-2008)) og Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

Egne tjenester for mennesker med rus- og/eller psykiske lidelser var omtrent ikke-eksisterende i kommunehelsetjenesten før Opptrappingsplanen for psykisk helse, og det er i kommunene de største endringene har funnet sted. Mange kommuner har organisert rustjenestene og psykisk helsetjeneste i samme enhet, mens andre kommuner har to separate tjenester. Foreløpige funn fra IS-24 rapporteringen<sup>3</sup> tyder på at over halvparten av kommunene har en egen tjeneste som kalles psykisk helsetjeneste eller psykisk helsearbeid. Rundt 12 prosent av kommunene oppgir at de har en felles psykiatri- og rustjeneste i tilbudet til voksne. I tjenester til barn og unge er det mest vanlig at psykisk helse er integrert i øvrige tjenester.

---

<sup>2</sup> Prosjektet utlyst fra to avdelinger ved Helsedirektoratet, både avdeling psykisk helsevern og rus (spesialist) og avdeling psykisk helse og rus (primær) gjennom vanlig anbuds konkurranse.

<sup>3</sup> IS-24 rapporteringen er kommunenes årlige rapportering på årsverksinnsats og andre forhold i psykisk helsearbeid. Datainnsamlingen gjøres av Sintef via Fylkesmannen på vegne av Helsedirektoratet.

Generelt går utviklingen i spesialisthelsetjenesten i retning av kortere døgnopphold, sterk økning i poliklinisk behandling og særlig i ambulant virksomhet. Årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helsearbeid økte sterkt gjennom opptrappingsplanperioden (1998-2008), men har ikke økt siden 2007. Dette betyr at mennesker skrives raskere ut i fra spesialisthelsetjenesten, uten at bostedskommunene samlet sett bruker flere årsverk til kommunalt psykisk helsearbeid. Mange kommuner melder også gjennom IS-24 rapporteringen at de opplever at spesialisthelsetjenestene bygges ned raskere enn det kommunene har fått rammer for å bygge opp.

Det er lite forskning på kommunale tjenester generelt, men særlig lite på tjenester og tiltak til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Dette gjør at det i stor grad er uklart hvor langt kommunene har kommet i å bygge opp et forsterket kommunalt tilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer, som er godt nok til at døgnplasser i spesialisthelsetjenesten kan bygges ned.

Psykisk helse og rusfeltet er på mange måter mer komplekst enn somatiske helsetjenester. Det er for eksempel store gråsoner i hva som er utredning, behandling, oppfølging og omsorgstilbud. Det er glidende overganger mellom de ulike forløpsfasene og tidspunkt for overganger vil variere fra person til person. Arbeidsdelingen mellom psykisk helsevern/TSB og kommunene er ikke alltid tydelig og definert, og dette skaper usikkerhet om hvor pasienten skal behandles og når han eller hun bør utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Dette handler også om hvor godt utbygd tjenestene er, både i kommunene og i distriktpspsykiatriske senter (DPS) rundt i landet.

### **1.3 Metodisk tilnærming**

SINTEF har siden 1979 gjennomført landsomfattende registreringer av voksne pasienter i det psykiske helsevern med fem års mellomrom: 1979, 1984, 1989, 1994, 1998/1999, 2003/2004, 2007/2008 og nå sist i 2012/2013.

Registreringene har omfattet samtlige pasienter i døgninstitusjoner på registreringstidspunktene. Fra og med 1989 er også pasienter under behandling ved poliklinikker for voksne og hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer registrert. I den siste kartleggingen er TSB for første gang med i Sintef sin kartlegging. Kartleggingene og analysene er utført av Sintef og finansiert av Helsedirektoratet.

I denne rapporten brukes datagrunnlaget fra pasientkartleggingen i døgninstitusjonene som ble gjennomført i november 2012.

Det er en del nytt i den siste gjennomførte kartleggingen og det er særlig fokus på Samhandlingsreformen. Blant annet har vi inkludert noen åpne kommentarfelt i kartleggingsskjemaet, slik at vi kan få med mer kvalitativ informasjon. Dette er gjort for tre grupper av spørsmål: om utskrivningsklare pasienter, om hva som kunne hindret innleggelse og hvordan samarbeidet om enkeltpasienter er mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Dette var ikke en del av det opprinnelige prosjektet, men i arbeidet med utviklingen av kartleggingsskjemaene, ble det tydelig at det var behov for noen slike felt. Det er i stor grad svarene på disse åpne spørsmålene som er datagrunnlaget i denne rapporten.

Kartleggingen foregår på papir fordi sikkerhetsmessige hensyn tilsa at datainnsamlingen ikke kunne gjøres elektronisk. Dette betyr at de kvalitative svarene opprinnelig foreligger som billedfiler (skannet papirskjema), som vi har transkribert manuelt. Det 5 tekstbokser i hvert skjema. Totalt har vi informasjon fra 3 122 pasienter, slik at det er potensielt 15 610 utfylte tekstfelt. Mange har ikke fylt ut noe (de faste kategoriene har vært tilstrekkelig), men mange har skrevet en kommentar. Dette er viktig kvalitativ informasjon og rapporten inneholder derfor en god del sitater.

## 1.4 Datagrunnlaget

Blant de institusjonene som har deltatt er komplettheten på 91 prosent i psykisk helsevern og på 99 prosent i TSB. Det er altså nært samsvar mellom antall innlagte pasienter på tellingstidspunktet (rapportert på eget skjema på kartleggingstidspunktet) og antall innkomne skjema blant deltakende institusjoner.

Det er en del institusjoner som ikke har deltatt, særlig i TSB. Det er ulike grunner til dette, og en av grunnene er en feil gjort av Sintef når institusjonslistene ble sent til Sentio AS, som har stått for utsendelsen og skjemamottak. Dette har medført at en del private institusjoner (utgjør totalt 440 døgnplasser) har blitt utelatt fra Helse Sør Øst. Vi gjennomfører derfor nå en tilleggskartlegging i disse institusjonene. Hvordan dette påvirker anslagene for TSB diskuteres under hvert funn. Representativitetsanalyser (blant annet basert på gjennomsnittlig årsbelegg ved institusjonene), godkjenninger som er gitt fra Regionaletisk forskningskomite (REK) m.m. vil grundig gjennomgå i de ulike rapportene fra pasientkartleggingen.<sup>4</sup>

Om behandler vurderte det som forsvarlig, skulle pasienten delta i utfyllingen av kartleggingsskjema. Dette er ikke gjort i tidligere kartlegginger, men i tråd med målet om økt pasientmedvirkning og brukerinvolvering ble kartleggingen utvidet til at pasienten selv skulle delta i utfyllingen. Datagrunnlaget viser at 60 prosent av pasientene i psykisk helsevern og 80 prosent av pasientene i TSB har deltatt i utfyllingen. Det er behandler som er ansvarlig for utfylling av skjemaet.

Rapporten er basert på kartlegging av 2 353 pasienter i psykisk helsevern og 779 pasienter i TSB.

---

<sup>4</sup> Det skal leveres fire rapporter fra prosjektet. Døgnbehandling psykisk helsevern, døgnbehandling TSB, poliklinisk behandling psykisk helsevern og poliklinisk behandling TSB. Alle rapportene skal være ferdig før sommeren 2014.

## **1.5 Oppsummering**

Det er stor grad av kompletthet i andel innkomne skjema i forhold til antall inneliggende pasienter i de deltagende institusjonene. Vi har ikke gjort ferdig endelige beregninger av svarprosent (det kommer i tellingsrapportene), men foreløpig er det identifisert 10 enheter i psykisk helsevern som ikke har deltatt og en god del private institusjoner i Helse Sør Øst i TSB. Det er et stort og komplekst bilde av ulike institusjoner og avdelinger, private og offentlige både i TSB og i psykisk helsevern og det brukes ulike navn fra ulike aktører.

Med en beregnet svarprosent fra deltagende institusjoner på 91 prosent i psykisk helsevern og på 99 prosent i TSB, er det i alle fall et svært godt datagrunnlag som foreligger fra de som har deltatt. Dette er første rapport dette datagrunnlaget benyttes og TSB datagrunnlaget må fortsatt anses som foreløpig.

## 2 Utskrivningsklare pasienter

### 2.1 Innledning

Det finnes svært lite informasjon om utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern (PHV) og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Departementet har stilt krav til de regionale helseforetakene om å registrere utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern til Norsk pasientregister i 2011. Med bakgrunn i at det ikke er publisert noen tall på dette fra Helsedirektoratet, antar vi at datatilgangen foreløpig ikke er god nok.

Det kan være særlige utfordringer knyttet til utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB, sammenliknet med utskrivningsklare pasienter i somatiske tjenester. Pasientene vil ofte ha behov for sammensatte og langvarige tjenester både i fra spesialisthelsetjenesten og i fra kommunene. Oppgave- og ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene er uklare og det er knyttet stor usikkerhet til omfanget av utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og i TSB.

Foreløpig er det ikke innført kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette kan føre til at somatiske pasienter prioriteres av kommunene fordi det medfører en kostnad å ikke ha et tilbud klart på utskrivningstidspunktet. På den andre siden er usikkerheten så stor at det vil medføre risiko både for pasientene og kommunene å innføre finansieringsvirkemidlene i Samhandlingsreformen også for rus og psykisk helsevern (Kalseth et al., 2013).

Helsedirektoratet finner at utskrivningsklare pasienter i somatikk har forhøyet risiko for reinnleggelser sammenliknet med andre pasienter (Helsedirektoratet, 2013: Samhandlingsstatistikk 2011–12). De mener det er rimelig å anta at dette skyldes at disse pasientene har et annet morbiditetsmønster og funksjonsnivå enn andre pasienter, ettersom de har et særskilt oppfølgingsbehov etter utskrivning. Vi vet at pasienter i psykisk helsevern typisk har store oppfølgingsbehov etter utskrivning.

I 2009 beregnet vi at hele 70 prosent av voksne som mottar kommunale tjenester fordi de har psykiske lidelser eller vansker også mottar en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten (Ose et al., 2010). Vi har også funnet at det er etablert minst ett kommunalt tilbud for 64 prosent av pasientene innlagt for døgnbehandling i psykisk helsevern (Lilleeng et al., 2009). Disse beregningene tydeliggjør behovet for samhandling mellom nivåene i tjenester og tiltak for mennesker med psykiske lidelser.

I "Veiledere for registrering av aktivitetsdata/innrapportering til NPR" er dato beregnet som utskrivningsklar forklart slik:

Er den dato hvor institusjonen/sykehuset har definert tiltakene som avsluttet, det vil si at pasienten er ferdigbehandlet, og hvor sykehuset har sendt melding til kommunehelsetjenesten eller annen helseinstitusjon om dette. Denne registrering benyttes når pasienten blir værende på institusjonen/sykehuset på grunn av manglende kapasitet i den mest relevante helsetjeneste.



En pasient er utskrivningsklar i følge veilederen når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,
2. øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart,
3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,
4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,
5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,
6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.

Innen TSB er dato for utskrivningsklar definert slik:

Dato for når spesialisthelsetjenesten mener at pasienten er utskrivningsklar.

En pasient er utskrivningsklar i følge registreringsveilederen for TSB når spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart
2. øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart
3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for
4. det skal foreligge et klart standpunkt til tilstand(er), samt videre plan for oppfølging av pasienten
5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert

Definisjonene er altså ganske lik i psykisk helsevern og i TSB.

Det er tydelig i definisjonen for TSB at pasienten er utskrivningsklar når spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. I definisjonen for psykisk helsevern kommer ikke dette så tydelig frem, og det er mange som regner pasienten som utskrivningsklar også når de venter på et annet tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette har vi tatt hensyn til i spørsmålsutformingen, ved at vi spør om hvilket tilbud de venter på.

For somatiske pasienter er det i Forskrift om kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter § 9, presisert (merknad) at dersom en pasient er innlagt på en avdeling på et sykehus, men skal overføres til en annen avdeling, et annet sykehus eller annen behandling i spesialisthelsetjenesten, er pasienten ikke å regne som utskrivningsklar i forskriftens forstand.

## 2.2 Omfang utskrivningsklare pasienter

Spørsmålene som brukes i dette kapittelet er i pasientkartleggingen formulert på følgende måte:

**Er pasienten utskrivningsklar?**

Ja     Nei     Usikkert

**Hvis ja:**

Hvor lenge har pasienten  
vært utskrivningsklar?

Antall dager

--

**Hva er årsaken til at pasienten ikke er utskrevet?**

Pas. venter på annen behandling i spesialisthelsetj.....

Pasienten trenger bolig, men det er ikke tilgjengelig .....

Pasienten trenger forsterket ettervernsbolig,  
men det er ikke tilgjengelig .....

Pasienten trenger omfattende omsorgstiltak  
i kommunen som ikke er tilgjengelig .....

Annen årsak:

Skjemaet er satt opp med to spalter/kolonner og akkurat dette spørsmålet er delt mellom to kolonner. Om pasienten er utskrivningsklar kommer nederst i første kolonne. Spørsmålet om hva som er årsaken til at pasienten ikke er utskrevet, kommer øverst i andre kolonne på samme side. Dette har ført til at noen har lest disse spørsmålene som uavhengig av hverandre og det har derfor kommet en del kommentarer i det åpne feltet om at "pasienten er fortsatt i behandling", "ikke klar for utskrivning" osv. Disse svarene har vi luket ut.

I tillegg er det mange som venter på enten behandling i spesialisthelsetjenesten eller som trenger bolig *uten* at de er vurdert som utskrivningsklare. Vi ser ikke på disse pasientene i denne rapporten, men dette handler mer om generelle udekkede behov på behandlingstidspunktet og det vi i tidligere rapporter har omtalt som pasienter som er feilplassert. Selv om de er feilplassert, er de ikke nødvendigvis utskrivningsklare. Dette er mer relevant i neste kapittel når vi ser på om innleggelse kunne vært unngått. Her rendyrker vi funn knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Det er vanskelig å anslå omfanget av utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB av flere årsaker. Manglende tydelige definisjoner av hva en utskrivningsklar pasient faktisk er, er en viktig årsak. Noen vil kunne for eksempel vurdere at en pasient ikke er utskrivningsklar fordi det mangler et alternativt tilbud. Å identifisere ventende utskrivningsklare pasienter har derfor krevd en grundig gjennomgang av de kvalitative svarene som er oppgitt under "Annen årsak".

Fra datagrunnlaget finner vi at behandler vurderer 21 prosent av pasientene i døgninstitusjoner i psykisk helsevern som klar for utskrivning. Tilsvarende andel i TSB er 10 prosent. Dette er en sterk overestimering. Årsaken er at når kartleggingen foregår som en punkttelling (en gitt dato, 20. november 2012), vil også de som har planlagt utskrivning på kartleggingsdagen regnes med blant de utskrivningsklare. Dette betyr at når vi spør om pasienten er utskrivningsklar, får vi også med de som er ordinære utskrivningsklare pasienter. Når det er mange korte opphold, blir andelen ordinære utskrivningsklare høyere.

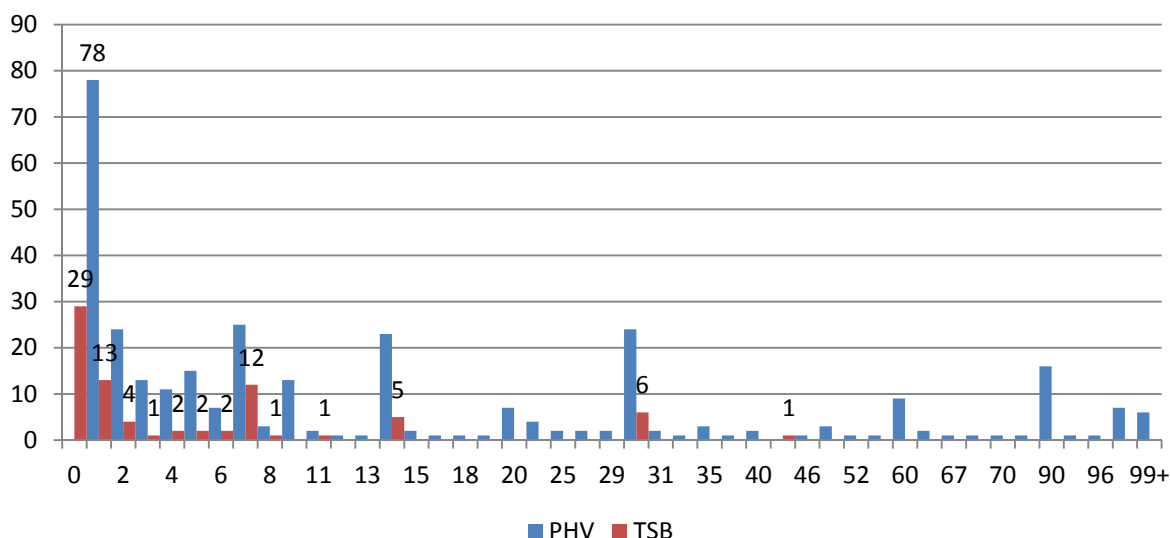
**Tabell 2.1 Er pasienten utskrivningsklar? Antall og andel, rådata.**

	Psykisk helsevern (PHV)		Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	495	21	77	10
Nei	1 578	67	626	81
Vet ikke/usikker	203	9	37	5
Ikke svart	82	3	29	4
Totalt	2 358	100	769	100

Tallene i tabellen over er overestimert når formålet er å identifisere de som ikke er skrevet ut fordi de venter på et annet tilbud. Vi må derfor rense ut en del av de som har svart "ja" basert på andre variabler i datasettet for å få ut "ordinære utskrivningsklare".

Vi har kartlagt hvor mange dager pasienten har vært utskrivningsklar. Ikke alle som har krysset av for utskrivningsklar har svart på dette spørsmålet. Dersom vi tar bort alle som oppgir 0 eller 1 på antall dager utskrivningsklar, antar vi at vi får tatt bort de fleste som er "ordinære utskrivningsklare".

Det er også noen som har fylt inn antall dager utskrivningsklar uten å ha krysset av for at pasienten faktisk er utskrivningsklar. Vi koder disse som utskrivningsklar. Dette utgjør 26 pasienter i PHV og 18 i TSB.



Figur 2.1 Antall dager utskrivningsklar

Det er ingen i PHV datagrunnlaget som har svart "0" dager, men 78 har svart 1 dag. I TSB er det svart 0 dager for 29 pasienter og 1 dag for 13 pasienter. Disse anses ikke som reelle ventende og vurderes ikke som utskrivningsklare.

En del av pasientene vurderes som ferdigbehandlet før den planlagte behandlingsperioden er over. "Planlagt utskrivelse kunne vært fremskyndet" o.l. Dette betyr at noen vurderes som utskrivningsklare tidligere enn planlagt behandlingsavslutning. Vi mener dette ikke er reelle ventende utskrivningsklare pasienter, fordi det ikke er et manglende tilbud som er årsaken til at de ikke er utskrevet. De anses som ferdigbehandlet, men har vedtak om lenger opphold enn hva som viste seg å være nødvendig. Disse er altså ikke regnet som "ventende utskrivningsklare".

Det er også noen pasienter som vurderes som utskrivningsklare, men som får utvidet opphold for ulike stabiliseringstiltak. Dette kan handle om tilvenning til ny bolig, utprøving i bolig noen netter, stabilisering og utprøving av ny medisin etc. Dette er heller ikke reelle ventende utskrivningsklare fordi de har behov for oppholdet, og det ikke er manglende tilgjengelige tilbud som er årsaken til at de ikke er utskrevet.

En del av pasientene som vurderes som utskrivningsklare er under tvungent psykisk helsevern eller er dømt til psykisk helsevern, straffeloven § 39. Vi finner ikke forskning eller kunnskap direkte på hvordan kommunene skal forholde seg til disse pasientene, men vi finner litt om vedtak om Tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD).

En interessant kortrapport fra en fagdag i Tromsø (Weber og Rydheim, 2013) ser på TUD i Tromsø. Dette er et samarbeid om arbeidet med og for personer underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold som ble inngått i 2010 mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, med støtte fra Helsedirektoratet. De har etter hvert invitert inn personer underlagt TUD, og de jobber blant annet med følgende spørsmål: Hva skal til for å gi forsvarlig hjelp på en måte som virker minst mulig belastende? Hvordan erfarer de som er underlagt tvunget vern uten døgn det? Hva er alternativene til tvang? Helse Nord har også finansiert en stipendiat som studerer TUD og denne forskningen fra UNN og Tromsø kommune

er verdt å følge med på.<sup>5</sup> Vi kommer nærmere tilbake til tvang i psykisk helsevern i de ordinære rapportene fra pasientkartleggingen.

Det er kanskje særlig for disse pasientene det er nærliggende å få til et tett samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. TUD handler typisk om oppmøte til behandling og medikasjon. Alle som skrives ut på TUD skal ha en bolig, primærkontakt i kommunen og en avklart kontaktinstans i spesialisthelsetjenesten som kan nås hele døgnet.

TUD-pasientene er i liten grad med i vårt datagrunnlag fordi de ikke har døgnopphold, men andre pasienter har vedtak og Tvunget psykisk helsevern med døgnopphold.

Flere behandlere svarer i åpent kommentarfelt, at kommunene ikke kan forventes å ta seg av pasienter underlagt tvangsvedtak. Vi er usikre, men vi har vurdert at disse ikke regnes som reelle ventende utskrivningsklare pasienter der det kommer frem i kommentarfeltet at det er slike spesialistvedtak som ligger til grunn for behandlingsoppholdet. Spesialisthelsetjenesten kan ikke delegere ansvaret til kommunene for disse pasientene. Dette gjelder ikke så mange pasienter i utvalget (som er vurdert utskrivningsklar), men i de fleste tilfeller har kanskje behandler og pasient vurdert at de ikke er utskrivningsklare uansett.

Når vi manuelt har gått gjennom de åpne svarene, har vi kodet kommentarer inn i de faste kategoriene. Mange har for eksempel kommentert at pasienten venter på behandling i spesialisthelsetjenesten uten at de har krysset av for dette punktet. Det er naturlig at mange ikke regner disse for utskrivningsklare, fordi definisjonen (i alle fall i somatiske tjenester) sier at de ikke skal regnes med. Vi har også tatt ut de som ikke anses som reelle ventende pasienter av andre grunner og kommet frem til følgende anslag på utskrivningsklare pasienter definert som:

*Pasienter som er ferdigbehandlet men fortsatt har døgnopphold fordi de venter på tilbud i kommunen.*

**Tabell 2.2 Om utskrivningsklar, hva er årsaken til at pasienten ikke er utskrevet? Psykisk helsevern.**

	Totalt	Andel	Prosent av alle pasienter
Pasienten trenger bolig, men det er ikke tilgjengelig	57	33	2.4
Pasienten trenger forsterket ettervernsbolig, men det er ikke tilgjengelig	36	21	1.5
Pasienten trenger omfattende omsorgstiltak i kommunen som ikke er tilgjengelig	60	35	2.5
Annet	20	12	0.8
Totalt	173	100	7.4
<b>Antall og andel unike pasienter som venter på kommunale tjenester</b>	<b>157</b>		<b>6.7</b>

Vi beregner at 6,7 prosent av alle pasientene i psykisk helsevern vurderes som utskrivningsklare, men venter på kommunale tjenester. Minst halvparten trenger en bolig,

<sup>5</sup> <http://finnmarksnettverket.files.wordpress.com/2011/05/tud-fagdag-i-tromsc3b8-20-02-2013-astrid-k-weber-og-siv-helen-rydheim-26-03-13.pdf>

mens det for andre handler om omfattende omsorgstiltak. Fra de kvalitative svarene ser vi at det i stor grad dreier seg om behov for et døgnbemannet botilbud eller et botilbud med tilsyn på dagtid.

Vi har gjort det samme for TSB og oversikten i neste tabell viser at det er svært få døgnpasienter som vurderes som ventende utskrivningsklare i utvalget.

**Tabell 2.3 Om utskrivningsklar, hva er årsaken til at pasienten ikke er utskrevet? TSB.**

	Antall	Andel	Prosent av alle pasienter
Pasienten trenger bolig, men det er ikke tilgjengelig	7	64	1
Pasienten trenger forsterket ettervernsbolig, men det er ikke tilgjengelig	1	9	0
Pasienten trenger omfattende omsorgstiltak i kommunen som ikke er tilgjengelig	3	27	0
Totalt	11	100	1
<b>Antall unike pasienter som venter på kommunale tjenester</b>	<b>11</b>		<b>1</b>

Dette betyr at 1 prosent av pasientene venter på kommunale tjenester og det er grunnen til at de ikke er utskrevet. Her tar vi et forbehold i forhold til de manglende private institusjonene i Helse Sør Øst, som ikke har kommet med i første runde. Dersom de har avviker mye fra utvalget som foreligger, kan tallene være over- eller underestimert. Dersom boligbehovet spesielt er stort og udekket i storbyene, kan dette bety at andel utskrivningsklare pasienter reelt er noe høyere. Vi forventer likevel ikke store utslag og mener andelen utskrivningsklare pasienter som venter på kommunale tjenester er lav i TSB. En forklaring vi har fått fra fagpersoner om hvorfor andelen utskrivningsklare er så lav i TSB, er at oppholdsperioden typisk utvides dersom pasienten mangler et kommunalt tilbud og ikke kan skrives ut.

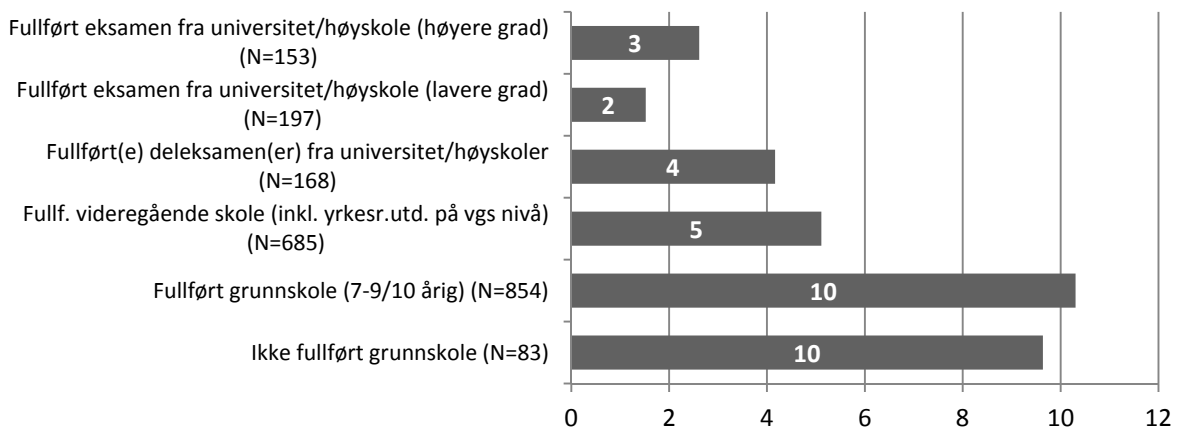
Det er viktig å fremheve at dette ikke handler om udekkede behov for kommunale tjenester, men at dette er betinget på at pasienten er vurdert som utskrivningsklar. Selv om det er betydelige udekkede behov for kommunale tjenester, er det altså relativt få som vurderes som utskrivningsklar.

Vi har også nå fått tilgang til et anslag som Helsedirektoratet leverte på bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet våren 2010. De spurte alle helseforetak og private helseinstitusjoner med døgnavdelinger innen det psykiske helsevernet for voksne, om antall ferdigbehandlede døgnpasienter per 20.05.2010 og antall døgnpasienter totalt samme dag. De kom der frem til et anslag på 8 prosent utskrivningsklare i psykisk helsevern. Dette er altså svært likt omfanget vi har beregnet her. Det ble der ikke tydelig spesifisert om det kun skulle telles med de som ventet på kommunale tjenester, så det kan ha kommet med noen som venter på tilbud i andre spesialisthelsetjenester. Det er uansett svært like anslag basert på ulike datakilder. For TSB har vi ikke funnet et slikt anslag.

### 2.3 Kjennetegn ved utskrivningsklare pasienter

Vi har gjort analyser på hva som kjennetegner de 157 pasientene i utvalget fra psykisk helsevern som vurderes som reelle ventende utskrivningsklare pasienter og som venter på et kommunalt tilbud (6,7 prosent av alle pasienter). Utvalget av utskrivningsklare pasienter i TSB er foreløpig for lite til å gjøre slike analyser.

Vi har først testet om følgende kjennetegn har sammenheng med sannsynligheten for å være utskrivningsklar: kjønn, alder, utdanning, alvorlig diagnose<sup>6</sup> og rusdiagnose. Vi finner at kvinner har noe lavere sannsynlighet for å være utskrivningsklare enn menn (hhv 5 og 8 prosent), men vi finner ingen sammenheng i forhold til alder. Sammenhengen er derimot tydelig når det gjelder utdanning.



Figur 2.2 Andel ventende utskrivningsklare etter utdanning i psykisk helsevern

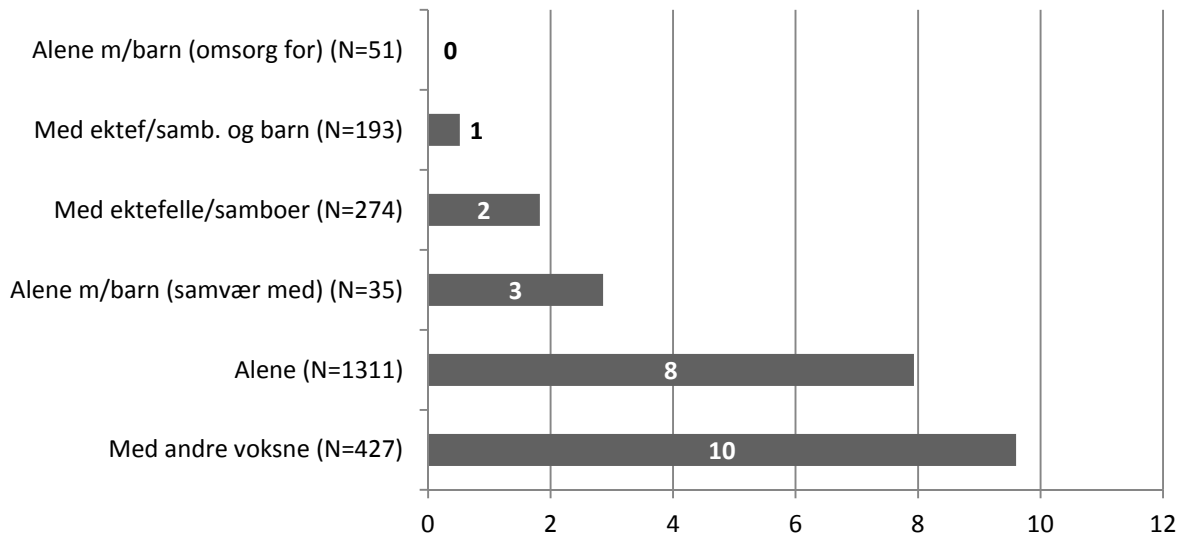
Det er systematisk slik at de med lavere utdanning har høyere sannsynlighet for å være ventende utskrivningsklare.

Alvorlig psykisk sykdom har systematisk sammenheng med sannsynligheten for å være utskrivningsklar. Vi finner at en pasient med alvorlig psykisk lidelse (SMI) har 9 prosent sannsynlighet for å være utskrivningsklar, mens en uten SMI har 5 prosent sannsynlighet for å være utskrivningsklar. Siden utvalget er en punkttelling, kan SMI pasienter være overrepresentert fordi de har lenger døgnoophold og dermed større sannsynlighet for å være innlagt i døgnavdeling.

Vi har også sett på om pasienter i psykisk helsevern som har rusavhengighetslidelse har høyere sannsynlighet for å være utskrivningsklar. Vi har identifisert pasienter med diagnoser F10-F19 både som hoveddiagnose, bidiagnose 1 og bidiagnose 2. 16 prosent av pasientene (14 prosent i kartleggingen i 2007) har en rusdiagnose. Vi finner ingen systematisk sammenheng mellom ruslidelse og hvorvidt pasienten vurderes som utskrivningsklar.

<sup>6</sup> Alvorlige psykisk lidelser er her definert ved bruk av ICD10 kodene F20, F22-F29, F30-F31 som hoveddiagnose. I denne avgrensningen er schizofrenier, paranoide lidelser, psykoser og maniske tilstander vektlagt, mens personlighetsforstyrrelser er holdt utenfor. Forkortelsen SMI (severe mental illness) er ofte brukt i internasjonal litteratur. Denne pasientgruppen representerer de mest alvorlig syke i det psykiske helsevernet. I flere sammenhenger er det viktig å skille mellom alvorlige psykiske lidelser og øvrige psykiske lidelser fordi de to pasientgruppene trenger ulik ressursinnsats og er en nødvendig differensiering av pasientpopulasjonen. (Lilleeng et al., 2009a)

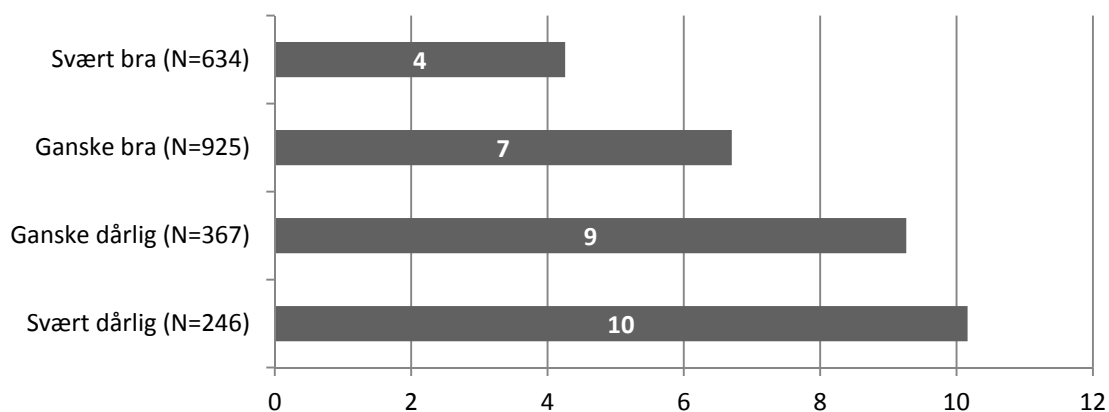
Vi har videre sett på hvordan nettverk og sosial støtte korrelerer med sannsynligheten for å være utskrivningsklar. En hypotese kan være at pasienter som er utskrivningsklar har et svakere nettverk rundt seg og har lavere sosial støtte. Vi ser først på familiesituasjonen/boforhold. De fleste pasientene som mottar døgnbehandling i psykisk helsevern, bor alene (nesten 60 prosent).



Figur 2.3 Andel utskrivningsklar etter hvem pasienten bor sammen med.

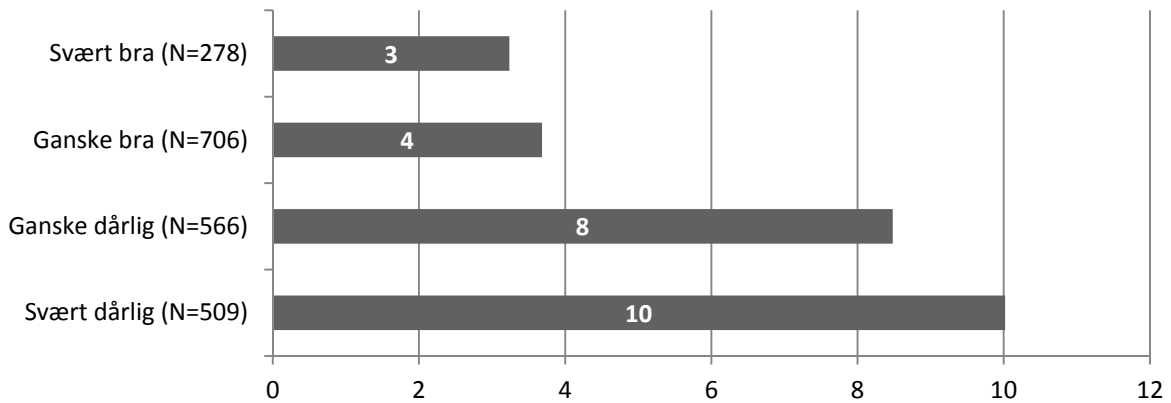
Det er altså store og systematiske forskjeller i sannsynlighet for å være utskrivningsklar mellom pasienter etter hvem de bor sammen med.

I denne pasienttellingen har vi også samlet inn informasjon om nettverket til pasienten, både familie, venner og arbeidsplass er kartlagt. Figuren under viser fordeling i hvor bra familienettverket og andel utskrivningsklare pasienter.



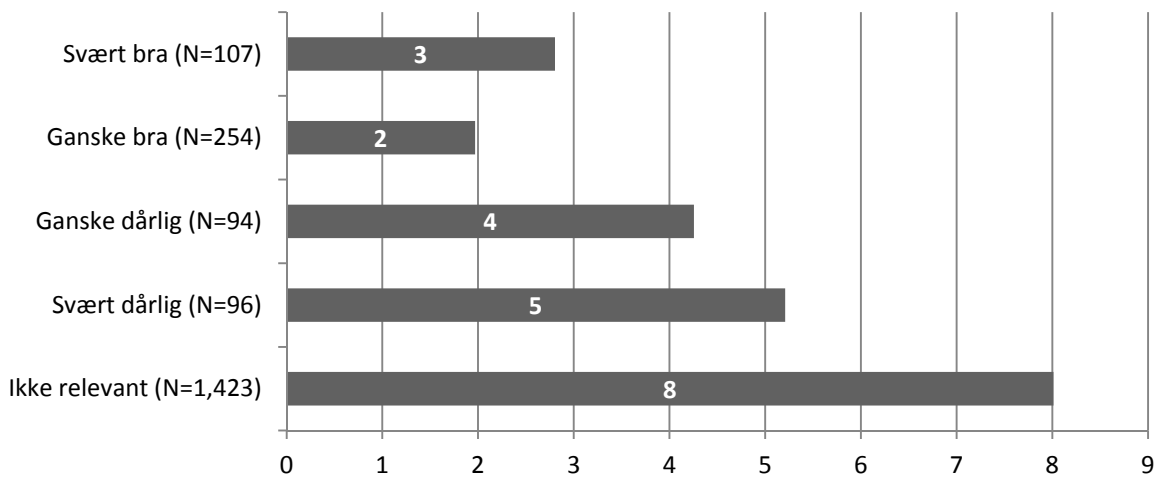
Figur 2.4 Andel utskrivningsklare etter hvordan pasientens familienettverk vurderes





Figur 2.5 Andel utskrivningsklare etter hvordan pasientens venner nettverk vurderes

Det å ha et godt nettverk av venner ser også ut til å predikere lavere sannsynlighet til å bli ventende utskrivningsklar.



Figur 2.6 Andel utskrivningsklare etter hvordan pasientens arbeidsplassnettverk vurderes

Her er det først og fremst det å være uten arbeid som øker sannsynligheten for å være ventende utskrivningsklar, men det er også slik at de som har et bra nettverk på arbeidsplassen har lavere sannsynlighet for å være ventende utskrivningsklar enn de som har dårlig nettverk, men det er små forskjeller i andel utskrivningsklare.

Vi har også undersøkt om type pasientopphold kan ha sammenheng med sannsynligheten for å være ventende utskrivningsklar. Vi har undersøkt om følgende forhold: innlagt for øyeblikkelig hjelp, reinnleggelse, sikkerhetsavdeling, akuttavdeling.

Vi finner at de som er innlagt for øyeblikkelig hjelp har systematisk høyere sannsynlighet (fra 5 til 8 prosent) for å være ventende utskrivningsklar.

De som er reinnlagt (mindre enn 30 dager siden pasienten sist ble utskrevet, gitt at de var innlagt for øyeblikkelig hjelp) har 13 prosent sannsynlighet for å bli ventende utskrivningsklar, mens de som ikke er reinnlagt har 5 prosent sannsynlighet for å havne i denne situasjonen. De som er innlagt i en sikkerhetsavdeling har forhøyet sannsynlighet for å være utskrivningsklar (hhv 10 og 6 prosent), mens det å være innlagt i en akuttavdeling øker sannsynligheten for å bli ventende utskrivningsklar med tre prosentpoeng (hhv 4 og 7 prosent).

Om vi setter dette sammen og ser på disse kjennetegnene samtidig og kjører en enkel regresjon (enkel logit) for sannsynligheten for å være utskrivningsklar, får vi resultatene som er vist i neste tabell.

**Tabell 2.4 Regresjonsresultater enkel logit modell der avhengig variabel er "ventende utskrivningsklar"**

	Odds Ratio (OR)*	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Kjønn (mann)	1.355	0.320	1.290	0.198	0.853	2.153
Lav utdanning	1.818	0.421	2.580	0.010	1.155	2.863
Bor med ektefelle	0.327	0.197	-1.860	0.063	0.101	1.064
SMI	1.103	0.259	0.420	0.676	0.696	1.748
Rusdiagnose	0.708	0.207	-1.180	0.238	0.399	1.256
Godt familienettverk	0.777	0.181	-1.080	0.279	0.492	1.227
Godt vennenettverk	0.487	0.136	-2.570	0.010	0.282	0.843
Er uten arbeid	1.907	0.611	2.010	0.044	1.017	3.574
Innlagt ø-hjelp	1.179	0.315	0.620	0.536	0.699	1.989
Reinnlagt	2.197	0.665	2.600	0.009	1.213	3.978
Akuttavd	0.486	0.172	-2.040	0.042	0.243	0.973
Sikkerhetsavdeling	0.600	0.277	-1.110	0.268	0.243	1.483

\* OR større enn en (>1) betyr at utskrivningsklare pasienter har et større utfall enn de som ikke er utskrivningsklar. OR mindre enn en (<1) viser at utskrivningsklare pasienter har færre utfall enn sammenligningsgruppen. En OR på 1 viser at det ikke er forskjell mellom gruppene.

Datagrunnlaget er et tverrsnitt og det er sterke korrelasjoner mellom de ulike forklaringsvariablene. Korrelasjonsmatrisen er derfor vist i de neste to tabellene.

**Tabell 2.5 Korrelasjonsmatrise \*P>0,05**

	Utskrivningsklar	Kjønn (mann)	Lav utdanning	Bor med ektefelle	SMI	Rusdiagnose
Utskrivningsklar	1					
Kjønn (mann)	0.0516*	1				
Lav utdanning	0.1168*	0.0835*	1			
Bor med ektefelle	-0.1088*	-0.1385*	-0.1538*	1		
SMI	0.0705*	0.1760*	0.0918*	-0.1735*	1	
Rusdiagnose	0.0087	0.2034*	0.1309*	-0.1197*	0.0577*	1
Godt familienettverk	-0.0633*	-0.0847*	-0.0710*	0.1335*	-0.0592*	-0.0624*
Godt vennenettverk	-0.1108*	-0.1756*	-0.1742*	0.2095*	-0.1518*	-0.1280*
Er uten arbeid	0.0888*	0.0195	0.2042*	-0.1095*	0.1632*	0.1357*
Innlagt ø-hjelp	0.0629*	0.0572*	0.0494*	-0.0496*	0.1587*	0.0551*
Reinnlagt	0.0931*	-0.0074	0.0276	-0.0499*	0.0732*	0.0600*
Akuttavd	-0.039	0.0205	-0.0021	0.0181	0.0235	0.0432*
Sikkerhetsavdeling	0.0438*	0.2032*	0.1249*	-0.1120*	0.1772*	0.1195*

**Tabell 2.6 forts Korrelasjonsmatrise \*P>0,05**

	Godt familienettverk	Godt vennenettverk	Er uten arbeid	Innlagt ø-hjelp	Reinnlagt	Akutt-avd.	Sikkerhetsavdeling
Rusdiagnose							
Godt familienettverk	1						
Godt vennenettverk	0.3403*	1					
Er uten arbeid	-0.0659*	-0.2218*	1				
Innlagt ø-hjelp	-0.0381	-0.0819*	0.0323	1			
Reinnlagt	-0.0464*	-0.0385	0.032	0.3981*	1		
Akuttavd	-0.0199	0.028	-0.0465*	0.4511*	0.2135*	1	
Sikkerhetsavdeling	-0.1071*	-0.1385*	0.1009*	-0.0191	0.0417	-0.0802*	1

Her ser vi for eksempel den sterke korrelasjonen mellom det å ha en alvorlig psykisk lidelse (SMI) og de andre kjennetegnene. Vi ser også den sterke sammenhengen mellom familienettverk og vennenettverk. Har pasienten et godt familienettverk, er det stor sannsynlighet for at de har et godt vennenettverk og visa versa.

Dersom vi reduserer modellen med å gradvis ta ut insignifikante verdier, og sette de inn igjen i påfølgende sekvenser, ender vi opp med følgende reduserte regresjonsmodell.

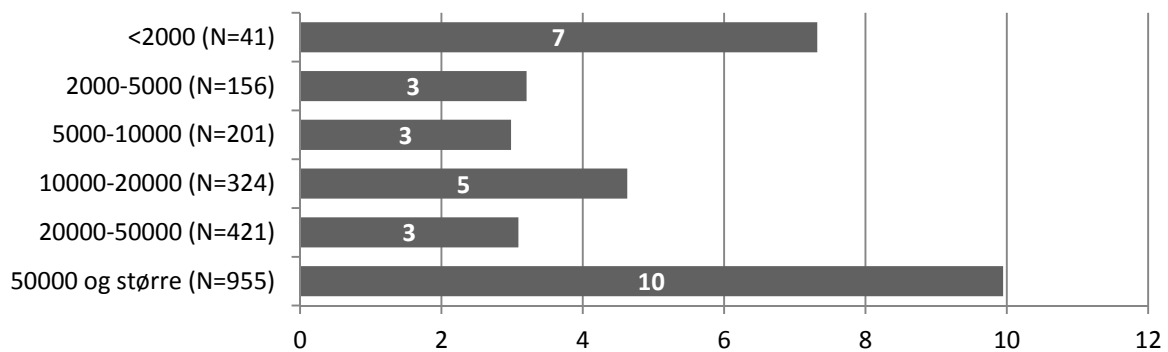
**Tabell 2.4 Regresjonsresultater enkel logit modell der avhengig variabel er "ventende utskrivningsklar". Redusert modell**

	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
Lav utdanning	2.346	0.419	4.770	0.000	1.653 3.330
SMI	1.419	0.252	1.970	0.048	1.002 2.010
Godt familienettverk	0.675	0.121	-2.190	0.028	0.475 0.959
Innlagt ø-hjelp	1.446	0.261	2.040	0.041	1.015 2.059

Vi kan derfor anslå at de viktigste prediktorene for å bli en ventende utskrivningsklar pasient er lav utdanning, alvorlig psykisk lidelse, innlagt for øyeblikkelig hjelp og et dårlig nettverk (familienettverk og vennenettverk er altså systematisk høyt korrelert). Det er altså de sykeste og med dårligst nettverk som det kan være vanskelig å få etablert et godt alternativ til døgnbehandling for.

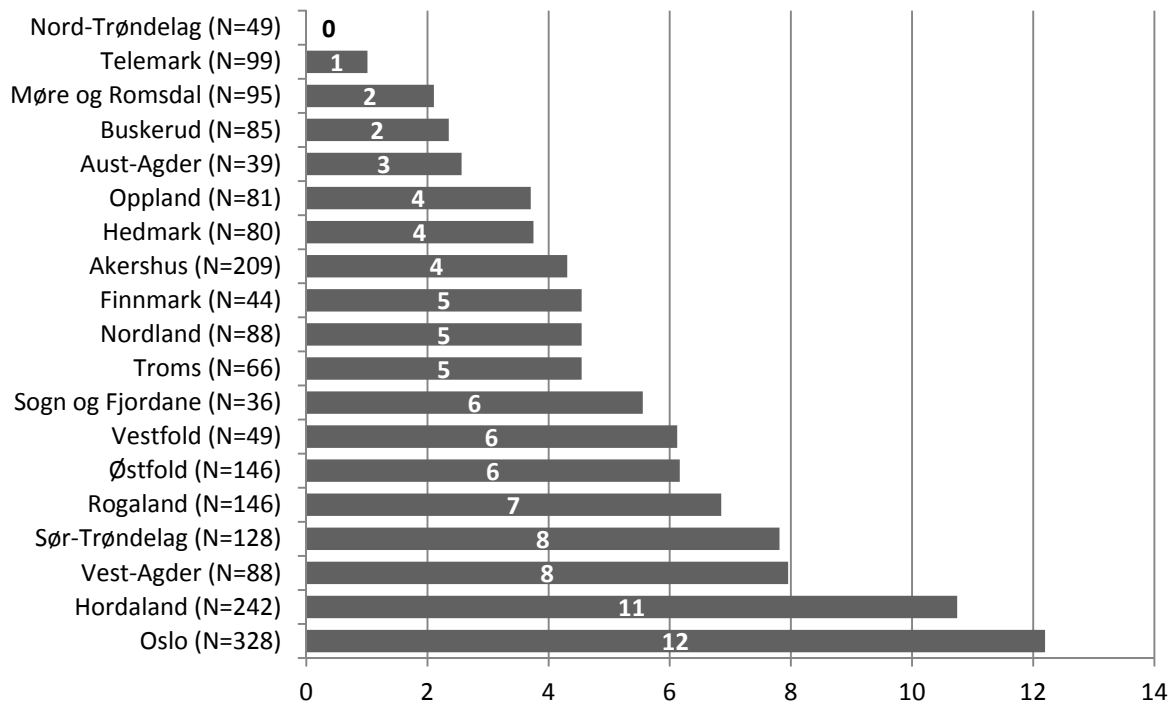
Vi ser i neste avsnitt på variasjon i andel ventende utskrivningsklare etter kommunestørrelse og fylke.

## 2.4 Kommunestørrelse og fylke



Figur 2.7 Andel ventende utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern etter kommunestørrelse

Det er altså de største og de minste kommunene som har høyest andel ventende utskrivningsklare pasienter. Årsaken kan være at små kommuner har lite fagfolk, mens store kommuner har mange pasienter med behov. Vi ser på fylkesforskjeller i andel utskrivningsklare i neste figur.



Figur 2.8 Bostedskommune og utskrivningsklar, fylke.

Vi ser her at fylkene med de store bykommunene, Oslo, Bergen og Trondheim har høyest andel ventende utskrivningsklare pasienter. Neste tabell viser oversikt over andel utskrivningsklare pasienter som venter på en kommunal tjeneste i landets største kommuner.

**Tabell 2.7 Andel utskrivningsklar etter pasientens bostedskommune, de største kommunene**

	Andel utskrivningsklare	Befolkning
Oslo(N=328)	12	621 332
Bergen(N=134)	14	267 160
Trondheim(N=91)	10	179 123
Stavanger(N=43)	16	128 830
Bærum(N=49)	10	116 298
Kristiansand(N=51)	8	84 319
Fredrikstad(N=57)	5	76 567
Tromsø(N=36)	6	70 059
Sandnes(N=15)	7	69 487
Drammen(N=34)	3	65 313
Asker(N=43)	2	57 238
Sarpsborg(N=26)	8	53 734

Det er altså Stavanger som 20. november 2012 hadde størst andel av pasientene som ikke var utskrevet fordi de ventet på et kommunalt tilbud, men andelene er høye også i Oslo, Bergen og litt lavere i Trondheim. Antall pasienter i utvalget er vist i parentes bak kommunenavnet.

I forrige avsnitt kom vi frem til en regresjonsmodell basert på individuelle faktorer (lav utdanning, alvorlig psykisk lidelse, innlagt for øyeblikkelig hjelp og et dårlig nettverk). Dersom vi med utgangspunkt i denne undersøker betydningen av kommunestørrelse og fylke (her kunne vi brukt HF), kan vi si noe om hvorvidt bostedskommune eller bostedsfylke påvirker sannsynligheten for å bli ventende utskrivningsklar. Resultatene er vist i neste tabell.

**Tabell 2.8 Logit modell (redusert) med dummyer for kommunestørrelse**

	Odds Ratio*	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Lav utdanning	2.235	0.427	4.210	0.000	1.537	3.250
SMI	1.408	0.270	1.780	0.075	0.967	2.050
Godt familienettverk	0.680	0.131	-2.010	0.044	0.467	0.991
Innlagt ø-hjelp	1.246	0.240	1.140	0.253	0.854	1.817
<2000 (base)						
2000-5000	0.281	0.223	-1.600	0.110	0.059	1.334
5000-10000	0.378	0.280	-1.320	0.188	0.089	1.611
10000-20000	0.520	0.346	-0.980	0.326	0.141	1.917
20000-50000	0.319	0.217	-1.680	0.092	0.085	1.206
50000 og større	1.068	0.665	0.110	0.915	0.316	3.617

Kommunestørrelse er korrelert med forklaringsvariablene, og vi ser at det å være innlagt for øyeblikkelig hjelp, ikke lenger er signifikant når vi kontrollerer for størrelsen på bostedskommunen til pasienten. De andre effektene er relativt stabile, noe som tyder på at disse ikke er så sterkt korrelert med kommunestørrelse.

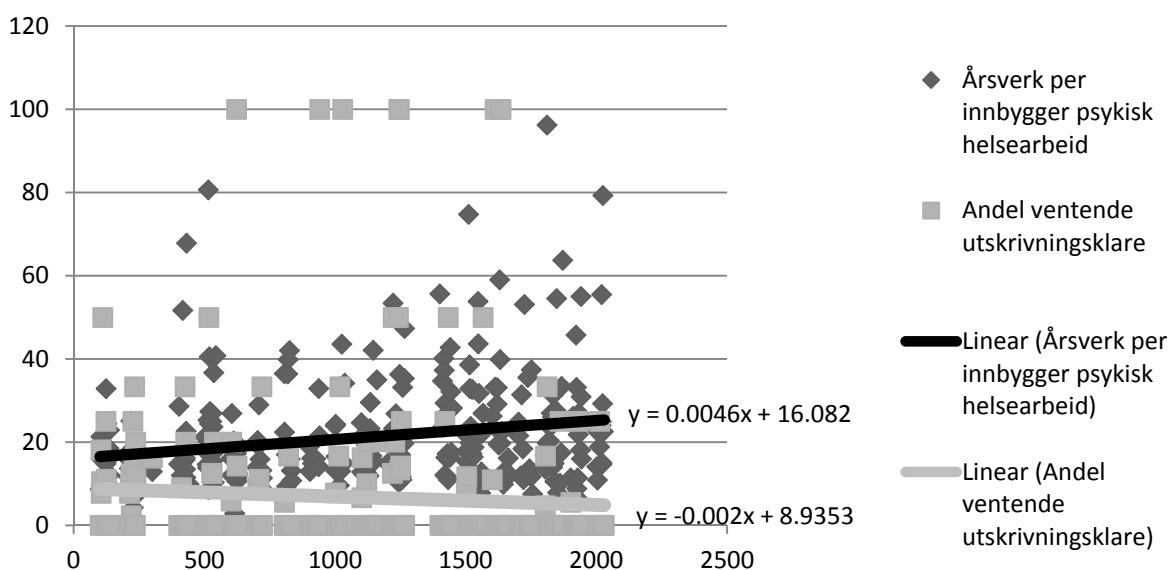
Vi finner at størrelsen på bostedskommunen forklarer i liten grad mer av variasjonen i sannsynligheten for å være utskrivningsklar enn det modellen med individuelle faktorer gjør. Det er altså de individuelle faktorene som dominerer, heller enn kommunestørrelse. Dersom vi setter inn en dummy kun for storkommunene (over 50 000 innbyggere) får vi derimot en tydeligere sammenheng. Tabellen under viser at sannsynligheten for å bli en ventende utskrivningsklar, gitt alvorlig psykisk lidelse, lav utdanning og dårlig nettverk, øker om pasienten bor i en storkommune.

Tabell 2.9 Logit modell (redusert) med dummys for kommunestørrelse

	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
Lav utdanning	2.245	0.428	4.240	0.000	1.544 3.262
SMI	1.385	0.265	1.700	0.088	0.952 2.015
Godt familienettverk	0.687	0.131	-1.970	0.049	0.472 0.999
Innlagt ø-hjelp	1.260	0.242	1.200	0.230	0.864 1.835
Stor kommune	2.661	0.531	4.910	0.000	1.800 3.934

Disse resultatene er interessante, men det er komplekse sammenhenger som ligger bak. Hvorvidt pasienter i storbyene har lettere tilgang på spesialisthelsetjenester i utgangspunktet slik at flere legges inn (og flere kan potensielt bli ventende utskrivningsklare), er ikke en del av dette prosjektet. Om det er en større andel med alvorlige psykiske lidelser i storkommunene er det foreløpig ikke sikker kunnskap om.

En siste variabel vi har lagt inn er antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid per innbygger i bostedskommunen til hver pasient. Vi ser spor av en sammenheng, men det er ikke en sterk sammenheng, se figur under.

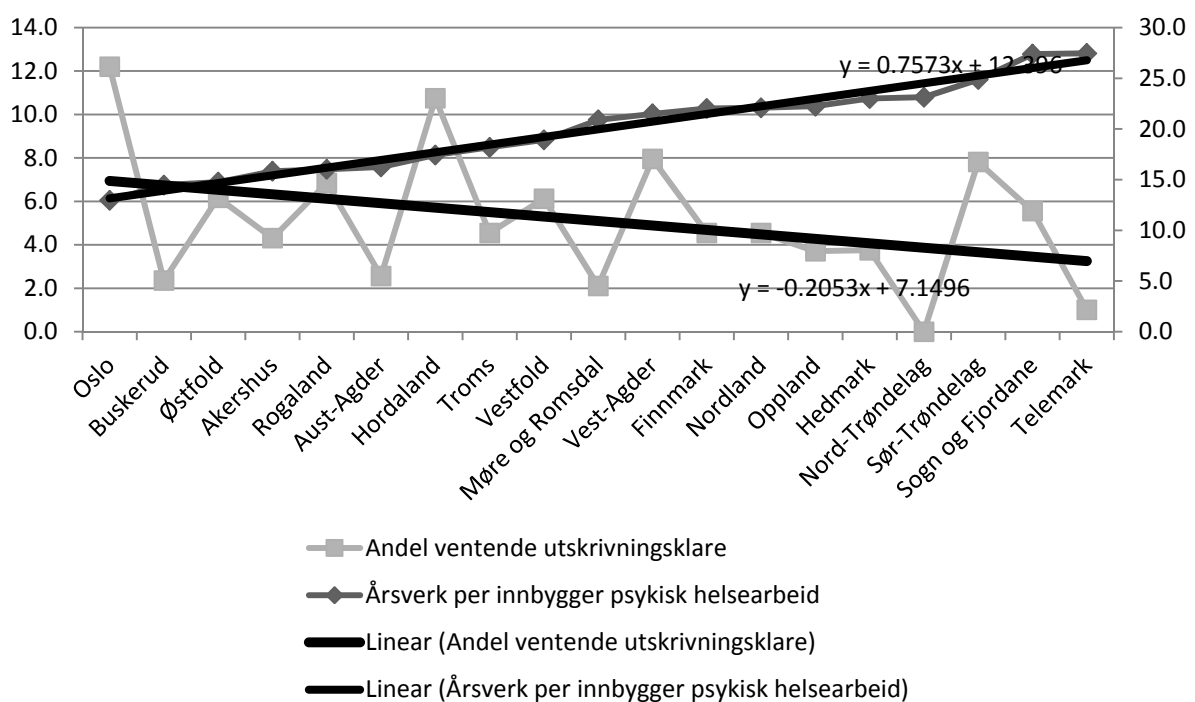


Figur 2.9 Årsverk psykisk helsearbeid og andel ventende utskrivningsklare med bostedsadresse i kommunen.

Når vi setter inn antall årsverk per innbygger i psykisk helsearbeid i bostedskommunen til hver pasient, og undersøker om dette har sammenheng med sannsynligheten for å bli ventende utskrivningsklar, finner vi en tydelig, men svak negativ sammenheng (OR nær 1).

Når vi kontrollerer for de individuelle forholdene forsvinner imidlertid den systematiske sammenhengen. Det som blir viktig fremover er å undersøke om det er kommunene som får til et godt forebyggende arbeid er de samme som får et lavt antall ventende utskrivningsklare pasienter.

Det kan også spores en sammenheng på fylkesnivå, men det er langt i fra en lineær sammenheng.



Figur 2.10 Årsverk psykisk helsearbeid og andel ventende utskrivningsklare med bostedsadresse i kommunen, gruppert etter fylke.

Dersom antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid (per innbygger) er en indikator på hvor gode de kommunale tjenestene er, ser det foreløpig ut til at det er de individuelle forholdene hos pasienten som dominerer og ikke forhold i kommunene. Men dette må ses på som en første tilnærming til en helt ny problemstilling det tidligere ikke har vært forsket på.

## 2.5 Oppsummering

Vi har beregnet at 7 prosent av pasientene i psykisk helsevern er utskrivningsklare, men venter på et kommunalt tilbud. Dette dreier seg i stor grad om et boligtilbud. I TSB er det svært få som vurderes som utskrivningsklar. Rundt en prosent av alle pasientene i TSB er ferdigbehandlet, men ikke utskrevet fordi de venter på et kommunalt tilbud. Her tar vi et lite forbehold for TSB data er foreløpige.

Mange behandlere og pasienter vurderer at pasienten som er utskrivningsklar trenger et døgnbemannet botilbud. Dette er ikke nødvendigvis kommunene enige i, og de kan ønske å ha større påvirkning på vurdering av hvilke tjenester pasienten trenger. Det er mulig at behandlere i døgninstitusjonene undervurderer pasientens funksjonsnivå fordi de typisk møter pasienten i en periode der pasienten er svært syk og fungerer dårlig. Når pasienten friskner til og utskrives, vil kanskje behovet være endret og de vil ha større nytte av et lavere omsorgstilbud. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 4.

Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB synes ikke å ha særlig stort potensial, og dette er heller ikke pasienter som kommunene kan forventes å ta eneansvaret for.





## 3 Unødvendige innleggelser

### 3.1 Innledning

Henvisende instans til døgnbehandling i psykisk helsevern er i stor grad fastlege og psykiatrisk poliklinikk. Innen TSB kommer henvisningene til døgnopphold typisk fra rus poliklinikk/rusteam og fastlegen (fra pasientkartleggingen 2012).

Det usikkert hvor stor andel av kommunene som har bygget ut god kapasitet av tilbud som er alternative til innleggelse og behandling i psykisk helsevern eller i TSB. Det er likevel grunn til å tro at et samlet godt kommunalt tilbud, kan hindre noen innleggelser. Omfanget av dette potensialet og hva som skal til for at innleggelsene skal unngås, finnes det lite kunnskap om.

Legeforeningen har tidligere uttalt at de avviser bruken av begrepet unødvendige innleggelser, fordi den ikke kan være unødvendig så lenge det ikke finnes et alternativt tilbud til innleggelsen.<sup>7</sup>

Begrepet er likevel egnet om en retter søkelyset på tilgjengelig tilbud heller enn på pasienten. Som vi så i forrige kapittel, er det ikke nødvendigvis kjennetegn ved pasientene som avgjør om de er utskrivningsklare, men kanskje også kjennetegn ved kommunene som skal gi pasienten et tilbud og spesialisthelsetjenesten som vurderer hvilket tilbud det er behov for.

Som vi kommer tilbake til i kapittel 4, er det kanskje ikke riktig at det er spesialisthelsetjenesten som skal ha definisjonsmakt i forhold til hva pasienten trenger etter utskrivning. I dette kapitlet får behandlere og pasienter i spesialisthelsetjenesten vurdere om innleggelse kunne vært unngått om pasienten hadde hatt et kommunalt tilbud.

### 3.2 Resultater

#### 3.2.1 Omfang unødvendige innleggelser

Dette er selvsagt et vanskelig spørsmål, fordi det er en kontrafaktisk vurdering "hva hvis". En kan i teorien tenke seg at alle innleggelser kunne vært unngått om det kommunale tilbudet tilsvarte tilbudet i spesialisthelsetjenestene, men det er ikke det man ønsker å oppnå.

Vi har derfor forsøkt å kartlegge om innleggelser kunne vært unngått om pasienten hadde følgende tilbud:

- Kommunal bolig med bemanning
- Kommunal bolig med tilsyn på dagtid
- Andre kommunale tilbud

---

<sup>7</sup><http://legeforeningen.no/Nyheter/2009/med-styrket-kommunale-tilbud-kunne-flere-innleggelser-vart-unngatt/>

Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende og svært ofte trenger pasienten mer enn et boligtilbud for få så gode tjenester at det ikke er nødvendig med innleggelse i psykisk helsevern eller TSB.

Dersom vi kun ser på svarene for de ulike kategoriene hver for seg, er det vurdert at for 12 prosent av pasientene kunne innleggelse vært unngått dersom pasienten bodde i en kommunal bolig med bemanning. For 5 prosent av pasientene hadde behovet for å skulle unngått innleggelse, vært en kommunal bolig med tilsyn på dagtid. I mange tilfeller er det også behov for ytterligere tjenester. Mange behandlere er usikre på hva som hadde vært behovet dersom innleggelse skulle vært unngått, men mange mener at et godt kommunalt tilbud ville ha redusert behovet for innleggelse for døgnbehandling.

Noen har krysset av for både "Kommunal bolig med bemanning" og "Kommunal bolig med tilsyn på dagtid" (3 prosent). Om vi antar at disse pasientene hadde unngått innleggelse om de hadde hatt tilsyn på dagtid (bemannet bolig innebærer tilsyn på dagtid), finner vi følgende fordeling:

**Tabell 3.1 Kunne innleggelse vært unngått om pasienten hadde følgende tilbud:**

	Psykisk helsevern		TSB	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Nei, innleggelse kunne trolig ikke vært	1 615	77	642	90
Kommunal bolig med bemanning	184	9	14	2
Kommunal bolig med tilsyn på dagtid	98	5	18	3
Andre kommunale tilbud	203	10	39	5
Total	2 100	100	713	100

Vi anslår derfor at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått om ulike kommunale tilbud hadde vært etablert og utviklet. Vi anslår at omtrent 10 prosent av innleggelsene kunne vært unngått i TSB om kommunene hadde hatt et tilbud.

Når potensialet ikke ser ut til å være større enn 10 prosent i TSB, handler dette kanskje om at nær en av tre pasienter er innlagt enten i en avrusningsenhet og/eller innlagt for akutt avrusning. Dette er et tilbud som ikke er tilgjengelig i kommunale tjenester og disse kunne derfor ikke vært unngått. Over 80 prosent av pasientene som ikke er innlagt for akutt avrusning, har stått på venteliste for å få behandling.

Vi kommer tilbake til hva som spesifikt ligger i hva behovet består i, men konkluderer foreløpig med at det er et potensial for en del av pasientene i forhold til å unngå døgnopphold i spesialisthelsetjenesten.

Det er også viktig å se at behandler/pasient vurderer at innleggelse trolig ikke kunne vært unngått uansett om de kommunale tilbudene var på plass for over tre av fire pasienter. Noen vil mene at dette kan være en overdrivelse av andel med behov for spesialisthelsetjenester, fordi behandlere har insentiver for å synliggjøre behovet for egen aktivitet. Vi har ingen indikasjon ut i fra svarene på de åpne spørsmålene at dette er tilfellet.

### 3.2.2 Årsaker til unødvendig innleggelser

Som vist i tabellen over, er det 14 prosent av pasientene som er unødvendig innlagt fordi de ikke har et kommunalt boligtilbud etter et boligtilbud med tilsyn på dagtid. I tillegg er det en rekke tjenester som må være på plass for disse pasientgruppene, både i kombinasjon med et eksisterende boligtilbud eller i tillegg til et nytt boligtilbud. For 176 pasienter er det fylt ut informasjon om hvilke andre kommunale tilbud som kunne ha hindret at pasienten måtte innlegges.

Det er interessant å gå gjennom disse svarene for å få frem hvilke sentrale problemstillinger som er aktuelle for å hindre unødvendig innleggelse. Vi bruker derfor litt plass på en del sitater før vi konkluderer rundt hovedpunktene i neste avsnitt. Utfyllingen er gjort av behandleren i samarbeid med pasienten der det har vært mulig å få til dette. Pasienten har, som nevnt tidligere i rapporten, vært med på utfyllingen i 60 prosent av tilfellene i psykisk helsevern, mens andelen er over 80 prosent i TSB.

Spørsmålet er formulert slik: "Kunne innleggelse vært unngått dersom pasienten hadde følgende kommunale tilbud?" I tillegg til kategoriene "Kommunal bolig med bemanning" og "Kommunal bolig med tilsyn på dagtid" (der de skal krysse ja eller nei) er det et åpent felt der de kan skrive hvilke andre kommunale tilbud (se forrige tabell). Det er svarene på disse spørsmålene som vi går gjennom her.

Det vanligste svaret handler om bolig i en eller annen form:

*Kommunalt botilbud med døgnbemanning og mulighet for lukket dør. Fast stab av godt kjent personale og god kjennskap til alle rutiner som er nødvendige for pasientens trygghet.*

*Dersom pasienten hadde hatt bolig kunne innleggelse vært unngått.*

*Det vurderes at pasienten trenger døgnomsorg da hans funksjon er dårlig*

*Det vurderes å søke om psykiatribolig til pasienten.*

*Ein kommunal bustad utan bemanning eller tilsyn. Viss barna hadde fått vedtak om støttekontakt.*

*Institusjon som eksempelvis sykehjem.*

*Isolasjon i egen bolig ville muligens vært unngått i en bemannet bolig.*

*Kan muligens vært unngått dersom pasienten hadde døgntilbud i institusjon i kommunen. Kommunal bolig med bemanning beregnet på ungdom, bor nå på omsorgssenter.*

*Kommunal bolig med tett oppfølging fra psykiatrien og rusbehandling.*

*Kommunal bolig uten tilsyn, med økonomisk støtte.*

*Kommunal bolig, helst med 1-1 oppfølging.*

*Mer bemanning i bolig og større forståelse for pasientens lave fungering*

*1:1 bemanning inkl nattevakt. Økt faglig kompetanse omkring autisme og psykisk lidelse blant miljøterapeutene i bolig.*

*Pasienten hadde døgnbemanning før. Da den ble tatt bort og det ble bemanning på dagtid førte det til at pasienten ble dårligere.*

*Pasienten har behov for døgnbemannet bosenter og tett oppfølging ifht medisinerings. (Tvangsmedisineringsvedtak). Tett oppfølging under utprøving og utgang.*

Mange er også opptatt av at kommunene mangler aktivitetstiltak.<sup>8</sup> Dette i seg selv, eller i kombinasjon med andre tiltak, ser ut til å være viktig for å unngå innleggelse i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB.

*I følge pasienten trenger han mer tilbud i hverdagen, eksempelvis støttekontakt, tilrettelagt arbeid etc. dette for å forebygge depresjon og ensomhet.*

*Oppfølging til daglig aktivitet, arbeidstrening, grønn omsorg o.l.*

*Aktiviseringstilbud/vernet arbeid*

*Aktivisering sosialt og arbeidsmessig*

*Pasienten mener innleggelse kunne vært unngått ved mer aktivitetstilbud fra kommunen, f.eks dagsenter.*

*Flere timer fra oppfølging og miljøarbeidertjenesten. Dagsentertilbud.*

*Støttekontakt*

*Tilsyn, samtale, aktiviteter*

*Transport til dagtilbud i nærområdet*

*Aktiviseringstilbud dagtid*

Noen vurderinger viser også at unødvendige innleggelse kunne vært unngått om samarbeidet rundt pasienten var bedre:

*Hvis oppfølging og tilrettelegging i samarbeid med psykolog/psykiater tidligere, kunne innleggelse vært unngått*

*Kunne vært unngått om pasienten hadde hatt ordentlig oppfølging, ettervern og ansvarsgruppe siste innleggelse*

*Oppfølging av fastlege, hjemmesykepleie, psykiatrisk ambulanseteam*

---

<sup>8</sup> Vi har nylig gjennomført en kartlegging i alle kommunene om hvilke aktivitetstiltak som tilbys eller er under oppbygging (IS-24 kartleggingen, Sintef/Helsedirektoratet). Resultatene vil være klare på slutten av 2013.

Noen av pasientene i utvalget ser også ut til å kunne klart seg med poliklinisk behandling i psykisk helsevern dersom denne hadde mer ambulant karakter:

*Poliklinisk oppfølging x 2-3 pr uke ville kunne dekke pas sine behov. Dette tilbudet måtte være ambulerende i så fall.*

*Pasienten har en diagnose. F-20 paranoid schizofren. Han har fremtredende negative symptomer. Hvis han kan få en bemannet omsorgsbolig kunne han klare seg med poliklinisk oppfølging.*

*Tettere oppfølging blant annet av poliklinisk behandler.*

Dette med at pasientene ofte har dårlig innsikt i egen sykdomssituasjon og ikke ønsker bistand i fra kommunalt psykisk helsearbeid, er også noe som svært mange kommer inn på i vurderingen:

*Kanskje innleggelse kunne vært unngått dersom hun minst hadde hatt oppfølging av psykisk helsearbeider fra bydelen. Dette tilbudet har hun hatt i flere år, men tok selv initiativ til å avbestille tjenesten for ca 2 år siden.*

*Kunne kanskje vært unngått hvis pasienten fikk avlastningstilbud, hjemmetjeneste og psykisk sykepleier. Pasient og pårørende ønsker ikke dette.*

*Med tilbud fra psykiatritjeneste kunne kanskje blitt fanget opp, men pasienten ønsker ikke dette tilbudet.*

*Men pasienten har ikke tidligere ønsket oppfølging fra miljøtjeneste eller kommunal bolig med tilsyn.*

*Miljøterapeutttjeneste, psykiatritjeneste. Pasient og pårørende ønsker ikke, selv om det er anbefalt.*

*Pasienten trenger et tilrettelagt botilbud, men ønsker ikke dette selv.*

*Psykisk helsearbeider, men dette har pasienten ikke ønsket selv.*

*Rask utvikling av aktuelle episode, pas ønsker ikke poliklinisk oppfølging eller fra psykiatrisk sykepleier fra kommunehelsetjenesten. Uvisst om dette ville kunne forebygget aktuelle episode.*

*Ukentlig kommunal oppfølging, eller hyppigere, kunne muligens ha forhindret innleggelse, men pasienten har så langt ikke ønsket det.*

*Vurdering av hjelpebehov tidligere. Pasient suicidal og deprimert pga lite nettverk. Pasienter som ikke selv ber om hjelp oppdages ikke.*

*Tilpassede aktiviteter, trening? Men pasienten har ikke villet benytte seg av dette.*

*Pasient har ikkje vore samarbeidsvillig til kommunal, bemanna bolig.*

*Hadde pasient tatt imot hjelp fra DPS eller psykisk helse i kommunen kunne innleggelse vært unngått. Pasienten har imidlertid motsatt seg enhver form for hjelp.*

Dette med "help seeking behaviour" er svært viktig og vi har tidligere (gjennom IS-24 rapportene) vist til dette problemet i de kommunale psykisk helsearbeidstjenestene. Vi har foreslått at det bør settes i gang prosjekt for å utvikle gode tiltak og arbeidsformer som gjør pasientene mer mottakelig for hjelp og støtte fra kommunale tjenester. Når dette kommer så tydelig frem også i hva som kunne vært gjort for å unngå innleggelser, bør kanskje dette være ett av de viktigste satsningsområdene fremover.

Behandlere og pasienter er også opptatt av at kommunene må ha kompetanse på psykisk helse generelt og på spesifikke diagnoser spesielt:

*Skjermet sykehusavdeling med god legekompertanse på adferdsproblemer ved demens*

*Økt kompetanse i kommunen på pasientens behov v/sykdom*

*Tilrettelagt bolig med høy bemanning med kunnskap/erfaring med utagering*

*Kommunal bolig med autisme/asberger-kompertanse*

Tettere og omfattende oppfølging fra psykisk helsearbeid/psykiatritjeneste:

*Omfattende oppfølging 24/7, uvisst om dette kunne bidratt til å hindre innleggelse, men det vurderes som økt sjanse for at pasienten kunne levd utenfor sykehuset.*

*Oppfølging psykososialt og praktisk*

*Tettere oppfølging fra psykiatritjenesten*

*Ønsker mer tilsyn fra kommunal psykiatritjeneste*

Flere er inne på behov for støtte i hjemmet til denne pasientgruppen:

*Oppfølging/praktisk hjelp når hun var alene pga samboer syk-innlagt.*

*Pasienten trenger mer oppfølging hjemme og det er da mulig at innleggelse kunne vært unngått.*

*Pasienten trenger noen som hjelper henne med struktur i hverdagen, i tillegg til at pasienten trenger flere mennesker rundt seg.*

*Psykiatrisk sykepleier som kom hjem til pasienten og gav medisin.*

*Tettere oppfølging i egen bolig.*

*Tilbud om mer oppfølging fra hjemmetjeneste kunne trolig avhjulpet situasjonen.*

*Trenger tettere oppfølging fra rus og psykiatri i hjemkommunen.*

*Trolig ville oppfølging fra psykisk helsearbeider i bydelen hjulpet. Pasienten hadde slikt tilbud tidligere.*

*Usikkert, men sannsynlig vært forebyggende med sentrale tilbud i kommunen*

*Økonomisk forvalter, hjemmesykepleier (medisiner), bokoordinator (assistanse til renhold og mat).*

*Mer avlastning i hverdagen, eks hjemmehjelp, barn-avlastning.*

At pasientene slutter med medisin uten samråd med lege (autoseponering), er også tatt opp av flere som årsak til at innleggelse var nødvendig:

*Mulig ved oppfølging mtb inntak av antipsykotisk medisin som hun har autoseponert*

*Hjemmepleie m/multidose muligens alit compliance/ hindret autoseponering av antipsykotika.*

*Bedre oppfølging mht medisiner*

*Støttesamtaler, opplegg ifht medisiner*

Hver enkelt pasient har sin egen historie, og det kan være veldig sammensatte årsaker til situasjonen som fører til en innleggelse. Pasientenes ønsker og behov må høres og forstås på ulike tjenestenivå:

*Å ikke flytte tilbake til stedet der foreldrene mine bor (pasient PHV).*

*Har spurt om innleggelse i flere år i forhold til variert problematikk uten å ha fått noe tilbud før jeg klarte å bli friskere på egenhånd, savner effektivitet (pasient, PHV)*

Når vi analyserer og systematiserer disse sitatene og resten av svarene som er gitt fremkommer følgende liste:

- Få brukeren til å ta i mot hjelp fra kommunale tjenester (mange som ikke vil ha hjelp)
- Bemannet bolig
- Bolig med tilsyn på dagtid
- Boligtilbud uten bemanning
- Bolig uten rusbelastning
- Lavterskeltiltak i en tidlig fase
- Støttetjenester (arbeid, dagsenter, støttekontakt)
- Bedre samarbeid mellom ulike aktører
- Psykiatrisk hjemmetjeneste
- Mer hjelp i hjemmet (avlastning, struktur, medisiner, barneavlastning)
- Økt kompetanse og kunnskap om ulike diagnoser i kommunene
- Bedre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten



### 3.3 Oppsummert

Vi anslår at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått om ulike kommunale tilbud hadde vært etablert og utviklet. Vi anslår at omtrent 10 prosent av innleggelsene kunne vært unngått i TSB om kommunene hadde hatt et annet tilbud. Det er altså et stort potensial for å unngå innleggelser i døgninstitusjonene i følge behandlere og pasienter. Her er det viktig å få frem at dette ikke er mulig å få til gjennom dagens tilgang på kommunale tjenester, så det er ikke slik at ytterligere 25 prosent av døgnplassene kan legges ned. Mange vil mene at smertegrensen er nådd i forhold til reduksjon i antall døgnplasser, men at det samtidig ikke er riktig vei å gå å bygge opp igjen et stort antall døgnplasser. Nå handler det om å gi kommunene mulighet til å bygge ut tjenestene, og få etablert gode samarbeidsformer mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. Kommunal medfinansiering for pasienter i psykisk helsevern og TSB kan ha et potensial for å unngå noen innleggelser, men det handler først og fremst om å få bygget ut de kommunale tjenestene.

Kommunene må ha god forebyggingskompetanse og et bredt tilbud både med bolig, lavterskeltiltak, støttetjenester (arbeid, dagsenter, støttekontakt), gode hjemmetjenester, hjelp i hjemmet mm. I tillegg handler det om å motivere personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer til å ta i mot hjelp i fra kommunene. Mange vegrer seg og årsakene kan være manglende opplevd anonymitet, dårlige erfaringer fra tidligere og ikke minst dårlig selvinnsikt i egen sykdom. Vi har tidligere foreslått at det bør iverksettes prosjekt for å utvikle gode metoder for å få denne gruppen brukere til å motiveres for oppfølging fra kommunene. Når de vegrer seg og går for lenge uten oppfølging, ender det ofte med en innleggelse som kunne vært unngått om kommunene hadde fått satt inn tiltak. I tillegg kan unødvendige innleggelser skyldes at kommunene ikke får tilstrekkelig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten når de ber om det, men omfanget av dette er ikke kartlagt.

## 4 Samarbeid kommuner og spesialisthelsetjenester

### 4.1 Innledning

Det er sannsynligvis i samarbeidsområdet mellom spesialisthelsetjenester og kommuner det største potensialet for faglig utvikling ligger. I dette kapittelet ser vi først overordnet på hvordan samarbeid foregår generelt i psykisk helsevern og TSB. Deretter går vi over til en gjennomgang av det kvalitative datamaterialet fra pasientkartleggingen. Det er mange sitat og relativt få konklusjoner, men det må ses på som en første tilnærming til et forskningsområde der det er gjort svært lite.

#### 4.1.1 Samarbeid mellom spesialisttjenester og kommunene i psykisk helsevern

Det er sannsynligvis i samarbeidsområdet mellom spesialisthelsetjenester og kommuner det største potensialet for faglig utvikling ligger. Her går vi kort gjennom det vi vet om samarbeidsavtaler, ACT-team, ambulante akutteam (AAT), etc. Individuell plan, ansvarsgrupper er sentrale samarbeidsområder, men det er ikke rammer for å ta med dette her.<sup>9</sup>

#### Samarbeid på systemnivå

Det er generelt lite forsket på hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider på systemnivå innen tjenester til mennesker med psykiske lidelser og vansker og/eller har ruslidelser og vansker. Vi vet derfor lite om hvordan samarbeidet fungerer i dag. Vi vet at de fleste kommuner har inngått samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsavtalene forplikter, gir ledelsesforankring og skal tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordelingen. I nasjonal veileder for utvikling av samarbeidsavtaler beskrives også et system av samarbeidsorganer for å sikre at det finnes arenaer/møteplasser på systemnivå og fagnivå og kobling mellom dem, blant annet gjennom å ha et overordnet samarbeidsutvalg, administrative og faglige samarbeidsutvalg og samarbeidsforum. Det har lenge vært både samarbeidsavtaler og ulike typer fora rundt omkring i landet, men samhandlingsreformen setter dette mer i system på bakgrunn av beskrivelser av uklare ansvarsforhold og mangel på forankring på systemnivå (St.meld.nr47. 2008-2009). Se også Kalseth og Paulsen, 2008.

---

<sup>9</sup> Se tidligere Sintefrapporter om Individuell plan og ansvarsgrupper, det er mye kunnskap både fra pasienttellingene og fra psykisk helsearbeid prosjektene om disse tema, og det burde vært gjort en kunnskapsoppsummering på dette området.

## Samarbeid på individnivå

### Ambulante team

Ambulante team er behandlersteam som arbeider utenfor sykehusene. Tanken bak ambulante team er å spare pasienten for belastninger med innleggelse, støtte pasientens håndtering av problemer i dagliglivet og å spare penger for helsevesenet. De ambulante teamene har gjerne helt spesifikke målgrupper. Det finnes ulike ambulante team som, som psykoseteam, rehabiliteringsteam, tidlig intervensjonsteam, rusteam eller habiliteringsteam. Det er en målsetting å forskyve virksomheten innenfor det psykiske helsevernet fra sykehus til DPS, og fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulans virksomhet.

I en rapport fra Helsedirektoratet fra 2012<sup>10</sup> finner vi at fra 2007 til 2011 har antall årsverk i ambulans virksomhet i DPS-ene blitt mer enn fordoblet, fra 304 til 727 årsverk. Sykepleiere utgjør over halvparten (54 prosent) av personellet i de ambulante teamene. Sosionomer og annet personell med høyskoleutdanning utgjør 19 prosent. De ambulante teamene har likevel også et innslag av leger (8 prosent) og psykologer (13 prosent). Blant de høyskoleutdannede har det store flertallet videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er store forskjeller i omfanget av den ambulante virksomheten, både mellom helseforetak og DPS-områder. I alt 64 av 74 DPS-områder har etablert en eller annen form for ambulans virksomhet.

### ACT-Team - Assertive Community Treatment

ACT-teamene er aktivt oppsøkende behandlingsteam som skal følge opp mennesker med alvorlige psykiske lidelser, eller i kombinasjon med rusmiddelbruk, kognitiv svikt og/eller betydelig funksjonsnedsettelse og som har med sammensatte og langvarige hjelpebehov fra kommune,- og spesialisthelsetjeneste, og som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad. Formålet er å sikre kontinuitet i kontakten med hjelpeapparatet, redusere innleggelser og å forbedre livskvalitet og fungering. Det finnes klare retningslinjer for sammensetning og arbeidsmåte i et ACT-team. Det er krav til at et ACT-team bør ha både psykolog og psykiater i tillegg til personell som vernepleier, ergoterapeut, sosionom, psykiatrisk sykepleier o.l. Modellen har vært mye brukt i Storbritannia og USA, og det er dokumentert at behandlingsmodellen fungerer godt for den aktuelle brukergruppen.<sup>11</sup>

ACT-modellen er under utprøving i Norge. Det finnes ulike modeller for samarbeid og teamarbeid knyttet til mennesker med behov for mye oppfølging utenfor institusjon. Noen etablerer lokalt kommunesamarbeid i stedet for ACT-team, mens andre etablerer ambulans teamarbeid med elementer fra ACT-modellen.

I perioden fra 2007 og fram til 2012 ble det etablert 14 ACT-team i Norge. En midtveis evaluering av ACT-team<sup>12</sup> har vist:

---

<sup>10</sup> Distriktpsikiatriske tjenester 2011. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre. Rapport IS-2027.

<sup>11</sup> Les mer her: <http://www.napha.no/content/425/ACT-team->

<sup>12</sup> KoRus-Øst i samarbeid med Divisjon psykisk helsevern ved Akershus Universitetssykehus. Evaluering av ACT-team. Midtveisrapport 1. november 2012

Gjennomsnittlig antall liggedøgn siste 12 måneder før inntak av ACT-team var på 76 døgn, mens det i året etter inntak er redusert til 52 døgn. Det er også færre brukere som har vært innlagt i psykisk helsevern etter inklusjon i ACT-teamene, sammenlignet med andelen som var innlagt året før inklusjon (81 % versus 73 %). Det er altså en signifikant nedgang i bruk av døgnplasser etter start av oppfølging ved ACT-team.

### **Flexible ACT (FACT) - en modell fra Nederland**

FACT er en modell som bygger på ACT. Den ble til på bakgrunn av at man i Nederland fant at 80 prosent av brukerne i perioder klarer seg med lavnivå-ACT, mens 20 prosent til enhver tid har behov for tett og intensiv oppfølging fra hele teamet etter prinsippene i ACT. Ettersom forløpet svinger, kan man variere mellom høy-intensive og lav-intensive tilbud i samme team. Etablering av FACT-team ble løsningen for å sikre bedre kontinuitet og oppfølging i mer gråstrøket. Modellen ble prøvd ut i Nord-Holland (nord for Amsterdam) fra 2002.

### **Ambulante akutt-team**

I St prp nr 1 (2004 – 2005) ble det forutsatt at ambulante akutttilbud skal etableres ved samtlige DPS, organisert som ambulante akutteam. Ambulante akutteam skulle være etablert ved alle DPS innen utløpet av 2008.

Akuttnettverket konkluderer med at slike team er etablert eller er under etablering i de aller fleste DPS-områder, men at modellen fra England med portvaktfunksjon og døgnåpent tilbud i liten grad er implementert. Noen ønsker å være et lavterskeltilbud hvor pasienter og pårørende kan ta direkte kontakt, mens andre ikke åpner for dette. Kombinasjonen lavterskeltilbud og samtidig å inneha en portvaktfunksjon - er det lite kunnskap om ifølge Akuttnettverket. Arbeidsmåte varierer mellom teamene og effekten på pasienter og tjenestebruk er også lite dokumentert. Basert på internasjonal forskning er det grunnlag for å si at adekvat hjemmebehandling kan hindre innleggelse i akuttavdeling for mange pasienter når man har riktig bemanning. Det er likevel ikke sikre holdepunkter for å si at helsetilstand, risiko for selvmord, fungering og livskvalitet påvirkes.

### **Samarbeid på individnivå mellom øvrige tjenester**

Fra kartlegginger som er gjennomført i psykisk helsevern for voksne er det funnet at det for nesten alle pasientene i døgnbehandling eksisterer et samarbeid mellom behandlende enhet og en ekstern instans (Lilleeng, et al., 2009a). Pårørende, fastlege, psykisk helsearbeid, NAV Trygd og psykiatrisk poliklinikk utgjør de viktigste samarbeidspartnerne i støtteapparatet til pasienten. En eller flere blant disse instansene er involvert i 95 prosent av tilfellene. For over halvparten av pasientene er det imidlertid tre eller flere instanser som samarbeider og for en fjerdedel av pasientene er fem eller flere instanser involvert.

Kommunale tjenester, som samlet sett er involvert i samarbeid om 80 prosent av pasientene, noe mer ved DPS og mindre ved sykehus, er klart den viktigste gruppe av samarbeidende instans for døgnavdelingene. For 18 prosent av pasientene er kommunale tjenester den eneste eksterne aktør i samarbeidet. Psykisk helsearbeid og fastlegen er de viktigste bidragsyterne. Fastlegen er involvert i en tredjedel av innleggelsene ved sykehusene mot en femtedel av innleggelsene ved DPS-ene. Når fastlegen henviser en pasient er sjansen stor for at også fastlegen deltar i samarbeidet om pasienten. Fastlegen og psykisk helsearbeid er begge viktige, og en fjerdedel av pasientene har begge disse to med som samarbeidende instanser.

Blant pasientene som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern, viser kartlegging at det primært er fastlegen som henviser pasientene (65 prosent av pasientene). Døgnavdelingen eller en annen psykiatrisk poliklinikk henviser i hhv. 15 og 10 prosent av tilfellene. Ved poliklinikkene er det elleve prosent av pasientene som ikke har mottatt annen behandling for sine psykiske lidelser eller ruslidelser i løpet av de siste fem år. Dette betyr at nesten 90 prosent av pasientene som får behandling ved poliklinikkene også har hatt annet behandlingstilbud i løpet av de siste årene. Om lag 60 prosent av pasientene har hatt behandling ved annen psykiatrisk poliklinikk og omtrent halvparten har hatt kontakt med primærhelsetjenesten i løpet av det siste året (da 2008). En femtedel har vært innlagt ved døgnavdeling i løpet av det siste året, og mange av disse pasientene har også mottatt tilbud fra poliklinikk eller primærhelsetjeneste i løpet av perioden.

Ådnanes, Hatling og Grut (2005) fant at samarbeidet mellom fastlegene og *spesialisthelsetjenesten* om mennesker med psykiske lidelser var svært variabelt, og for dårlig i forhold til intensjonen i fastlegeordningen. Fastlegene opplevde på sin side dårlig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder telefonkontakt, det å få inn pasienter, og det å bistå fastlegen med råd og veiledning. Sist dette var undersøkt, altså i 2004/2005, så det ut til at fastlegene samarbeidet mer med spesialisthelsetjenesten enn med det psykiske helsearbeidet i kommunene og primært om pasienter med tyngre lidelser. Sentrale faktorer for å få til godt samarbeid virker å være: at fastlegen har *kjennskap* til de som jobber ved spesialisthelsetjenesten, at de har faste møter med dem, og lav terskel for kontakt ved behov. En barriere knyttet til samarbeid som trekkes frem, er manglende betalingsordninger knyttet til generelle møter med samarbeidende instanser (Andersson og Tingvold, 2005).

#### **4.1.2 Samarbeid mellom spesialisttjenester og kommunene på rusfeltet**

Her finnes det mye mindre tidligere forskning å bygge på, blant annet fordi det ikke tidligere er gjennomført pasientkartlegginger i TSB – noe som har gitt mye kunnskap til psykisk helsefeltet gjennom mange år.

Samarbeidsavtalene som er beskrevet i forrige avsnitt gjelder hele samarbeidet, inkludert rusfeltet. Hvor godt avtalene fungerer for ruspasientene, er det foreløpig lite kunnskap om. Fra rusfeltet har vi fått noen innspill på at avtalene er på et veldig overordnet nivå og er lite operative. Men underavtaler som er mer konkrete finnes også og de er gode og bygger på gode samarbeidsrelasjoner som er utviklet over mange år.

Fra andre fagpersoner i TSB har vi også fått innspill på at ACT-teamene ofte blir for rigide (eller eksklusive) til å ivareta de dårligste rusavhengige pasientene som bor i egne leiligheter eller mangler bolig, men vi har ikke gått nærmere inn på dette. Dette kan skyldes at de ikke tilfredsstiller diagnoseavgrensningen, for ACT modellen er definert for en bestemt målgruppe. Bakgrunnen for etablering av FACT team som er nevnt foran, er erkjennelsen av at i gruppen mennesker med alvorlige psykiske lidelser er det en stor gruppe (80 prosent) som ikke omfattes av ACT-modellen. Denne gruppen har også behov for helhetlige og tverrfaglige tjenestetilbud, men tjenester som er mer fleksible. FACT team er et case management team som baserer tjenestetilbudet på delvis individuelle tjenester og delvis teamtjenester. FACT inkluderer også ruspasienter. Fagfolk i TSB mener at ROP-pasienter kan trenge oppfølgende team av høyintensiv (tradisjonell ACT-modell) eller lav-intensivgrad avhengig av funksjonsnivå – ikke nødvendigvis alvorlighetsgrad mht psykisk diagnose.

Vi vet at ansvarsgrupper og individuell plan er en sentral del av samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste for alle pasienter med behov for omfattende koordinerte tjenester, inklusive LAR pasienter.

Somatisk oppfølging er også sentralt for denne pasientgruppen, både i form av lavterskel rustiltak i kommunene (helsetiltak), tannbehandling i fylkeskommunale tjenester og tjenester fra somatiske spesialisthelsetjenester. Dette vurderes sannsynligvis som en viktig del av det tverrfaglige spesialiserte arbeidet, men det er oss bekjent lite kunnskap om hvordan samarbeidet med de ulike tjenestene fungerer og i hvor stor grad det er udekkede behov.

## 4.2 Resultat

I pasienttellingene har vi nå informasjon om hvordan behandler/pasient i spesialisthelsetjenesten vurderer samarbeidet med kommunene rundt hver enkelt pasient.

Figur 4.1 Kjenner behandler i psykisk helsevern (PHV) godt til tilbudet i bostedskommunen?

	Antall	Andel
Svært godt	334	14
Ganske godt	719	30
Godt	456	19
Ganske dårlig	257	11
Svært dårlig	42	2
Ikke svart/vet ikke	550	23
Total	2 358	100

Det er altså relativt få som svarer at de kjenner det kommunale tilbudet dårlig. Dette kan handle om nye pasienter fra kommuner behandler ikke har samarbeidet med tidligere.

**Tabell 4.1 Er representantene fra kommunen godt kjent med tilbudet i spesialisthelsetjenesten?**

	Antall	Andel
Svært godt	249	11
Ganske godt	536	23
Godt	405	17
Ganske dårlig	65	3
Svært dårlig	13	1
Ikke svart/vet ikke	1 090	46
Total	2 358	100

I tabellen over viser svarfordelingen til behandlerne på hvor godt kommunene kjenner spesialisthelsetjenestetilbudet. Her er det mange færre som svarer at kommunene kjenner tilbudet i spesialisthelsetjenesten dårlig, men det er svært mange som svarer at de ikke vet om kommunen kjenner godt tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Dette er sannsynligvis fordi det ikke er etablert et samarbeid, noe som er tilfellet for en stor andel av pasientene.

Det viktigste datagrunnlaget i denne rapporten kommer fra åpne svar på følgende spørsmål:

Hvordan fungerer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for denne pasienten?

- Hva fungerer bra?
- Hva fungerer dårlig?
- Hva skal til for at samarbeidet og koordineringen for denne pasienten skal fungere bedre?

#### **4.2.1 Hva fungerer bra?**

Det er gitt 1 352 svar på dette åpne spørsmålet. Dette utgjør et formidabelt og svært viktig datagrunnlag. I videre analyser skal vi kode åpne spørsmål og se de i forhold til kjennetegn ved pasientene. I denne omgangen har vi lest gjennom alle svarene og fått en oversikt over hva behandler og pasient sier om samarbeidet.

Det som for mange ser ut til å fungere godt er ansvarsgrupper, individuell plan (IP) og koordinatører.

Pasienten og behandler er i mange tilfeller generelt fornøyd med samarbeidet med kommunene, men særlig dersom tilbudet de vurderer som adekvat kommer på plass. I datasettet ligger informasjon om mye udekkede behov for bolig. En hypotese er at dersom dette tilbudet kommer på plass, vurderes samarbeidet som bedre:

*Ansvarsgruppe fungerer bra. Bydelen har vært villig til å strekke seg så langt de kan.*

*Ansvarsgruppe fungerer bra. Godt samarbeid med pasienten.*

*Ansvarsgruppe fungerer godt.*

*Ansvarsgruppe fungerer godt. Bra samarbeid med barnevern.*

*Ansvarsgruppe opprettet og regelmessige møter avholdes.*

*Ansvarsgruppemøter jevnlig. Tilbud finnes/tilbys som dekker pasientens behov. (Bolit med bemanning, aktivitetstilbud).*

*Ansvarsgruppemøter, bra koordinator.*

*Ansvarsgruppemøter, fordeling av oppgaver.*

*Ansvarsgruppemøter. Dialog mellom partene mtp innleggelsler. Pas selv sier: svært bra.*

*Ansvarsgrupper. Kontinuerlig dialog. Telefonering og kommunikasjon.*

*Det ble holdt ansvarsgruppemøte med følgende tiltak: Pas har søkt støttekontakt som er på plass ved utskrivelse. Bydelen ansetter to bo-oppfølgere i et ambulant team innen psykisk helse.*

Mange har også generelt positiv erfaring rundt samarbeidet:

*Samarbeidet fungerer utmerket. Har stabil oppfølging av personer som kjenner pasienten godt.*

*Samarbeidet har fungert bra. Det ble søkt om sykehjem og hun blir tilbudt korttids plass som kan gjøres om til fast plass ved behov.*

*Samarbeidet har fungert godt. Telefonisk kontakt og nettverksmøte har vært avholdt. Pasienten kom på prioritert liste for sykehjemsplass og fikk plass på ønsket sykehjem etter 2-3 uker.*

*Samarbeidet har fungert svært godt i flere år!*

*Samarbeidet fungerer i hovedsak bra. Avholdes samarbeidsmøter og regelmessig telefonkontakt.*

*Samarbeidet fungerer så bra som det kan. Alt fungerer bra. Kommunen har alltid ringt hvis behov. Pasienten er ivaretatt.*

Det er mange som kommenterer at jevnlig kontakt på telefon er en viktig kommunikasjonsform. Noen få snakker også om telestudio, men det ser ikke ut til å være vanlig å ha i mange kommuner.

Mange sier også at de har et godt samarbeid med fastlegen og ofte er fastlegen eneste aktør fra kommunehelsetjenesten:

*Samarbeidet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten fungerer bra.*

*Samarbeidsmøte, samt lav terskel for å ringe når noe oppstår. Tanker om videre oppfølging. Kun fastlege inne fra kommunen. Pasienten skal søke om oppfølging fra psyk team i kommunen.*



*Tett oppfølging av fastlege, individualterapeut i spesialisthelsetjenesten. Korte avstander, lett å ta kontakt, kjenner hverandre. Fungerer bra.*

*Adekvat samarbeid med fastlege. Ingen andre tjenester benyttes.*

Andre ganger er det NAV som er den sentrale kommunale aktøren:

*Kun samtaler med NAV. God kommunikasjon og enighet om vedtak.*

*Nav stiller opp på møter.*

*Pasienten er i starten av et påbegynt rehabiliteringsopphold. Samarbeid med kommunene ikke etablert utover NAV-samarbeid + søknad om videre behandling under utarbeidelse.*

Eller NAV inngår i et mer komplekst samarbeid:

*Pasienten har god og jevnlig oppfølging hos ACT-team i spesialisthelsetjenesten. De hjelper godt til pasientens behov. Pas har et godt samarbeid med fastlege og NAV, pas har nylig vært til synsoperasjon.*

De som får tilbud rundt dagaktiviteter ser ut til å være fornøyd med disse:

*Støttekontakt fungerer veldig bra, i følge pasientens søster. Pasient følges opp bra av fastlegen.*

*Tilrettelagt dagtilbud tilpasset funksjon. Felles forståelse av problem og behov.*

*Bydelen har til slutt kommet med et meget bra oppfølgingstilbud til pasienten.*

*Dagsenter fungerer bra. Fritidsklubbtilbud fungerer (kommunal). Hjemmesykepleien bra. Arbeidstrening fungerer bra.*

*Godt samarbeid med aktivitetssenteret i bydelen. De tilbyr kurs og meningsfulle aktiviteter for pasienten. Hun får komme som hun er til dette tilbudet. De hjelper henne til å trene på daglig fungering. Alt i alt et veldig godt tilbud.*

Andre har behov for både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester samtidig og når vi spør hva som fungerer godt i samarbeidet har en behandler svart slik:

*Det meste. Pasienten har tilbud daglig ved vår dagpost ink.skole (gitar og spansk). Ukentlige besøk av psyk.helsearbeider fra nærliggende omsorgsbolig for prat + dosett. Bor i egen bolig. Blir fulgt opp av psykiater på poliklinikk.*

*Kontaktperson i kommunen besøker pas ved avdelingen, tar med pasient til dagsenter. Kontakt med pasient ifm med hjemmebesøk og planlagte permisjoner. Deltar i ansvarsgruppemøter, behandlingsveiledning i avdelingen, og det er tett samarbeid.*

*Pasienten har kontakt med ACT-team bestående av representanter fra bydel og DPS. Dette fungerer godt.*

*Bydel via ACT-team følger opp med tilbud. Godt samarbeid, fungerer mellom instansene.*

Mange sier også at det ikke er behov for samarbeid med kommunene:

*Så langt ikke vært samarbeid da det ikke har vært behov. Fastlege kontaktes nå i forbindelse med at pasienten snart skrives ut.*

*Aktiv ansvarsgruppe. Fastlege følger godt opp. Pasient ønsker ikke så mye oppfølging, men får noe oppfølging fra boveileder/hj.sykepleie.*

Dette med at pasienten ikke ønsker kommunale tjenester kommer hyppig opp og vi tar opp dette i neste avsnitt.

*Da pasienten selv har manglende sykdomsinnsikt og dermed nekter å motta tilbud fra primær og sekundærhelsetjenesten som han protesterer på, er det begrenset hva man kan få til av samarbeid.*

Vi ser videre på hva respondentene fungerer dårlig i i samarbeidet.

#### **4.2.2 Hva fungerer dårlig?**

Det er mange utfordringer i samarbeidet mellom kommuner og psykisk helsevern. Kort oppsummert handler dette om store avstander, kommuneøkonomi, dårlig kommunikasjonsstruktur, manglende møtedeltakelse, manglende kompetanse i kommunene og det at pasienten ikke ønsker å få hjelp.

Som vi så i forrige avsnitt kan ansvarsgrupper, IP og koordinatører utrette mye om de fungerer. Mange pasienter har ansvarsgrupper som ikke fungerer så godt. Dette handler om ulike forhold, men kanskje først og fremst at det krever organisering og prioritering av de som deltar:

*Vanskelig å få alle aktører i ansvarsgruppen.*

*Ikke fått tildelt koordinator for ansvarsgruppe enda.*

*Ansvarsgruppen opphørte.*

*De [kommunale aktører] kunne gitt beskjed når de ikke har anledning til å møte på f.eks ansvarsgruppemøte.*

*Burde hatt ansvarsgruppe, men ikke kommet i gang enda ettersom pasientens p.t er dårlig og ingen sykdomsinnsikt, gir ikke tillatelse til samarbeid.*

Det siste sitatet tyder også på at et godt samarbeid mellom ulike aktører er avhengig av at pasienten er motivert til å ta i mot hjelp. Pasienter som er innlagt i psykisk helsevern har ofte omfattende hjelpebehov, og det må lages et individuelt opplegg rundt hver enkelt person. Når noe ikke fungerer, er det ofte annet som ikke fungerer også:

*Pasient: Har tidligere forsøkt døgnbemannet bolig, pas passet ikke til dette tilbudet. Har også hatt individuell plan, denne kom aldri ordentlig i gang og er derfor avsluttet. Dette gjelder også ansvarsgruppa.*

*For utrygt miljø med rusbelastede bolig. Dette gjør pasienten utrygg og øker psykotiske symptomer.*

En del av respondentene kommer inn på at dårlig kommuneøkonomi går ut over denne pasientgruppen:

*Vi avventer tilslag på egnet bolig i pasientens hjemkommune. Pasientens hjemkommune har et svært begrenset tilbud innen PHV, etter at dagsenteret er lagt ned og stillinger står ledig i psykisk helseteam.*

*For dårlig kommunalt tilbud i forhold til boforhold. Behov for bemannet bolig, samt støttekontakt. Frustrasjon omkring dårlig kommunens økonomi.*

At det er store geografiske avstander, kan gjøre samarbeidet vanskelig:

*Det er vanskelig å koordinere samarbeidet når det er så stor avstand mellom DPS og kommunen.*

Det er heller ikke alle typer døgninstitusjoner som har gode rammer for samarbeid. Akuttposter kan ha større utfordringer enn andre:

*Akuttpost har dårlige rammer for å håndtere lengre tids oppfølging der tett kontakt med kommune er nødvendig.*

I noen tilfeller har også representant fra kommunene vært med på utfyllingen av skjema. Da kommer det frem en annen dimensjon, som viser at det kan være vanskelig for kommunene når en pasient har behov for behandling:

*Samarbeidspartner fra kommunen sier det er noe tungrodd system før pasient får innpass for behandling.*

Denne problemstillingen behandles i andre prosjekt vi holder på med, men det er opplagt viktig å se begge sider når en vurderer samarbeidet.

Det de aller fleste kommentarene på hva som fungerer dårlig i samarbeid med kommunene, er boligtilbudet for pasientene. For det første handler det om lav kapasitet, dårlig med ressurser og dårlige byråkratiske prosesser.

*Avgjørelser rundt for eksempel bolig. Trenger bedre kommunikasjon - vanskelig samarbeid med bestillerkontoret - de har ikke møtt.*

*Kommunen bruker altfor lang tid (opptil 1 år) på å behandle boligsøknader (bolig med tilsyn). De har også altfor få boliger tilgjengelige for pasienter med dobbeldiagnose. (Storby)*

*Bolig ikke klar fra kommunen (trygdebolig). Tungvint system det at pasient må møte opp på NAV for å melde flytting.*

*Kommunikasjon med kommunen i forbindelse med boligsøknad, det tar lang tid å få tildelt bolig.*

*Lang saksbehandling, lite konkrete svar/lite kunnskap, mangel på bolig, lite/intet initiativ fra kommunen.*

*Lang prosess vedrørende bolig i kommunen med tilstrekkelig daglig omsorg, trygghet for pasienten.*

*Prosess for å få tildelt omsorgsbolig er omstendelig og tidkrevende. Lite konkret rundt eksisterende tilbud og dato.*

En lang rekke respondenter mener boligtilbudet er for dårlig (for liten kapasitet) og at det er en krevende prosess å få på plass et tilbud. Vi tar her med en rekke sitater fra kartleggingen for å vise bredden i problematikken:

*Bydel har ikke mulighet til å imøtekomme det behovet pasienten har for omfattende bistand i hverdagen. Burde hatt tilrettelagt omsorgsbolig.*

*Det finnes ikke - eller finnes for lite - tilbud til personer med både alvorlig sykdom og rusproblematikk i kommunen; da spesielt boliger tilpasset brukernes behov. Dette gjelder også på DPS nivå.*

*Det mangler tilbud om døgnbemannet bolig. Førstelinjetjenesten tar lite initiativ i saken.*

*Er blitt forbigått med hensyn til å få leilighet med dusj/toalett inne i egen leilighet. Har muligheten til å flytte til kommunal bolig etter søknad pga medikamentsbytte.*

*For lite tilbud av typen aldershjem. Lite utvalg av døgnbemannede boliger.*

*For utrygt miljø med rusbelastede bolig. Dette gjør pasienten utrygg og øker psykotiske symptomer.*

*Kommunene har ikke boliger.*

*Ingen boliger, lite folk i psykiatrien. Behandlere i kommunen er utbrente. Ingen spesielle rustiltak i kommunen.*

*Ingen tilgjengelige og egnede boliger i bydel. Stadig skiftende kontaktpersoner.*

*Kapasiteten på nødvendig tilbud til pas er for lav. (bemannet bolig)*

*Klagesak grunnet manglende ivaretagelse av pasienten. Pasienten forkom i uegnet bolig, svært psykisk syk pasient med store rusproblemer.*

*Kommunal bolig. Er på venteliste. Tar tid!*

*Kommunen har brukt svært lang tid på å skaffe bolig som er tilpasset pasientens behov. Dessuten har kommunen lite tilbud om aktivitet på kveld og helg og pas har problemer med alkoholmisbruk.*

*Kommunen har få plasser i omsorgsbolig.*

*Kommunen har gitt avslag på bolig grunnet barneoppsparing på konto. Dette på tross av beboerens to psykiske sykdommer som gjør han ute av stand til å skaffe bolig på det private markedet.*

*Kommunen har ikke tilbud som møter hans form for omsorgsbolig med personal. Han er 19 år, har noe arbeidsevne.*

*Kommunen har ingen boligtilbud. Skifter kontaktperson som ikke kjenner saken. Prosessen tar svært lang tid. Kommunikasjonen er dårlig og negativ.*

*Kommunen har mange tidligere erfaringer med denne pasienten som gjør at de er svært skeptiske til å gi et tilbud i "vanlig" bemannet bolig. P.t. er han ikke utskrivingsklar, men han vil trenge et forsterket botilbud som i dag ikke finnes.*

*Lang ventetid på bemannet bolig, og ikke tilstrekkelig oppfølging.*

*Lang ventetid på kommunal bolig med døgnbemanning.*

*Lang ventetid på kommunale tilbud, både ifht bolig og arbeidstiltak.*

*Lite aktiv innsats fra kommunen iht å skaffe en kommunal bolig til pasienten.*

*Lite ressurser ved døgnbemannet bolig.*

*Liten vilje til å se at pasienten ikke klarer seg i tilbudt bolig, setter urimelige krav til pasient, pårørende og personale i bolig.*

*Mangel på egnet bolig. Ventetid på behandling - for lang.*

*Manglende tilbud vedrørende bolig i kommunen.*

*NAV bruker alt for lang tid. Dårlig botilbud fra kommune, lang venteliste, må ofte ta til takke med for dårlig bolig.*

*Noe vanskelig samarbeid med bolig.*

*Oppfølging i egen bolig er mangelfull. Mangler bolig med døgnbemanning og omfattende hjelpetilbud.*

*Pasient ønsker ikke å selge bolig. Dermed intet botilbud fra kommunen.*

*Pasienten er til stadighet meldt ferdigbehandlet, uten at kommunen klarer å legge til rette for bolig. I følge nasjonale retningslinjer er pasientens problematikk på en slik måte at det er frarådet innleggelse i mer enn 3 dager.*

*Pasienten har behov for større oppfølging ved bolig enn hva hun tilbys grunnet ressursmøter hos kommunen.*

*Pasienten har fått avslag på omsorgsbolig i kommunen. Avslag på tilsyn i helgene.*

*Pasienten har fått kommunal bolig, men har ikke tilstrekkelig oppfølging og menneskelig kontakt.*

*Pasienten trenger tryggere rammer enn nåværende bosted (bemannet bolig D/K, helg) kan gi henne.*

*Pasienten trenger vernet bolig.*

*Saksbehandler (NAV) vedr bolig har vært vanskelig å få tak i. Usikkerhet rundt boligsituasjon.*

*Samarbeid er godt, men pasienten har lett tilgang til rus når han er i bolig.*

*Sett fra behandler i spesialhelsetjenestens ståsted kan det se ut til at bemanning i den kommunale boligen trenger opprustning, både kvalitativt (mer kompetanse) og kvantitativt (flere folk).*

*Svært vanskelig å få informasjon om hvordan arbeidet i kommunen foregår med hensyn på å skaffe pasienten døgnbemannet bolig.*

*Tilbud om egnet bolig er for dårlig. Kommunen har mange ulike instanser som vet lite om hva hverandre driver med, og dette gjør systemet vanskelig å finne ut av. Og ting tar tid.*

*Utilstrekkelig bemanningsfaktor. For lite tilsyn og aktiviteter om dagen fra personalet på omsorgsboligen.*

*Vanskelig å få egnet bolig. Pasienten er uenig i tilbudet hun blir får, dvs boligen hun blir tildelt.*

*Vanskelig å komme i kontakt med rette vedkommende, særlig per telefon. Mye tid går med til kontaktetablering. Utfordrende situasjon med type bolig.*

*Venter på bolig.*

*Vi avventer tilslag på egnet bolig i pasientens hjemkommune. Pasientens hjemkommune har et svært begrenset tilbud innen PHV, etter at dagsenteret er lagt ned og stillinger står ledig i psykisk helseteam.*

*Vi mener samarbeidet ikke fungerte godt i forkant av sist innleggelse. Dette på grunn av for liten kontakt med oppfølgingsapparatet. Ved naboklager ble det ikke tatt affære/satt inn tiltak. Er utskrivningsklar og har ikke fått tilgang på omsorgsbolig.*

*Å skaffe kommunal bolig som er bemannet.*

Noen er inne på at mye kunne vært løst om samarbeidet var bedre:

*Det har vært usikkerhet vedrørende hvor godt fungerende pasienten er. Dette har vært en utfordring ift boligsituasjon. Vurdering, samt syn på medisinerings. Kunne ha vært løst i fellesmøte mulig?*

*Uenighet om hvilket omsorgsnivå som vil fungere best for pasienten mht bolig og behandling.*

Siste sitat er sentralt og en av årsakene til at så mange venter på et boligtilbud kan ligge akkurat i dette.

I en av få rapporter som er relevant for dette prosjektet, finner vi noe som kanskje kan være en viktig forklaring på uenigheten som oppstår rundt bolig. I en masteroppgave av Eirik Roos, en erfaren rådgiver i Trondheim kommune som nå er stipendiat, er følgende problemstilling inkludert:

*På hvilket grunnlag foretar sykehusansatte vurderinger av kommunale omsorgsbehov og på hvilken måte formidles disse til kommuneansatte?*

Der finner han blant annet at når spesialisthelsetjenesten "bestiller" kommunale tjenester som har et nivå utover det som kommunen kan innfri, oppstår det et forventningsgap. Kommunene har god erfaring med at pasienter ofte klarer seg med færre kommunale tjenester enn det ansatte i spesialisthelsetjenesten mener. Dette kan ha sammenheng med at behandlerne i spesialisthelsetjenesten møter pasientene når de er svært dårlig og derfor overvurderer behovet de har. I kommunene møter de pasienten mer i hverdags situasjoner og gjør andre vurderinger, ofte at de ikke trenger en døgnbemannet bolig likevel.

Dette er viktige perspektiver og det foregår noe forskning, for eksempel gjennom Eirik Roos sitt doktorgradsarbeid blant annet rundt Leistad helsehus. Det at det er behandlerne i psykisk helsevern som har definisjonsmakt i forhold til pasientenes behov, er ikke nødvendigvis det beste for pasientene. Spørsmålet om kommunene skal bygge opp mange døgnbemannede boliger eller om det finnes bedre måter å gi nødvendig omsorg på, er ett av de store spørsmålene på dette fagfeltet. Denne uenigheten kan være årsaken til at det tar lang tid før boligtilbud kommer på plass. I tillegg er dette svært ressurskrevende tjenester som tar tid å etablere. Mange vil mene at det er uverdige at pasientene forblir innlagt i psykisk helsevern fordi de venter på boligtilbud i kommunen.

Manglende sykdomsinnsikt:

*Pasienten sier han vil finne seg bolig og ordne bosted selv når tvangsmedisinering opphører. Ved seponeringer er pasient blitt økende psykotisk og innlagt på tvang igjen.*

Vi har også forsøkt å identifisere noen av årsakene til at mange pasienter vegrer seg for å ta i mot hjelp i fra kommunene. Her er noen forhold som kan belyse dette:

*Pasienten hadde IP tidligere, men valgte å avslutte denne da hun opplevde at kommunen ikke fulgte opp i praksis.*

*Liten kommune. Pasienten er bekymret for brudd på taushetsplikt og generelt for nære forhold mellom kommunalt ansatte.*

*Pasienten ønsker ikke oppfølging fra psykiatritjenesten i kommunen fordi noen av dem er omgangsvenner og han føler det blir rolleblanding dersom han benytter tilbudet.*

*Pasienten er ambivalent til hjelpeapparatet. Dette viser seg ved at han ikke møter til avtaler, er tildekkende og svært vanskelig å få en god relasjon til.*

*Pasienten nekter kontakt med kommunale tjenester utenom eventuelt tilbud knyttet til musikkterapi.*

*Pasienten ønsker selv ingen kontakt på grunn av tidligere dårlig erfaring.*

*Pasientens evne til å ta valg og holde avtaler gjør samarbeidet vanskelig.*

*Pasienten usikker på om hun har ønsket samarbeid med fastlege. Oppfordres til det. Mindre tilbud om oppfølging, pasienten ønsker utskrivelse.*

En pasient forteller om vansker med å forholde seg til mange folk samtidig:

*Mange ganger vanskelig ute i avdelingen hvis det blir for mye folk og prating. Blir fort sliten - trekker meg tilbake til rommet.*

Det er altså mange forhold som kan forklare at en del pasienter vegrer seg for å få hjelp. Små kommuner og mangel på opplevd anonymitet kan være viktige årsaker, men også at en dårlig erfaring kan ødelegge lysten til å oppsøke hjelpeapparatet og få nødvendig oppfølging. Her mangler det mye forskning som kan bidra til økt kunnskap og utvikling av gode tiltak for å motivere pasientene/brukerne til å ta i mot hjelp.

### **4.2.3 Hva skal til for at samarbeidet og koordineringen for pasienten skal fungere bedre?**

Dette er et stort spørsmål og dette må ses på som en første tilnærming der vi kun har forslag fra behandlere og pasient i psykisk helsevern. Når vi spør hva som skal til for at samarbeidet og koordineringen for den enkelte pasient skal fungere, kommer det mange forslag.

Vi starter igjen med ansvarsgrupper og mange mener det er et stort potensial for bedre samarbeid gjennom slike grupper og IP:

*At de rette instansene snakker sammen. Oppstart av ansvarsgruppe har vært en god løsning.*

*Dialog, jevnlig møter (ansvarsgrupper).*

*Flere ansvarsgruppemøter for å kartlegge pasientens behov.*

*Her vil det være fordel med en mer tydelig koordinering av samarbeid og hyppigere ansvarsgruppemøter.*

*IP, ansvarsgruppemøter.*



*Jevnlig felles evaluering av tiltak og effekt. Formalisering av samarbeidet. Undersøke mulighet for å opprette ansvarsgruppe.*

*Jevnlige ansvarsgruppemøter i kommunen, men IP kunne gjort samarbeidet bedre.*

*Jevnlige ansvarsgruppemøter med familie og kommunen.*

*Kommunen ved en koordinator oppretter en IP for/med pasienten og har større oversikt over alle de samarbeidende etater. Planlegge ansvarsgruppemøter i god tid slik at alle har mulighet til å delta. NAV bør mer inn i bildet, i tillegg til fastlegen.*

*Konstituere ansvarsgruppe. Spesialhelsetjenesten/miljøtjenesten i kommunen*

Fra pasientkartleggingen i 2012 vet vi at det er 35 prosent av pasientene det er etablert ansvarsgruppe for. Her ligger altså et tydelig potensial for å bedre samarbeidet rundt denne pasientgruppen.

Ofte er det mye som skal til på kommunesiden rundt en enkelt pasient:

*At han skal få støttetreningskontakt i kommunen. At han skal få bemannet omsorgsbolig (bemannet på dagtid). Aktivitet på dagtid, deltar på aktiv på dagtid. NAV, blir ferdig med studien sin (få støtte til å bli ferdig)*

*At kommunen/bydelen kunne tilby egnet omsorgsbolig på et tidlig tidspunkt, slik at planlegging og overføring dit sikrer at pasienten ikke blir dårligere.*

*Vi har ikke noe reelt samarbeid med kommunen. Pasientens tilstand har vært uendret i flere år. Utskrivingsprosessen treneres av kommunen fordi pasienten er i behov av omfattende og kostnadskrevenende omsorgstiltak.*

*Vi planlegger et møte med bydel for å drøfte saken og planlegge videre. Vi er nå innforstått med at et tilbud til denne pasienten er svært kostbart og vi er usikre på hvordan bydel vil forholde seg til det.*

Når det gjelder boligspørsmålet er også forslagene fra behandler og pasient mange:

*Svar på boligsøknaden, deltagelse på samarbeidsmøter.*

*Kanskje prioriteringen av mennesker som bor på institusjon på boligmarkedet. Det har vært smått med penger og innleggelsen kan ha vært lengre enn nødvendig pga mangel på bolig.*

*En godt planlagt innflytting i omsorgsbolig slik at pasientens funksjonsnivå ivaretas. Pasienten strever med tillit til hjelpeapparat og bruker lang tid på å etablere relasjoner.*

Samarbeid er krevende. De har ulike system og rutiner å forholde seg til og det er mye å huske på:

*Ved endring av rutiner må dette videregives til alle parter slik at alle involverte parter har samme forståelse for problemet.*

*Bedre rutiner rundt avtale om nye samarbeidsmøter.*

*Det kan virke som om kommunen har problemer med intern kommunikasjon og avklaringer mht vedtak.*

Det å komme tidlig inn og få gjort avklaringer, trekkes også frem som en forbedringsmulighet, også mellom spesialisthelsetjenester:

*Bedre avklaring ifht behov og hva kommunen har muligheter til.*

*Bedre rolleavklaring mellom sykehus (akuttavdeling) og lokalt DPS.*

*Samarbeidsprosjekt på gang mellom kommune og DPS poliklinikk. Psykolog fra DPS skal jobbe en dag i kommunen. Pasienten ønsker samarbeidsmøte mellom pol.behandler og psyk.spl i kommen. Behov avklaring.*

At kommuneøkonomien setter grenser for hva som er mulig å få til, er det mange som har forståelse for, men mener at det kanskje er her det må et løft til:

*Bedre kommunens økonomi og bedre organisering.*

*Bedre økonomi i kommune øremerket for slike typer oppdrag.*

*Flere ressurser til helsevesenet. Sett pasientens behov foran ressursbruk og økonomiske overskudd v/helseforetak.*

*Kommunen må ta sin del av det økonomiske ansvaret for oppfølging av pasienten.*

Fastlegene kan i noen tilfeller bidra mer, eller er det kanskje andre som skal ha en viktig rolle:

*Bedre oppfølging og tilrettelegging fra fastlege og DPS.*

*Bytte fastlege*

*En representant i kommunen som er tilgjengelig (dette eliminerer fastlegen) og som har den fulle oversikt over hvilke tilbud pasienten mottar. At behandlere i sp.h.tj har tilgang på journal fra andre beh.institusjoner.*

*Gjennom fastlege kartlegge behov for fys.oppfølging.*

*Interkommunalt samarbeid - tilbud i annen kommune, mer samarbeid mellom fastlege og poliklinikk DPS, mer samarbeid mellom DPS døgn og fastlege.*

Igjen kommer forhold rundt pasientens villighet til å ta i mot hjelp frem:

*Endre innstilling hos pasienten. Tilbudene er tilgjengelige.*

### 4.3 Oppsummering

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fungerer godt i de fleste tilfeller, vurdert av behandler og pasient. Særlig er godtfungerende ansvarsgrupper viktig for denne pasientgruppen, og at det er en koordinator som gjør en god jobb. Individuell Plan beskrives også som et viktig verktøy.

Mange får til jevnlig kontakt mellom nivåene på telefon, og de sier dette fungerer godt. Mange får også god hjelp fra NAV og i fra ACT team og andre samarbeidende grupper.

Generelt får vi inntrykk av at det er mye som fungerer godt i samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Det ser ut som at pasienter som får et godt tilpasset tilbud har stor nytte av tilbudet. Det største potensialet ligger kanskje i at pasienten samtidig får tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Noen får det til, og da oppnår man samarbeid, stabilitet og effektivitet i tjenestene i den forstand at det er den best egnede aktøren som har oppgaven. Her kan det ligge et stort potensial, men det handler også om avstander som gjør samarbeid vanskelig.

Det er også en del som i dag fungerer dårlig. Spesielt gjelder dette forhold rundt boligspørsmål. Spesialisthelsetjenesten mener det er behov for en bolig med døgnbemanning for mange av pasientene, og kommunene sliter med å bygge ut dette. Det kan også være uenighet om hvilket tilbud pasienten faktisk trenger. Prosessen med avklaring av boligspørsmål oppleves å ta lang tid og oppleves som en byråkratisk prosess. Kapasiteten vurderes å være alt for lav, men også at bemanningen i eksisterende boliger ikke er god nok. Bedre kommuneøkonomi og gode og forpliktende ansvarsgrupper ser ut til å være de viktigste forslagene i fra respondentene til hvordan samarbeidet mellom nivåene skal bedres. Om boligspørsmålene løses og avklares raskere, vil dette sannsynligvis bedre samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten rundt pasienter med psykiske lidelser og eller ruslidelser.

# Referanser

Andersson, HW og Tingvold, L (2005): Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? SINTEF-rapport STF78 A055019.

Kalseth B og Paulsen, B (2008): Strategisk samarbeid - på papir og i praksis. En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008. SINTEF-rapport A8640.

Kalseth J, Ose SO, Kalseth B, Paulsen B og Magnussen J (2013): Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. SINTEF-rapport A24136.

Karlsson B, Borg, M og Emaus, HS (2012): Ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre - En oppfølgingsstudie. Nordisk sygeplejeforskning 04/2012 s.283-296

Kaspersen, SL, Slettebak RT og Ose SO (2012): Ressursinnsats i psykisk helse- og rustjenester. Sammenstilling og analyse av personellinnsats i kommunene og spesialisthelsetjenesten i 2010. SINTEF-rapport.

Kaspersen, SL og Ose, SO (2010): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlig øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. SINTEF-rapport A14135.

Lie, T og Nesvåg, S (2006): Evaluering av rusreformen. Rapport IRIS-2006/227.

Lilleeng S, Ose SO, Bremnes R, Pedersen PB og Hatling, T (2009a): Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007. SINTEF-rapport A9712.

Lilleeng SE, Ose SO, Hjort H, Bremnes R, Pettersen I og Kalseth, J (2009b): Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008. SINTEF-rapport A11408.

Lilleeng, S (2010a). Geografisk fordeling av rusbehandling. Samdata-rapport IS-1843. Helsedirektoratet.

Lilleeng, SE (2010b). Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2010. Samdata-rapport IS-1956. Helsedirektoratet.

Lilleeng, SE, Holst, K, Skiri, JE og Urfjell, B (2010). Pasienter i TSB. Samdata-rapport IS-1862. Helsedirektoratet.

Norges forskningsråd (2009): Evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Divisjon for vitenskap, Norges forskningsråd 2009.

Ose, SO, Kaspersen, SL, Lilleeng, SE og Kalseth, J (2010): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A14167.

Pedersen, PB, Sitter, M, og Bremnes, R (2012) Distriktpsikiatriske tjenester 2011. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre. Rapport IS-2027. Helsedirektoratet.

Roos E (2010): Samhandling – et tilsiktet eller utilsiktet resultat? Hva er årsaken til at utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskrivning og hva kan gjøres? Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København for graden Master of Public

Administration 2010.

Slettebak, R, Kaspersen, SL og Ose, SO (2013): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011. SINTEF-rapport A23879.

St. meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Ådnanes, M, Hatling, T, og Grut, L (2005). Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. SINTEF-rapport A2454.

Prosjektet inkluderer analyser av følgende problemstillinger om pasienter i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):

- \* Om pasienten ikke er utskrevet, men burde vært det – hva er årsaken?
- \* Kunne innleggelse vært unngått dersom pasienten hadde ett eller flere kommunale tilbud? I så fall, hvilke tilbud?
- \* Hvordan fungerer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for den enkelte pasient?
  - Hva fungerer bra?
  - Hva fungerer dårlig?
  - Hva skal til for at samarbeidet og koordineringen for den enkelte pasient skal fungere bedre?

Datagrunnlaget er fra pasientkartleggingen som ble gjennomført i døgninstitusjoner i psykisk helsevern og i TSB i november 2012. Analysenheten er pasient, og behandler har i samarbeid med pasienten fylt ut et seks siders kartleggingsskjema.



Teknologi og samfunn  
Avd. helse, Gruppe for arbeid og helse  
Postboks 4760 Sluppen  
7465 Trondheim  
[www.sintef.no/helse](http://www.sintef.no/helse)