



*SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse*

# **Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

## **Diskusjonsrapport**

### **Forskere:**

Jorid Kalseth  
Solveig Osborg Ose  
Birgitte Kalseth  
Bård Paulsen  
Jon Magnussen



**EMNEORD:**  
Kommunal  
medfinansiering, psykisk  
helsevern, psykisk  
helsearbeid, tverrfaglig  
spesialisert  
rusbehandling,  
kommunalt rusarbeid

# Rapport

## Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### Diskusjonsrapport

**VERSJON**  
1.0

**DATO**  
2013-02-25

**FORSKERE BAK RAPPORTEN**

Jorid Kalseth, Solveig Osborg Ose, Birgitte Kalseth, Bård Paulsen (alle SINTEF), Jon Magnussen (NTNU)

**OPPDRAGSGIVER**  
KS

**OPPDRAGSGIVERS REF.**  
Rune Hallingstad

**PROSJEKTNR**  
99160103

**ANTALL SIDER OG VEDLEGG:**  
100

**SAMMENDRAG**

Tidlig i januar 2013 fullførte Helsedirektoratet arbeidet med en utredning av modeller for kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB). Med bakgrunn i kompetansen SINTEF besitter på psykisk helsefeltet og på finansieringsmodeller generelt, har KS bedt SINTEF om å bistå med en faglig vurdering av modellene som er foreslått. KS har bedt oss vurdere hvilke konsekvenser de ulike modellene kan få for:

- Målsetninger for psykisk helse og rus (ønsket videreutvikling av tjenestene)
- Pasientene
- Kommunene
- Spesialisthelsetjenesten

I første del av rapporten har vi gitt en situasjonsbeskrivelse av psykisk helse og rusfeltet, vi har sett på utvikling i kapasitet og ressursbruk både i kommunene og i spesialisthelsetjenestene. I andre del av rapporten går vi nærmere inn på de foreslåtte finansieringsordningene og vurdert disse i henhold til oppdraget.

**UTARBEIDET AV**  
Solveig Osborg Ose

**SIGNATUR**



**KONTROLLERT AV**  
Marian Ådnanes

**SIGNATUR**



**GODKJENT AV**  
Randi E. Reinertsen

**SIGNATUR**



**RAPPORTNR**  
SINTEF A24136

**ISBN**  
978-82-14-05586-3

**GRADERING**  
Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**  
Åpen



# Rapportens innhold

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.1	BAKGRUNN.....	4
1.2	HELSEDIREKTORATETS ARBEID OG FORESLÅTTE MODELLER.....	4
1.3	RAPPORTENS INNHOLD.....	5
<b>2</b>	<b>SITUASJONSBEKRIVELSE</b> .....	<b>6</b>
2.1	HVA SKILLER PSYKISK HELSE OG RUS FRA SOMATIKK? .....	6
2.2	TJENESTER TIL VOKSNE PASIENTER/BRUKERE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER.....	7
2.2.1	<i>Kommunale tjenester</i> .....	8
2.2.2	<i>Spesialisthelsetjenesten</i> .....	12
2.2.3	<i>Samarbeid mellom spesialisttjenester og kommunene</i> .....	17
2.2.4	<i>Ressursinnsats i kommunene og i spesialisthelsetjenesten</i> .....	24
2.2.5	<i>Utfordringer i dag og oppsummering</i> .....	26
2.3	TJENESTER TIL BARN OG UNGE PASIENTER/BRUKERE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER .....	28
2.3.1	<i>Kommunale tjenester</i> .....	29
2.3.2	<i>Spesialisthelsetjenesten</i> .....	33
2.3.3	<i>Samarbeid mellom spesialisttjenester og kommunene</i> .....	36
2.3.4	<i>Ressursinnsats i kommunene og i spesialisthelsetjenesten</i> .....	38
2.3.5	<i>Utfordringer i dag og oppsummering</i> .....	39
2.4	TJENESTER TIL MENNESKER MED RUSLIDELSER OG VANSKER .....	41
2.4.1	<i>Kommunale tjenester</i> .....	42
2.4.2	<i>Spesialisthelsetjenesten</i> .....	43
2.4.3	<i>Samarbeid mellom spesialisttjenester og kommunene</i> .....	46
2.4.4	<i>Ressursinnsats i kommunene og i spesialisthelsetjenesten</i> .....	48
2.4.5	<i>Utfordringer i dag og oppsummering</i> .....	49
<b>3</b>	<b>KOMMUNAL MEDFINANSIERING</b> .....	<b>52</b>
3.1	KORT OM FINANSIERINGSMODELLER .....	52
3.2	INSENTIVER OG FINANSIERING .....	53
3.3	GRUNNLAGET FOR AKTIVITETSBASERT FINANSIERING .....	54
3.4	HVA ER SPESIELT MED KMF?.....	55
3.5	KRAV TIL UTFORMING AV EN KOMMUNAL MEDFINANSIERINGSMODELL .....	56
3.6	HELSEDIREKTORATETS BEGRUNNELSE FOR KOMMUNAL MEDFINANSIERING.....	57
<b>4</b>	<b>UTVIKLINGEN I NORGE I ET NORDISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>58</b>
4.1	DANMARK .....	58
4.1.1	<i>Strukturreformen</i> .....	59
4.1.2	<i>Kommunal medfinansiering (KMF)</i> .....	60
4.1.3	<i>Noen nøkkeltall og utviklingstrekk innen psykisk helsevern (psykiatrien) i Danmark</i> .....	62
4.1.4	<i>Kommunestørrelse</i> .....	65
4.2	FINLAND.....	66
<b>5</b>	<b>MODELLERNE SOM ER FORELÅTT FOR NORGE OG VÅR VURDERING</b> .....	<b>69</b>
5.1	FORESLÅTT FRA HELSEDIREKTORATET.....	69

5.2	FORSLAG TIL DØGNMODELLER.....	69
5.2.1	<i>Modeller som gir insentiver til å fokusere på korte opphold .....</i>	69
5.2.2	<i>Modeller som fokuserer på de noe lengre oppholdene.....</i>	72
5.3	FORSLAG TIL MODELLER FOR POLIKLINIKK OG AVTALESPELISTER.....	73
5.4	FORSLAGENE FOR DØGN- OG POLIKLINISK VIRKSOMHET SETT UNDER ETT.....	74
5.5	VURDERING AV DE FORESLÅTTE MODELLENE .....	75
5.5.1	<i>Pasientprofiler: hvem "treffer" man med de ulike modellene (målgruppe)?.....</i>	75
5.5.2	<i>Kan kommunene forebygge bruk av psykisk helsevern og TSB?.....</i>	76
5.5.3	<i>Risiko for pasientene .....</i>	77
5.5.4	<i>Risiko for kommuner.....</i>	77
5.5.5	<i>Støtter modellene ønsket utvikling i tjenestene?.....</i>	78
5.5.6	<i>Vår vurdering av modellene som presenteres basert på "teoretiske" betraktninger .....</i>	79
5.6	INNRETNING PÅ KMF: STYRKE PÅ INSENTIVENE, RISIKO OG VRIDNINGSEFFEKTER.....	82
5.6.1	<i>Fordeling mellom oppholdstakst og døgntakst i en kombinert modell.....</i>	82
5.6.2	<i>Differensiering av betaling mellom sykehus og DPS?.....</i>	82
5.6.3	<i>Differensiering av betaling mellom poliklinikker og avtalespesialister? .....</i>	82
5.6.4	<i>KMF versus statlig finansiering av poliklinisk virksomhet I: andel KMF.....</i>	83
5.6.5	<i>KMF versus statlig finansiering av poliklinisk virksomhet II: ambulant virksomhet og samarbeid med kommunene.....</i>	83
5.6.6	<i>Tjenester for barn og unge .....</i>	83
5.6.7	<i>Styrke på insentiveffektene – kommuneperspektiv.....</i>	84
5.6.8	<i>Styrke på insentiveffektene – helseforetaksperspektiv.....</i>	85
5.6.9	<i>Vridningseffekter mot grupper som ikke omfattes av KMF.....</i>	85
5.7	ANDRE (SUPPLERENDE) VIRKEMIDLER.....	87
5.7.1	<i>Hvorfor KMF nå?.....</i>	87
5.7.2	<i>Utskrivingsklarepasienter.....</i>	88
5.7.3	<i>Akutt plasser .....</i>	89
5.7.4	<i>Ytterligere stimulans til samarbeid gjennom takstsystemet .....</i>	89
5.7.5	<i>Andre tiltak – stimuleringstiltak til samhandling og øremerking av midlene til forebygging.....</i>	89
5.7.6	<i>Store og små kommuner: A og B lag?.....</i>	91
5.7.7	<i>Forsøksordninger.....</i>	92
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>94</b>
	<b>REFERANSER.....</b>	<b>96</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Tidlig i januar 2013 fullførte Helsedirektoratet arbeidet med en utredning av modeller for kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB).

Med bakgrunn i kompetansen SINTEF besitter på psykisk helsefeltet og på finansieringsmodeller generelt, har KS bedt SINTEF om å bistå med en faglig vurdering av utredningsarbeidet og modellene som er foreslått.

KS har bedt oss vurdere hvilke konsekvenser de ulike modellene kan få for:

- Målsetninger for psykisk helse og rus (ønsket videreutvikling av tjenestene)
- Pasientene
- Kommunene
- Spesialisthelsetjenesten

KS ønsket også at vi gav en kort vurdering av den danske modellen, samt en vurdering av andre mulige modeller.

## 1.2 Helsedirektoratets arbeid og foreslåtte modeller

Helsedirektoratet angir følgende bakgrunn for notatet som er utarbeidet:

Helsedirektoratet oversendte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i slutten av mai 2012 en utredning om mulige aktivitetsbaserte finansieringsordninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Under dette arbeidet inngikk også en beskrivelse av mulige modeller for kommunal medfinansiering (KMF) av psykisk helsevern og TSB. Direktoratets vurdering var blant annet at det på kort sikt kunne testes ut grove modeller for kommunal medfinansiering, men at det ut fra en risikovurdering ville være hensiktsmessig med videre utredning og pilotering av aktuelle modeller.

I slutten av september 2012 ga HOD Helsedirektoratet i oppdrag å gå videre med en nærmere utredning av mulige modeller for kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og TSB, med tanke på implementering fra 2014.

Det betyr at Helsedirektoratet har hatt kort tid på dette oppdraget, noe som sannsynligvis forklarer hvorfor de ikke har inkludert en situasjonsbeskrivelse psykisk helse og rusfeltet som et rammeverk for diskusjonen.

Vi har etterspurt rapporten de henviser til i notatet (den de oversendte til HOD i slutten av mai 2012), men har fått til svar at rapporten er unntatt offentligheten. Vi har ikke fått noen begrunnelse for dette. Vi har derfor kun notatet fra Helsedirektoratet å forholde oss til og der står det:

For døgnaktiviteten er det utredet tre ulike modeller for kommunal medfinansiering:

- 1) Liggedøgnmodeller med takordninger (både øvre og nedre)
- 2) Oppholdsbasert modell og
- 3) Kombinert liggedøgn og oppholdsbasert modell

For poliklinikk og avtalespesialister er det presentert tre ulike modeller:

- 1) fast beløp per konsultasjon
- 2) prosentandel av refusjoner som knyttes til bostedskommune eller
- 3) prosentandel av refusjoner (også de som ikke knyttes til bostedskommune) fordelt til kommuner med egnet nøkkel.

### **1.3 Rapportens innhold**

Rapporten er utført med en tidsramme på 14 dager. Den inneholder en grov situasjonsbeskrivelse av psykisk helse og rusfeltet som legger grunnlaget for vurderingene (Kapittel 2). Deretter går vi gjennom det teoretiske grunnlaget for ulike finansieringsformer og hvilke krav det bør stilles til en kommunal medfinansieringsmodell (Kapittel 3). I kapittel 4 gir vi en beskrivelse av hvordan Danmark og Finland har strukturert tjenestene og deretter modellene som er foreslått for Norge og vår vurdering (kapittel 5). Konklusjonene er gitt i kapittel 6.



## 2 Situasjonsbeskrivelse

Vi savner en samlet situasjonsbeskrivelse av psykisk helse og rusfeltet i forkant av eller som en del av en utredning av modeller for kommunal medfinansiering. Hvilke modeller man foreslår og velger, bør være basert på en faglig vurdering av trender og nåsituasjon i ulike tjenestenivå. Det bør også legges til grunn en diskusjon om hva man vurderer som feil i dagens situasjon siden man ønsker å innføre nye finansielle virkemidler, hva ønskes oppnådd? Er det overforbruk av spesialisthelsetjenester som ligger til grunn slik at bruken må dempes og er kommunene i stand til å tilby alternativ til spesialistbehandling innen 2014?

Før vi kan svare på dette, må vi utarbeide en situasjonsbeskrivelse. Vi går i dette kapitlet gjennom følgende tjenester:

- Tjenester til voksne som har psykiske lidelser eller vansker
- Tjenester til barn og unge som har psykiske lidelser eller vansker
- Tjenester til mennesker med ruslidelser eller vansker

Begrep og forkortelser:

Område	Kommuner	Spesialisthelsetjenester
Psykisk helse rettet, voksne	Psykisk helsearbeid (PHA), voksne	Psykisk helsevern, voksne (PHV)
Psykisk helse rettet, barn og unge	Psykisk helsearbeid (PHA), barn og unge	Psykisk helsevern, barn og unge (PHBU)
Rusfaglige helsetjenester	Kommunalt rusarbeid (KRA)	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

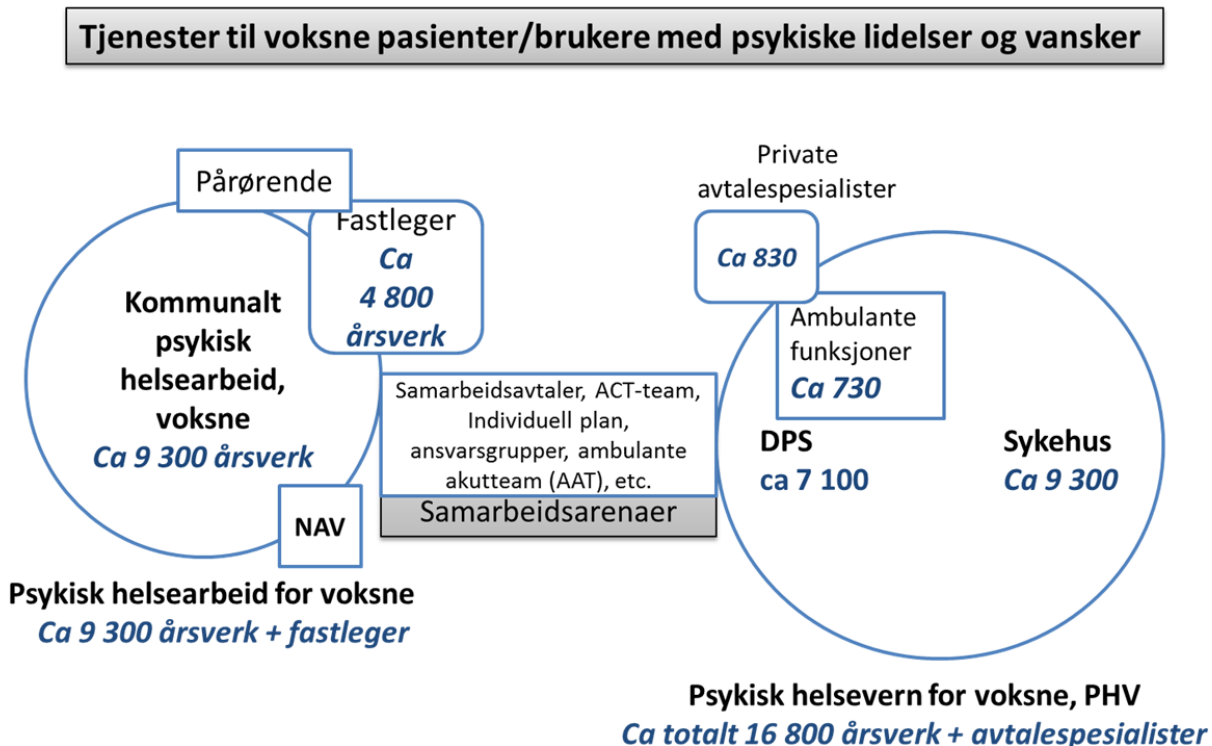
### 2.1 Hva skiller psykisk helse og rus fra somatikk?

Psykisk helse og rusfeltet er på mange måter mer komplekst enn somatiske helsetjenester. Det er for eksempel store gråsoner i hva som er behandling, hva som er utredning, forvern og ettervern. Det er glidende overganger mellom disse forløpsfasene og tidspunkt for overganger vil variere fra person til person. Arbeidsdelingen mellom psykisk helsevern/TSB og kommunene er ikke 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 distriktpsykiatriske senter (DPS) rundt i landet. I dette kapitlet skal vi forsøke å gi en overordnet beskrivelse av nivå og utvikling for å få et bilde av nåsituasjonen.

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 Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St.prp. nr. 63 (1997-1998)), Rusreformen i 2004 (Rundskriv I-8/2004), Opptappingsplan 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 Opptappingsplanen for psykisk helse, og det er i kommunene at de største endringene har funnet sted.

## 2.2 Tjenester til voksne pasienter/brukere med psykiske lidelser og vansker

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., 2010a). Vi har også funnet at det er etablert minst ett kommunalt tilbud for 64 prosent av pasientene innlagt for døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern (Lilleeng et al., 2009). Disse beregningene tydeliggjør behovet for samhandling mellom nivåene i tjenester og tiltak for mennesker med psykiske lidelser. Dimensjoneringen av tjenestene kan grovt illustreres som i figuren under:



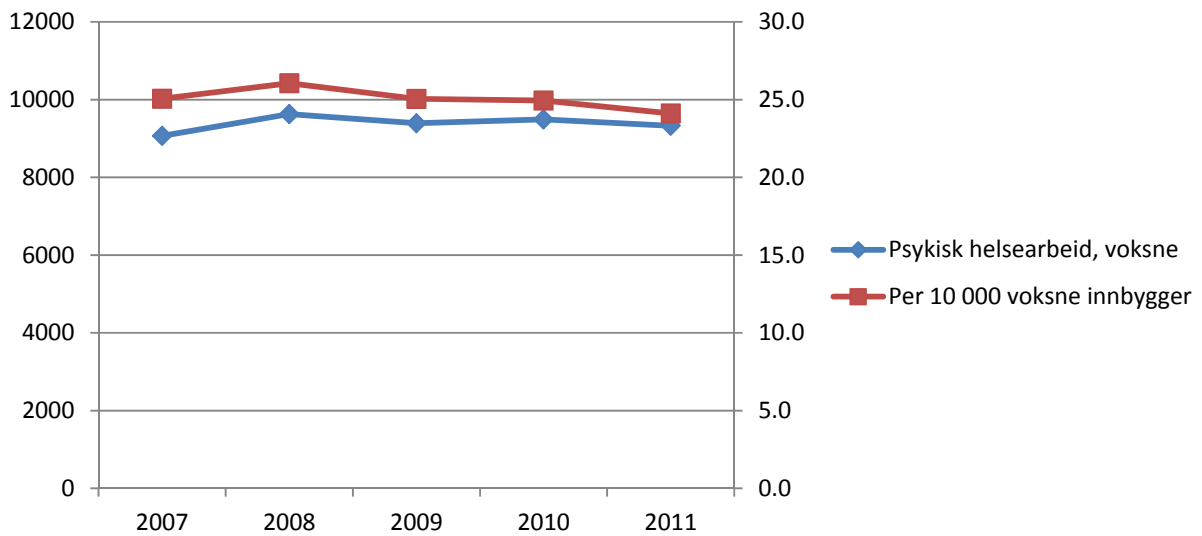
Figur 2.1 Struktur av tjenester innen psykisk helsetjenester rettet mot voksne, 2011.

### 2.2.1 Kommunale tjenester

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 har kommunene bygget opp kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser og vansker. Evalueringer etter planperioden viste at opptappingsplanmålene for psykisk helsearbeid i kommunene ble nådd på de aller fleste områdene (Norges forskningsråd, 2009; Kaspersen og Ose, 2010; Ådnanes og Halsteinli, 2009). De som er rekruttert til psykisk helsearbeid i kommunene har generelt høy utdannelse (Ådnanes og Sitter, 2007). Men Opptappingsplanen har også høstet kritikk, bl.a. for et ensrettet fokus på kvantitet foran faglig kvalitet og effekt (Legeforeningen, 2004), for å ha utelatt eldre i målgruppen (Dagens Medisin, 2009), for å operere med usikre tall (Gjertsen, 2007) og for ikke å ha endret kunnskapssyn, ukulturer og maktforhold i psykisk helsearbeid (Ørstavik, 2008). Målene i Opptappingsplanen er kritisert for å være for lite ambisiøse, og det var fortsatt udekkede behov ved utgangen av opptappingsplanperioden.

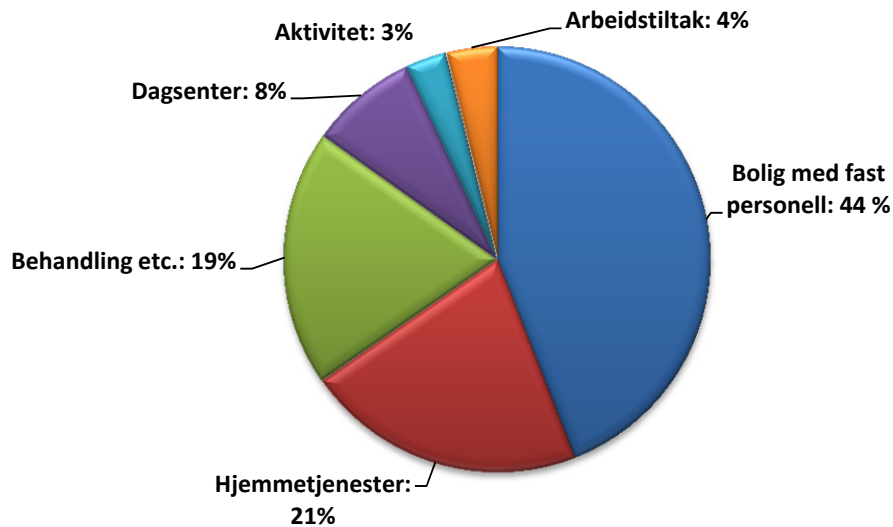
Allerede i 2006 ble det beregnet at det var behov for ytterligere 3 400 årsverk innen det psykiske helsearbeidet for å oppnå tilfredsstillende tjenester vurdert ut fra behovene som var kjent for kommunene i 2006 (Ose 2007). Nye kartlegginger viste også at det var et tilleggsbehov på rundt 2 800 boliger og 1 800 årsverk knyttet til oppfølging i bolig i tillegg til målene i Opptappingsplanen (Rundskriv IS-1/2007). I tillegg viste andre kartlegginger at det fortsatt var store udekkede behov for kommunale tjenester for mennesker med psykiske lidelser og problemer (Kalseth et al., 2008). Det ble for eksempel beregnet at 13 400 personer med psykiske lidelser og problemer hadde udekkede behov for hjemmetjenester (ibid). Basert på data fra pasientregistreringen i døgninstitusjoner ble det beregnet at ti prosent av alle med udekkede behov for hjemmetjenester, eller 1 340 personer, var alvorlig psykisk syke mennesker (døgnpasienter i psykisk helsevern), se Lilleeng et al., 2009a.

Øremerking av midlene til psykisk helsearbeid ble avsluttet i 2008 og fra 2009 inngikk midlene i rammeoverføringen til kommunene. Som vist i figuren under, er det relativt stabil årsverksinnsats i psykisk helsearbeid de siste årene, men det er tendenser til reduksjon i årsverksinnsatsen. Se rapport, Slettebak et al., 2013.



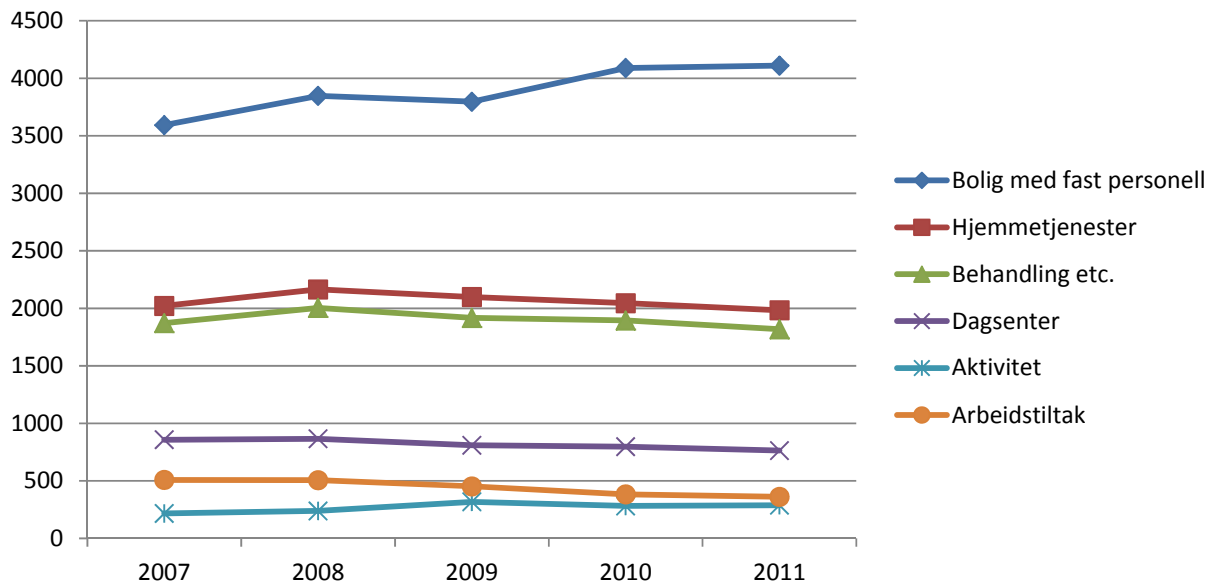
**Figur 2.2** Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne brukere, antall (venstre akse), per 10 000 innbygger (høyre akse), 2007-2011.

Årsverkene fordeler seg på ulike tjenester og tiltak. Aller størst er kategorien bolig med fast personell og i 2011 gikk 44 prosent av årsverkene til disse tjenestene, se neste figur. Om lag hvert femte årsverk går med til hjemmetjenester.



**Figur 2.3** Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne brukere fordelt på ulike tjenester og tiltak, 2011.

Kommunene fordeler årsverkene på de ulike tiltakene etter behovene i befolkningen (se Ose et al., 2011).



**Figur 2.4 Antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne brukere fordelt på ulike tjenester og tiltak, 2011.**

Figuren viser at kommunene samlet sett i større og større grad bruker midlene på bolig med fast personell og i mindre og mindre grad på støttetjenester som hjemmetjenester,<sup>1</sup> behandling etc.,<sup>2</sup> dagsenter/aktivitetssenter (lavt og nedgang), aktivitetstiltak<sup>3</sup> (økende trend) og arbeidstiltak og arbeidsforberedende aktiviteter (nedgang – kan skyldes at kommunene overlater mer til NAV).

### Fastlegen

Fra kommunalt psykisk helsearbeid vet vi at det samarbeides mye med fastlegene og at fastlegene er et viktig bindingspunkt mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester for mennesker med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Tall fra NAVs Konsultasjonsstatistikk for fastlegekonsultasjoner etter diagnosekapittel, viste at 9,8 prosent av alle konsultasjonene var knyttet til psykisk sykdom eller symptomer (Nossen, 2007). Psykiske vansker og lidelser er dermed den fjerde vanligste kontaktårsaken hos

<sup>1</sup> Hjemmetjenester ble ikke skilt ut som en egen kategori før i 2009, men basert på fordelingen mellom tiltak i 2009 har vi beregnet årsverkene for 2007 og 2008 for hjemmetjenester.

<sup>2</sup> Dette er antall årsverk som ytes til behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse (tiltak både organisert for grupper og individuelle tiltak). Omfatter også årsverk til støttesamtaler, ansvarsgrupper og veiledning.

<sup>3</sup> Dette er aktiviteter, kultur og fritidstilbud rettet mot personer med psykiske vansker/lidelser som aktiviseringstiltak, kultur og fritidstilbud, f.eks. miljø- og fritidskontakter, trimtiltak, turgrupper, teater-/konsertdeltakelse, støttegrupper.

fastleger i Norge, etter muskel og skjelett, hjerte-kar og luftveisproblemer (ibid). Selv om kvinner går hyppigere til lege enn menn, viser tallene at andelene etter ulike diagnosegrupper er relativt lik for kvinner og menn (ibid).

Den forskningen som finnes om fastleger og psykisk helse, er særlig fra perioden 2004-2006. En spørreundersøkelse blant 487 fastleger viste at relativt mange av fastlegene opplever at de har "noen" grad av kompetanse til å gi pasientene god oppfølging, mens få opplever stor grad av kompetanse (Ådnanes og Bjørngaard, 2006). Den samme studien viste at fastlegene primært har kompetanse på lettere lidelser. Pasientene på sin side etterlyste fastleger med både medisinsk og *relasjonell* kompetanse. Fastlegene erkjente for snart ti år siden behovet for økt kompetanse og veiledning på området, men de var skeptiske til bistand fra spesialisthelsetjenesten (Ådnanes, Hatling og Grut, 2005). De ønsket heller å bruke sine egne legekontakter. De samarbeidende instansene gav også uttrykk for at det trengs kompetanseheving blant fastlegene når det gjelder psykisk helseproblematikk (Ådnanes Hatling og Grut, 2005; Andersson og Tingvold, 2005). Det ble også fremhevet at kompetanseutveksling på dette området må være tilpasset en travel hverdag, og det er sentralt at de som bistår fastlegene har høyere kompetanse enn fastlegene selv. Det ble også anbefalt at kompetanseutveksling bør sees i sammenheng med det generelle samarbeidet mellom helsetjenestene. I 2012 har vi gjennom kvalitative data fra 90 prosent av kommunene sett et mye mer positivt bilde av samhandlingen mellom kommunalt psykisk helsearbeid og fastlegene (Slettebak et al., 2013), og i 2013 innhentes det grundigere tall på dette.

### **Nyere satsninger – Rask psykisk helsehjelp**

12 kommuner har mottatt tilskudd knyttet til etablering av Rask psykisk helsehjelp. Det skal i følge nettsidene til Helsedirektoratet være et tilbud til personer over 18 med lettere til moderate problemer med angst og depresjon. Dette skal være et gratis lavterskeltilbud som gir direkte hjelp uten henvisning fra lege. Målet er at folk skal få et tilbud innen én til to uker slik at problemene ikke setter seg og de skal benytte kunnskapsbaserte metoder i utredning og behandling. Behandlingen baserer seg på veiledet selvhjelp og kognitiv terapi. Rask psykisk helsehjelp skal drives av tverrfaglige team hvor det overordnede ansvaret ligger hos en psykolog. Samhandling med fastleger, spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale tjenester vil stå sentralt og tilbudet kan etableres i tilknytning til frisklivssentraler, lokalmedisinske tjenester, Familiens hus m.v. Det er en forutsetning at tilskuddet bidrar til å øke det samlede tilbudet innen psykisk helse i kommunen. Vi kjenner ikke til om satsningen er planlagt evaluert.

### **Kommunalt tilbud til etterbehandling av pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten.**

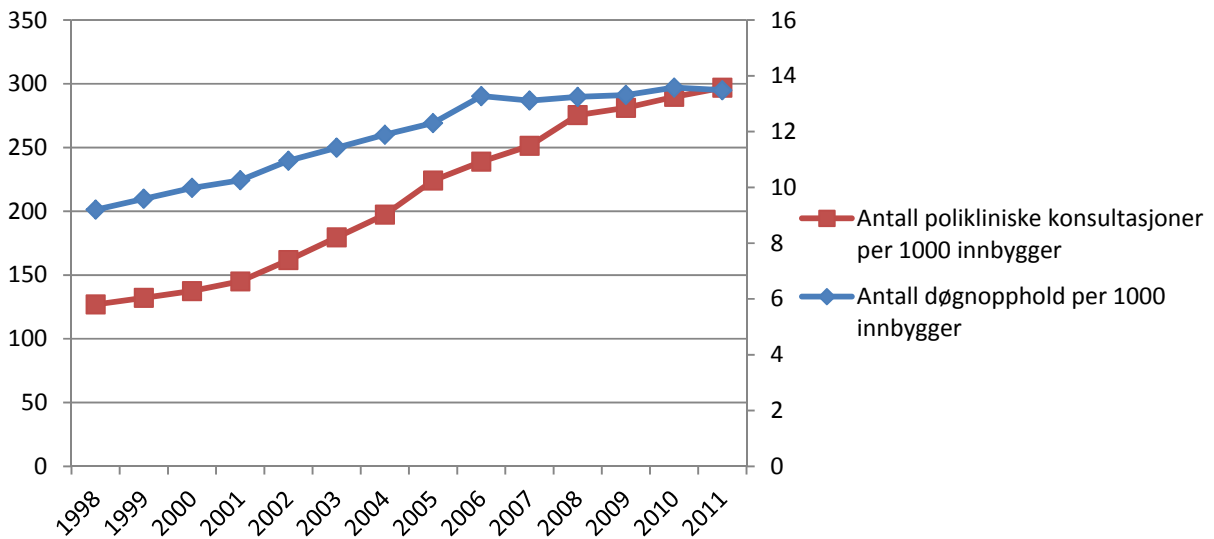
I flere kommuner er etterbehandlingstilbud til pasienter med behov for hjelp til å mestre overgangen fra institusjon til egen bolig etablert eller under prosjektering. Formålet er å sette pasienten bedre i stand til å mestre de utfordringer en overgang fra institusjonslivet til et mest mulig selvstendig liv i eget hjem innebærer. Som en del av tilbudet er det gjerne opprettet et antall trygghetsplasser – et lavterskel tilbud til pasienter som midlertidig trenger tettere oppfølging etter utflytting. At mennesker er innlagt lenge og ofte på sykehus kan for eksempel resultere i at de mangler trening i den praktiske hverdagen. Etterbehandlingen er dermed ikke et aktivt psykiatrisk behandlingstilbud, men fokus på funksjonell opplæring og hjelp i forhold til praktiske problemer og alminnelig sosial fungering.

Noen kommuner har også intermediærplasser for å kunne skrive pasienten ut fra sykehus og skape rom for vurdering og tilrettelegging av bolig og tjenester i kommunene. Et eksempel er Østbyen Helsehus, Leistad i Trondheim hvor utskrivningsklare pasienter får opphold inntil 4 uker (etterbehandling). Ved Leistad er det også kommunale kriseplasser som disponeres av ambulerende team for å hindre innleggelse i sykehus. I tillegg er det trygghetsplasser-/brukerstyrte plasser for at personen kan legges inn for å skjerme seg ved opplevd forverring/krise.

Det er vanskelig å finne forskning på dette, men vi fant en studie publisert i 2008 (Heskestad og Tytlandsvik, 2008). Studien viste gode resultater av å omgjøre to senger i en sengepost til brukerstyrte kriseplasser. De fant at innleggelsesfrekvensen økte, men samlet innleggelsestid falt med 33 prosent. Samlet tid for tvangsinnleggelse ble om lag halvert. Gjennomsnittlig benyttet pasientene kriseplassen knapt fem ganger per år, og varigheten av hvert kriseopphold var på 2,5 døgn (ibid).

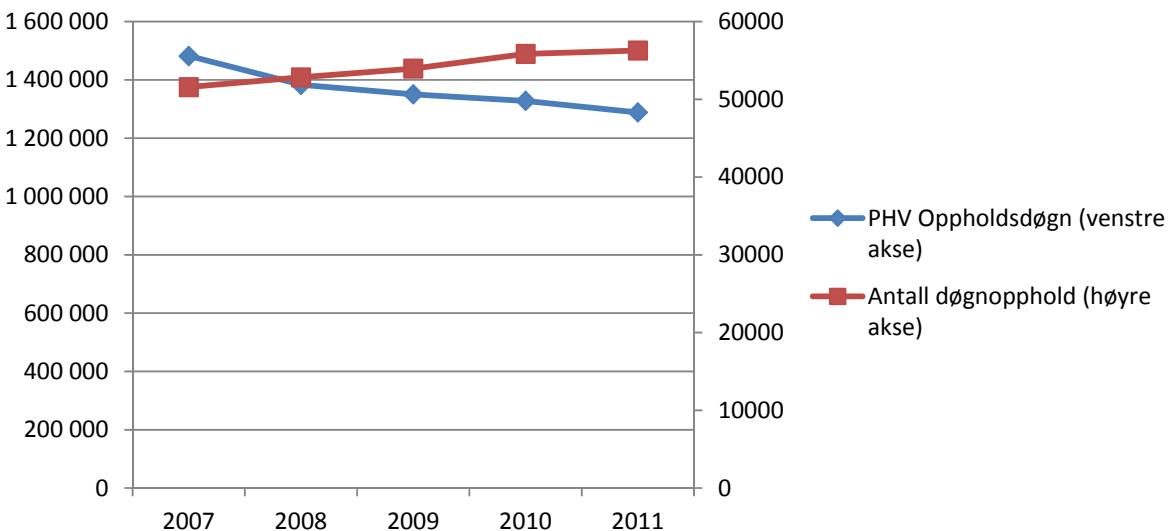
#### **2.2.2 Spesialisthelsetjenesten**

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse har spesialisthelsetjenestene også blitt kraftig utbygget. Antall døgnopphold har økt sterkt i perioden fra starten av planperioden i 1998, også når vi tar hensyn til befolkningsveksten, se figuren under. Etter at Opptappingsplanperioden var over i 2008, har det vært en utflating i antall døgnopphold.



**Figur 2.5 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger (venstre akse) og antall døgnopphold per 1000 innbygger (høyre akse) i psykisk helsevern for voksne, 1998-2011.**

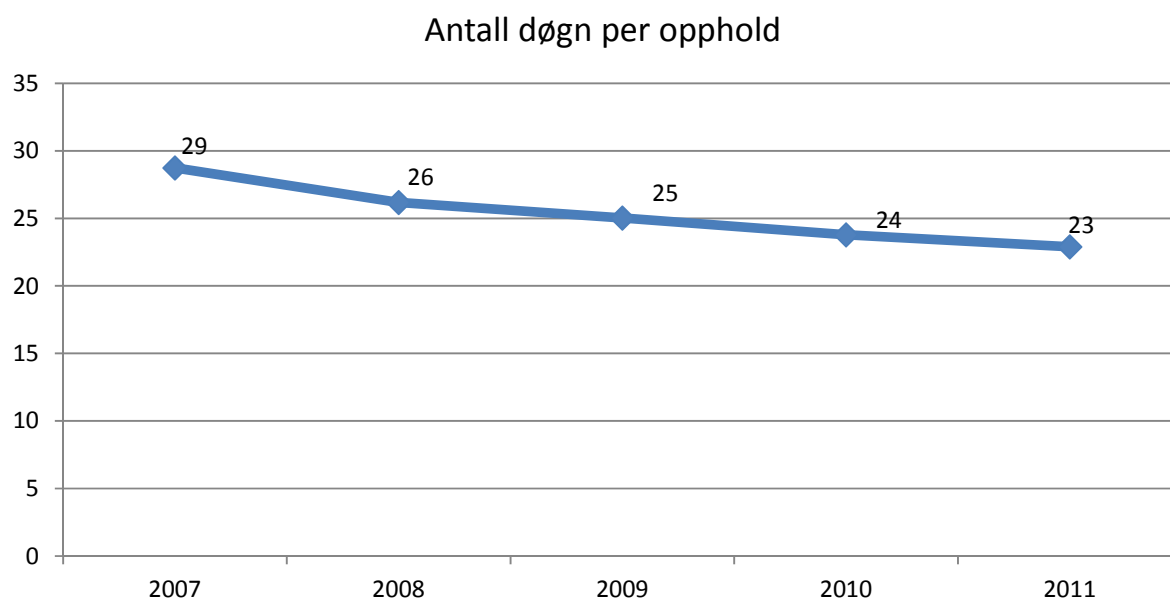
Antall polikliniske konsultasjoner har også økt kraftig siden starten på Opptrappingsplanen i 1998, og denne veksten har fortsatt også videre. Antall døgnopphold øker altså, men antall oppholdsdøgn går stadig ned.



**Figur 2.6 Antall oppholdsdøgn (venstre akse) og antall døgnopphold (høyre akse) i psykisk helsevern for voksne, 2007-2011.**



Antall døgnopphold er det samme som antall utskrivninger i psykisk helsevern.<sup>4</sup> I figuren under har vi beregnet gjennomsnittlig antall døgn per opphold (uveid). Vi finner ikke tall for median varighet, men det hadde sannsynligvis vært det beste målet.



**Figur 2.7 Gjennomsnittlig (uveid) antall døgn per opphold, 2007-2011.**

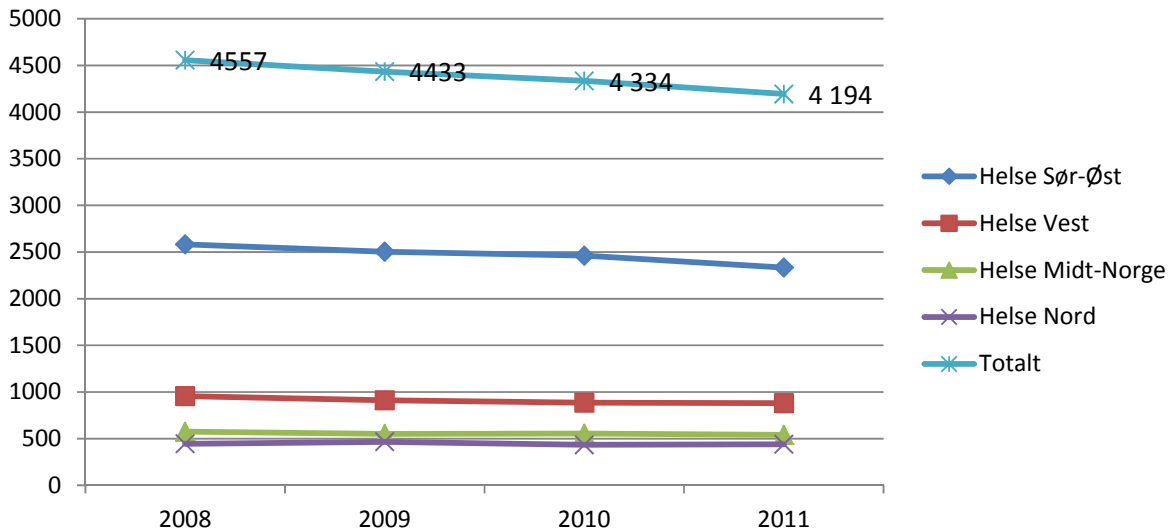
Nedgangen i gjennomsnittlig oppholdstid kan både skyldes færre langtidsplasser, relativt flere med lettere lidelser, større andel svært korte opphold, avkorting/oppsplitting av opphold, for eksempel overføringer fra sykehus til DPS som dermed telles som to opphold, eller det kan være redusert oppholdstid generelt. Når mange kommuner melder om at pasientene skrives ut tidligere enn før fra spesialisthelsetjenesten, og at de er svært syke og har store hjelpebehov når kommunene tar over (Slettebak et al., 2013), antar vi at en del av nedgangen skyldes raskere utskrivning enn tidligere - av sammenliknbare pasienter.

Figuren over viser at det er en sterk nedgang i gjennomsnittlig lengde på oppholdene de siste årene, fra 29 dager til 23 dager på fire år. Dette tilsvarer en reduksjon på over 20 prosent.

---

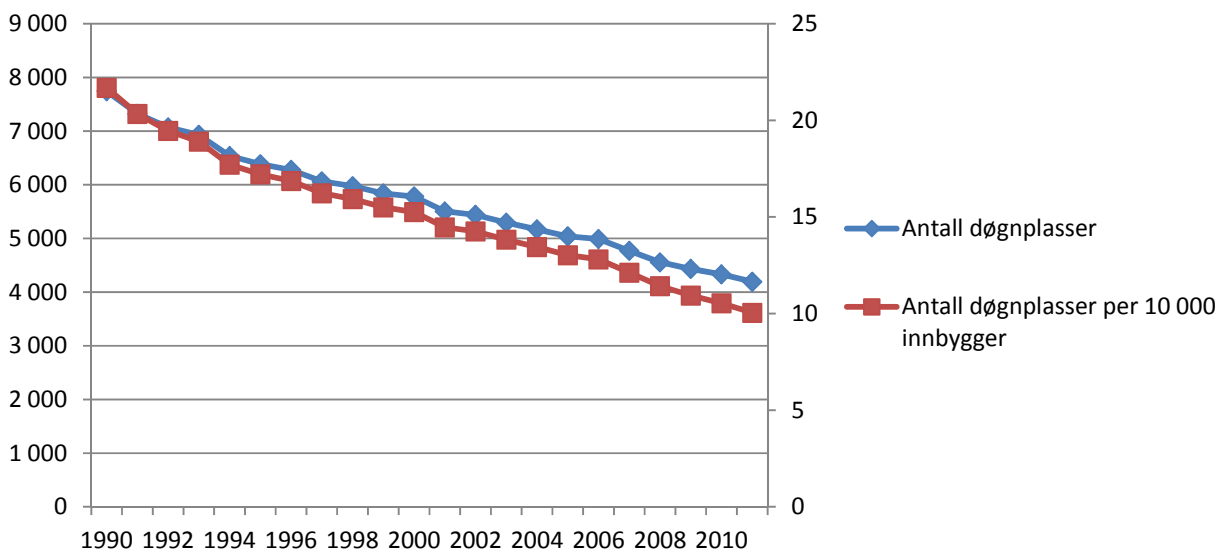
<sup>4</sup> Utskrivninger og innleggelser kan regnes om til døgnopphold ved å legge til hhv antall pasienter ved årsslutt og antall pasienter ved årets begynnelse. Antall pasienter ved starten og slutten av året er tilnærmet lik det respektive antall døgnplasser multiplisert med beleggsprosent på de to tidspunktene.

Mange kommuner melder også om at det forsvinner døgnplasser i psykisk helsevern (ibid). Vi ser derfor på utviklingen i antall døgnplasser siden 2008. Her finnes informasjon på helseregion nivå, og utviklingen er vist i neste figur.



**Figur 2.8 Antall døgnplasser for voksne i psykisk helsevern, 2008-2011. Helsedirektoratet.**

På nasjonalt nivå, finnes det oversikt over antall døgnplasser helt tilbake til 1990 og nedgangen er tydelig – og i tråd med helsepolitiske målsetninger.



**Figur 2.9 Antall døgnplasser for voksne i psykisk helsevern, 2008-2011. SSB**

Fra DPS-rapporten som kom fra Helsedirektoratet i oktober 2012, er det tall på utviklingen i årsverksinnsats i sykehus og i DPS-er (Pedersen et al., 2012).

**Tabell 1 Registrert personellinnsats etter institusjonstype og driftsform i det psykiske helsevernet for voksne<sup>1</sup>. Årsverk 2007 til 2011**

Institusjonstype/driftsform	2007	2008	2009	2010	2011	Endring 2007-2011	
						Absolutt	Prosent
<b>Sykehus</b>							
avdeling	9 097	8 998	8 466	8 531	8 757	-340	-4
poliklinikk	506	503	464	505	417	-90	-18
ambulant	74	75	107	169	126	52	70
<b>Totalt</b>	<b>9 677</b>	<b>9 576</b>	<b>9 037</b>	<b>9 205</b>	<b>9 299</b>	<b>-378</b>	<b>-4</b>
<b>Distriktpsykiatriske tilbud</b>							
avdeling	4 433	4 376	4 100	4 016	4 320	-113	-3
poliklinikk	2 087	2 277	2 193	2 181	2 216	129	6
ambulant	230	211	393	552	600	370	161
<b>Totalt</b>	<b>6 750</b>	<b>6 865</b>	<b>6 686</b>	<b>6 749</b>	<b>7 136</b>	<b>386</b>	<b>6</b>
<b>Andre døgninstitusjoner</b>							
avdeling	268	279	350	318	308	40	15
poliklinikk	5	6	10	11	23	18	353
ambulant	0	0	1	1	1	1	-
<b>Totalt</b>	<b>273</b>	<b>286</b>	<b>361</b>	<b>329</b>	<b>331</b>	<b>59</b>	<b>22</b>
<b>Alle institusjoner</b>							
avdeling	13 798	13 653	12 916	12 865	13 385	-413	-3
poliklinikk	2 598	2 786	2 668	2 697	2 655	57	2
ambulant	304	287	500	721	727	423	139
<b>Totalt</b>	<b>16 700</b>	<b>16 726</b>	<b>16 084</b>	<b>16 283</b>	<b>16 767</b>	<b>67</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Innsamlingsmetoden for personelldata ble lagt om fra 2008 til 2009. Sannsynligvis som en følge av dette ble den registrerte personellinnsatsen innenfor det psykiske helsevernet for voksne redusert med 6-42 årsverk fra 2008 til 2009, først og fremst ved sykehusene (ca 5-40 årsverk nedgang). Fra 2011 antas tallene igjen å være rimelig komplette.

**Tabell 2 Registrert personellinnsats etter institusjonstype og driftsform i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentvis fordeling 2007 til 2011**

Institusjonstype/driftsform	2007	2008	2009	2010	2011	Prosentdifferanse 2007-2011
avdeling	54	54	53	52	52	-2
poliklinikk	3	3	3	3	2	-1
ambulant	0	0	1	1	1	0
<b>Totalt</b>	<b>58</b>	<b>57</b>	<b>56</b>	<b>57</b>	<b>55</b>	<b>-2</b>
<b>Distriktpsykiatriske tilbud</b>						
avdeling	27	26	25	25	26	-1
poliklinikk	12	14	14	13	13	1
ambulant	1	1	2	3	4	2
<b>Totalt</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>43</b>	<b>2</b>
<b>Andre døgninstitusjoner</b>						
avdeling	2	2	2	2	2	0
poliklinikk	0	0	0	0	0	0
ambulant	0	0	0	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Alle institusjoner</b>						
avdeling	83	82	80	79	80	-3
poliklinikk	16	17	17	17	16	0
ambulant	2	2	3	4	4	3
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0</b>

Fra tabellene over ser vi at andelen av personell i DPS har økt fra 40 prosent i 2007 til 43 prosent i 2011. Det er altså ikke en utvikling som går svært fort, men dette vil være omstillinger som vil ta tid. Det er samtidig en nedgang i tre prosentpoeng i andel årsverk som utføres på sykehus (fra 58 til 55 prosent).

Generelt ser vi at fordelingen mellom døgnavdelinger, poliklinikk og ambulant virksomhet er endret fra 2007 til 2011, der nå 4 prosent av årsverksinnsatsen går til ambulant virksomhet mot 2 prosent i 2007. Dreiningen har altså vært fra døgnavdelinger til ambulant virksomhet og dette er også i tråd med helsepolitiske målsetninger.

### **2.2.3 Samarbeid mellom spesialisttjenester og kommunene**

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>5</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. Det finnes mer kunnskap om samarbeidet på individnivå, men først litt om de formelle samarbeidsavtalene som alle helseforetak og kommuner ble pålagt å ha på plass innen (medio) 2012. Regulert av § 6-1 i helse og omsorgstjenesteloven.

Avtalene består av:

- A. Overordnet samarbeidsavtale mellom helseforetak/kommuner
- B. Tjenesteavtaler mellom helseforetak/kommuner. Disse omtales i § 6-2 i helse- og omsorgstjenesteloven og setter krav til innhold i avtalene:
  - Avtalen skal som et minimum omfatte:
    - 1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,

---

<sup>5</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.

2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
  3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
  4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
  5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
  6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
  7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
  8. samarbeid om jordmortjenester,
  9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
  10. samarbeid om forebygging og
  11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.
- Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres. Endret ved lov 22 juni 2012 nr. 46.

C. Særavtaler/ retningslinjer mellom helseforetak/kommuner for bestemte pasientgrupper/områder. F eks en egen for psykisk helse og rus.

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 f eks 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 bekrivelser av uklare ansvarsforhold og mangel på forankring på systemnivå (St.meld.nr47. 2008-2009). Se også Kalseth og Paulsen, 2008.

## **Samarbeid på individnivå**

### **Ambulante team**

I perioden 2006 til 2010 økte antall årsverk knyttet til ambulante team i psykisk helsevern for voksne med 224 prosent (487 årsverk). 470 av disse kom ved DPS'ene. I 2010 utgjorde årsverkene totalt fire prosent av årsverkene i psykisk helsevern for voksne, og fire prosent av årsverkene i DPS. Helse Nord hadde dobbelt så mange årsverk per 10 000 innbygger som

i andre deler av landet. (Helsedirektoratet Rapport IS-1926: Distriktpsikiatriske tjenester 2010. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre).

### **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 innleggelse 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>6</sup>

ACT-modellen er under utprøving i Norge og ble organisert som et prosjekt finansiert av Helsedirektoratet for perioden 2009-2012. Tilskuddsordningen fra Helsedirektoratet fortsetter i 2013. Det kan søkes om inntil to millioner kroner og det forutsettes egenfinansiering i tillegg. Det forutsettes videre et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag (ideelt ca 90 000 innbyggere og 100 pasienter i hht modellen), men det settes ikke noe krav i utlysingen, da geografi og demografi varierer. Samarbeidende kommuner og DPS skal anses som likeverdige parter. Ordningen evalueres og evalueringsperioden går fra 2010-2014 (KoRus-Øst og Akershus universitetssykehus). Det er kommet en midtveisevaluering som vurderer utvikling etter første driftsår. Denne viste at ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt og de fleste er organisatorisk forankret i DPS. Noen bykommuner har valgt å forankre teamet i kommunen, og med ansatte fra begge nivå. Andre sentrale funn fra rapporten<sup>7</sup> er at:

- Det er relativt store forskjeller mellom teamene både når det gjelder størrelse på opptaksområde og sammensetning av teamene
- I alt har 349 brukere mottatt tjenester fra 12 ACT-tem hele det første året teamene har vært i drift (Det største 54 brukere, det minste 13). 533 brukere ble henvist første driftsår.
- Teamene inkluderer personer med alvorlig psykisk lidelse (ca 90% schizofreni/bipolar lidelse)

---

<sup>6</sup> Les mer her: <http://www.napha.no/content/425/ACT-team->

<sup>7</sup> KoRus-Øst og Akershus universitetssykehus. Evaluering av 12 ACT-team. Midtveisrapport.

- Andel innlagt før inklusjon var 81% og etter 73% (signifikant nedgang)
- Modelltrofasthet: Nesten alle teamene jobber oppsøkende slik modellen tilsier. Kravene til drift og struktur ihht modellen er i høy grad implementert, mens kravene til kjernebemannning og kjernetjenester i moderat grad er implementert. Individuelt tilpassede behandlingsplaner, kunnskapsbasert praksis og spesialistbemannning er mindre implementerte i de norske ACT-teamene. Evaluator konkluderer i sum med at status gjenspeiler at ACT er i tidlig fase, og at man er på riktig vei.
- De norske teamene er små – i gjennomsnitt under 30 brukere. Dette kan gjøre det vanskelig for teamene å ha tilstrekkelige ressurser til å dekke spesialistroller og spesialistaktiviteter i tråd med modellens krav. Tildels små stillingsandeler gjør det vanskelig å rekruttere.
- Teamene hadde i gjennomsnitt to kontakter med hver bruker per uke. Og gjennomsnittlig varighet ca 1 time. Ved 13,6% av kontaktene deltok andre - hyppigst var personal døgnavdeling DPS, psykiatri/rustjenester i kommune/bydel, NAV og fastleger.

Det finnes ulike modeller for samarbeid og teamarbeid knyttet til mennesker med behov for mye oppfølging utenfor institusjon. Noen etablerer lokalt kommunesamarbeid istedet for ACT-team, mens andre etablerer ambulerende teamarbeid med elementer fra ACT-modellen.<sup>8</sup>

### **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 gravgrendte strøk. Modellen ble prøvd ut i Nord-Holland (nord for Amsterdam) fra 2002.<sup>9</sup>

### **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.

---

<sup>8</sup> se feks <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaff-deg-kunnskap-om-ambulante-team>, <http://www.trondheim.kommune.no/part/> <http://www.notteroy.kommune.no/artikkel.aspx?Mid1=137&Aid=654>

<sup>9</sup> Se mer på <http://psykiskhelsearbeid.no/fact/>

Ambulante akutt-tjenester ved DPS (distriktpsikiatriske sentre) skal sikre en bedre, mer helhetlig og tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til personer i akutte psykiske krisesituasjoner. Kjennetegn ved Ambulant akutt-team er i følge Akuttnettverket<sup>10</sup>:

- Teamet gjør vurdering og gir hjemmebehandling fra spesialisthelsetjenesten
- Er et tilbud om tverrfaglig spesialisert helsehjelp i pasientens bolig og nærmiljø
- Teamet aktiveres når pasienten er i ferd med å bli lagt inn som øyeblikkelig hjelp i sykehusavdeling
- Har spesialistkompetanse i teamet med psykiater og psykologspesialist i tillegg til annen tverrfaglig kompetanse

Målgruppe er personer i akutte psykiske kriser som:

- Førstegangpsykose
- Psykotisk sammenbrudd hos personer med kjent psykotisk lidelse
- Suicidale kriser
- Alvorlig depresjon
- Rusrelatert psykisk krise
- Andre alvorlige kriser

Dette er pasientgrupper som i stor grad ville bli innlagt uten akutt-teamtilbud.

Mål for ambulante akutt-team:<sup>11</sup>

- Tilstrebe å ha døgnåpent syv dager i uka
- Vurdere alle potensielle innleggelse til døgnplass i psykiatrisk avdeling (portvakt)
- Ha rask reaksjon
- Ha høy grad av tilgjengelighet
- Ha høy tverrfaglig kompetanse
- Kunne besøke pasienten inntil fire ganger daglig
- Tilby hjemmebehandling i samarbeid med pasient, pårørende og andre helsetjenester
- Være et reelt og troverdig alternativ til innleggelse
- Jobbe med pasienten inntil akuttfasen er over og denne kan overføres til annen relevant tjeneste, oftest innen fire til seks uker
- Muliggjøre tidlig utskriving

Det er besluttet at alle DPS-områder skal ha ambulante akutt-team i løpet av 2013. I dag har de fleste av de 74 DPS-ene et slikt team. I 2011 hadde 64 DPS-er en eller annen form for ambulant virksomhet (Pedersen et al., 2012).

---

<sup>10</sup> Ved Avdeling for forskning og utvikling/Divisjon psykisk helsevern/Akershus universitetssykehus.

<sup>11</sup> <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/hva-skal-ambulante-akuttteam-s%C3%B8rge-for>



Det er også en sterk forventning om at DPS-ene skal ha et døgnbasert akutt-tilbud i løpet av 2013. Så langt har akutt-teamene i hovedsak operert på dagtid, og en del har kveldsåpent. I en kartlegging fra 2010 var det bare ett team som hadde døgnåpent tilbud (Karlsson et al., 2012). I Akuttnettverkets anbefalinger for ambulante akutt-team i psykisk helsevern i Norge (1.3 2012) oppsummeres kunnskap om utvikling og egenskaper ved AAT i Norge. Akuttnettverket anbefaler regulær åpningstid dag/kveld/helg pluss åpningstid på natt, men eventuelt i samarbeid med andre (ha beredskap). Dette er fulgt opp i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene hvor RHF-ene forventes å etterkomme styringssignalet om døgnbasert akuttfunksjon på DPS og at alle DPS har ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.

I Akuttnettverkets gjennomgang kommer det fram at sammensetningen av teamene varierer mye. Det er flest sykepleiere og tilgangen på psykiater/psykolog er ulik. Det antas også at teamene ikke bare behandler de som står i fare for å bli akuttinnlagt. Det vises blant annet til en studie som viste at kun 14 % av pasientene hadde symptomer på psykose, en annen studie viste at et team i hovedsak behandlet pasienter med moderat alvorlige lidelser, og at de alvorligste ble lagt inn i akuttavdeling.

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 samarbeidspartnere 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.

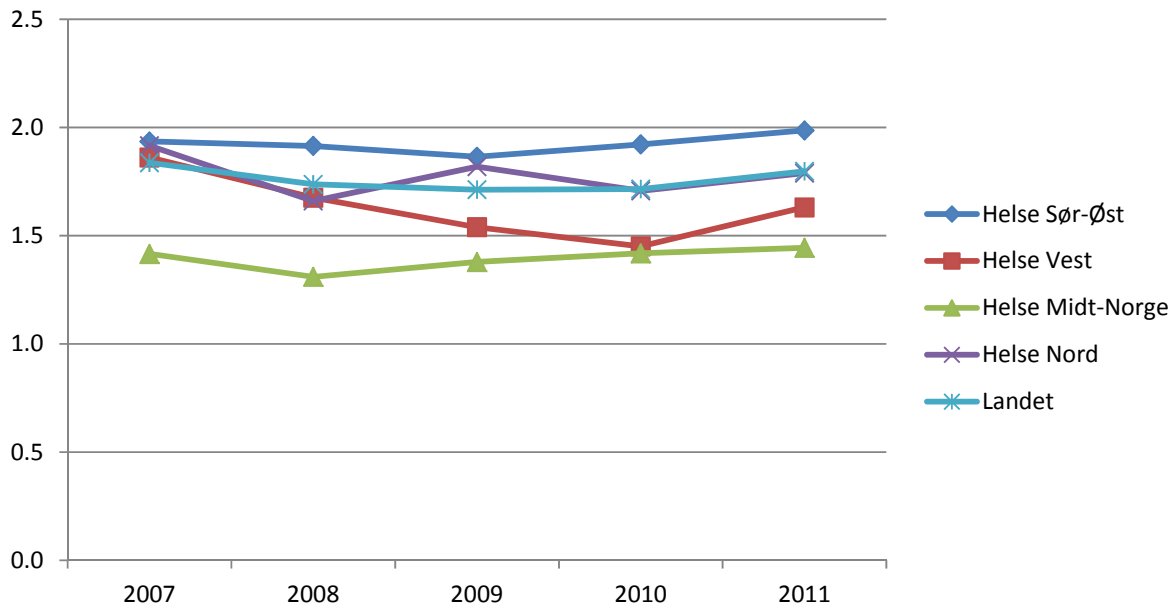
Ådnes, Hatling og Grut (2005) fant at samarbeidet mellom fastlegene og *spesialisthelsetjenesten* om mennesker med psykiske lidelser var svært variabelt, og for dårlig i forhold til intensjonen i fastlegeordningen. Fastlegene opplevde på sin side dårlig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten, både 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).

## 2.2.4 Ressursinnsats i kommunene og i spesialisthelsetjenesten

Hvor godt tjenestene er utbygd, har stor betydning for tilgjengelighet og muligheter lokalt. I neste tabell ser vi på årsverksinnsatsen i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og utvikling siste fem år.

**Tabell 2.1 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA)**

	PHV					PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Helse Sør-Øst	9 517	9 600	9 203	9 347	9 389	4 918	5 014	4 935	4 863	4 727
Helse Vest	3 302	3 199	2 923	2 913	3 272	1 774	1 909	1 899	2 008	2 006
Helse Midt-Norge	2 033	2 096	2 174	2 212	2 246	1 436	1 600	1 577	1 559	1 555
Helse Nord	1 847	1 831	1 784	1 813	1 859	964	1 103	981	1 062	1 039
Landet	16 700	16 726	16 084	16 284	16 766	9 092	9 627	9 392	9 492	9 327
	Årsverk per 10 000 innbygger									
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Helse Sør-Øst	47	46	44	44	43	24	24	23	23	22
Helse Vest	45	43	38	37	41	24	25	25	26	25
Helse Midt-Norge	42	41	42	42	42	30	31	30	30	29
Helse Nord	52	51	50	50	51	27	31	27	29	28
Landet	46	45	43	43	43	25	26	25	25	24



**Figur 2.10 Årsverk i spesialist per årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid**

**Tabell 2.2 Kompetansesammensetning i psykisk helsevern for voksne**

	Andel	Antall
Psykiatere	5	364
Andre leger	3	201
Psykologer	14	976
Høgskoleutdannet personell med tilleggsutdanning	22	1 562
Høgskoleutdannet personell uten tilleggsutdanning	27	1 939
Annet personell	29	2 092
Totalt	100	7 136

**Tabell 2.3 Kompetansesammensetning i det kommunale psykiske helsearbeidet for voksne, 2011.**

	Andel	Antall
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	13	1 175
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	21	1 967
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	24	2 200
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	24	2 206
Psykologer	1	53
Andre med høgskole-/universitetsutd m/v. utd i psykisk helsearbeid	2	215
Andre med høgskole-/universitetsutd u/v. utd i psykisk helsearbeid	6	585
Andre	10	927
Totalt	100	9 328

Det er relativt konstant fordeling på ulike utdanningsgrupper over år.

Helsedirektoratet har gjennom flere prosjekter de siste årene hatt spesielt fokus på å øke antall psykologer i kommunene.<sup>12</sup> Kommunene har blant annet hatt anledning til å søke om øremerkede midler fra Helsedirektoratet for rekruttering av psykologer. Når vi spør kommunene om hvorfor de ikke har rekruttert flere psykologer, er det typisk to hovedårsaker som oppgis. Som oftest handler det om at ingen søker på de utlyste stillingene (gjørne fordi de ønsker å være del av et større fagmiljø, og i kommunen blir de kanskje eneste psykolog), andre ganger handler det om at kommunene ser et større behov for personell med annen utdanning (f.eks. sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid), og prioriterer dette. Det var en markant økning i antall psykologiårsverk fra 2010 til 2011, men det er fortsatt kun 53 psykologer i tjenestene til voksne på landsbasis. I 2007 var det 19 psykologiårsverk i kommunalt psykisk helsearbeid for voksne.

<sup>12</sup> Se mer om dette f.eks. i rapport fra Helsedirektoratet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse", 04/2009, og "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering" (Rodal og Frank, 2008).

## 2.2.5 utfordringer i dag og oppsummering

### Utfordringer i kommunale tjenester

At flere av årsverkene etter hvert kanaliseres inn i bolig med fast personell er helt naturlig når kommunene i større grad må ta seg av mennesker med alvorlige og sammensatte lidelser. Å redusere innsatsen i støttetjenestene er derimot ikke i tråd med samhandlingsreformen og planen med å styrke kommunenes forebyggende arbeid. Arbeidstiltak har for eksempel i internasjonal forskning vist seg å være et viktig sekundærforebyggende arbeide. Alt som gjøres i kommunene innenfor dette feltet kan ses på som sekundærforebyggende arbeid. Tjenestene og tiltakene skal bidra til at mennesker som har utviklet psykiske lidelser og vansker, skal få et verdig liv. Kommunene har i liten grad ressurser til å arbeide primærforebyggende i forhold til psykisk helse, men det iverksettes trolig generelt folkehelseiltak i kommunene rettet nettopp mot psykisk helse. Det er også mulig kommunene gjennomfører målrettet primærforebyggende arbeid mot barn og unges psykiske helse, men dette er det lite kunnskap om og det finnes ikke oversikt over dette.

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

### Utfordringer i spesialisttjenestene (DPS og sykehus)

Det er mye samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten om pasientene. En kartlegging blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne i 2007, viste at spesialisthelsetjenesten er involvert som samarbeidende instans for 55 prosent av pasientene (Lilleeng et al., 2009a). Analysene viste at psykiatrisk poliklinikk utgjorde over halvparten av dette samarbeidet. Psykiatrisk poliklinikk henviser oftere til døgnbehandling ved DPS sammenlignet med sykehus, og poliklinikken deltar i stor grad i det videre samarbeidet om pasienten. Pasienter ved DPS-ene er ofte henvist fra sykehus, noe som tyder på at strømmen er større fra sykehus til DPS enn den andre veien. Pasienter som henvises fra annet døgntilbud har ofte NAV med som samarbeidende instans. Sykehusene har en del henvisninger fra somatiske avdelinger, noe DPS-ene har i liten grad. For disse pasientene er det ofte etablert samarbeid med pleie- og omsorgstjenestene i kommunen.

Det er generelt svært lite forskning på spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og rus, i alle fall i et helsetjenesteforskningperspektiv. Det finnes derfor lite kvalitativ informasjon

som er innhentet og analysert slik at man kan peke på de viktigste utfordringene tjenestene har i dag. Det som foreligger er rapporter fra Helsedirektoratet. De er ofte svært kvantitative og de sier mye om utvikling og lite om utfordringer.

I en av de nyeste rapportene fra Helsedirektoratet har de tatt for seg DPS-ene (Pedersen et al., 2012). Utbygging av DPS-ene og nedbygging av døgn/institusjonsbehandlinger har vært sentralt både i Opptrappingsplanen og i samhandlingsreformen. Denne rapporten tar for seg perioden 2007-2011 og undersøker hvor langt man har kommet i utbygging av de distriktpspsykiatriske tjenestene og hvordan det samlede tjenestetilbudet fordeler seg mellom sykehus og DPS. Den er en langsom dreining fra årsverk i døgnavdelinger til mer ambulante tjenester ved DPS-ene. Rapporten viser at de totale driftskostnadene i det psykiske helsevernet for voksne utgjorde 15,5 milliarder kroner i 2011. 40 prosent av disse ble disponert av DPS-ene. De regionale helseforetakene har et mål om en omstilling og ressursfordeling mellom DPS og sykehusavdelinger på 50/50 prosent innen utgangen av 2013 og 60/40 prosent i DPS-enes favør innen utgangen av 2015.

Helsedirektoratet konkluderer med at noen områder langt på vei er selvforsynte med tjenester levert fra det lokale DPS-et, i andre er utbyggingen av DPS knapt kommet i gang og brorparten av tjenestene fortsatt lagt til sentraliserte sykehusavdelinger. De sier at det er et stykke igjen til det finnes et fullt utbyggt desentralisert psykisk helsevern, men at det skjer mye og utviklingen går i ønsket retning.

### **Oppsummert**

Hovedutfordringen er å få til koordinering og gode pasientforløp. Ambulante akutt-team fyller i dag ikke den rollen de er tenkt å ha. Vi ser at det stadig utprøves nye modeller for samarbeidstiltak og det er viktig at dette arbeidet fortsatt stimuleres.

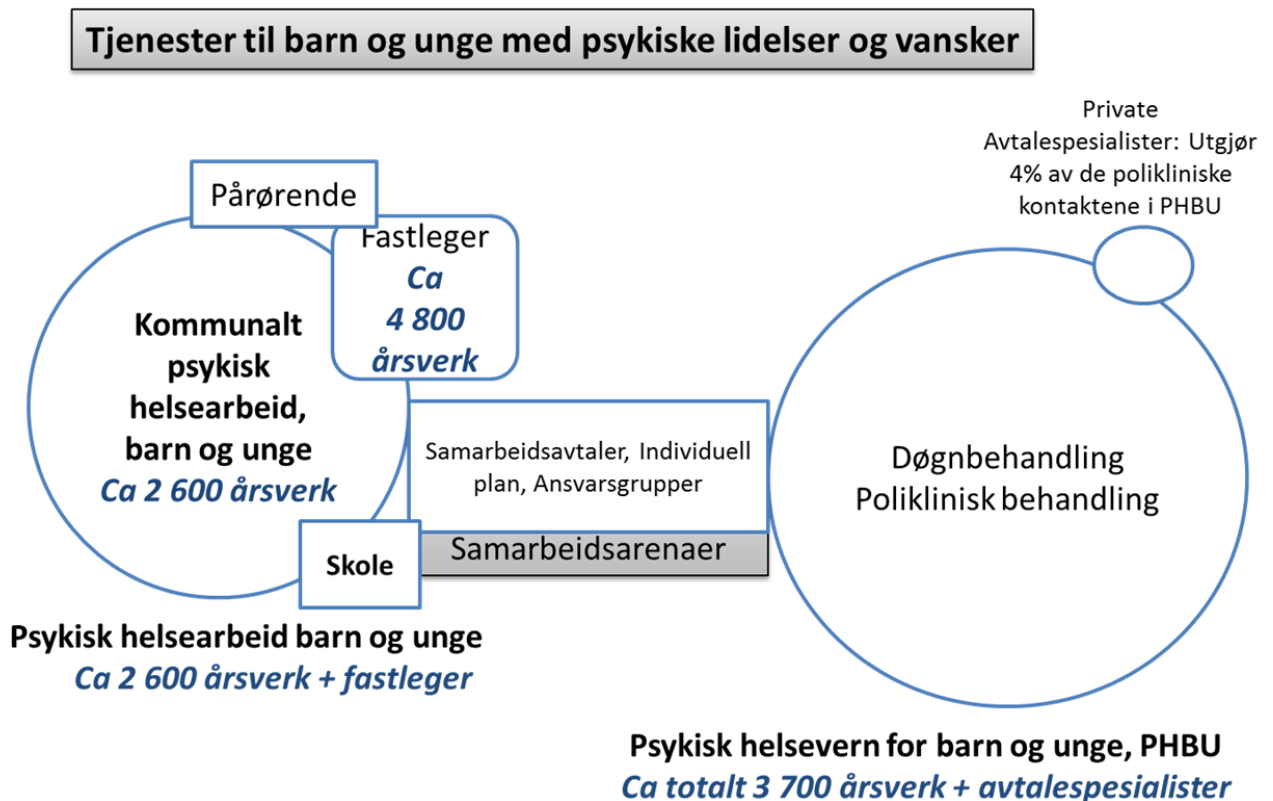
I spesialisthelsetjenesten skjer det en gradvis overgang av ressursinnsats fra sykehus til DPS-er, i tråd med Opptrappingsplanen for psykisk helse og i tråd med Samhandlingsreformen. Vi ser også at antall døgnplasser bygges ned og at oppholdstiden i døgninstitusjonene reduseres. Dette også i tråd med helsepolitiske føringer.

Kortere døgnopphold betyr at pasientene skrives raskere ut og sannsynligvis har andre og større behov enn pasientpopulasjonen som ble skrevet ut tidligere. Dette betyr at kommunene må dreie tilbudet over mot disse pasientene og det ser de ut til å ha gjort. En større andel av årsverkene i kommunalt psykisk helsearbeid brukes nå i boliger med fast personell. Vi ser nedgang i årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helsearbeid på dagaktiviteter, behandling og samtaler, fritidstilbud til voksne og i tjenester til barn og unge

generelt. Det ser altså ut som kommunene ikke har hatt økt ressursinnsats i psykisk helsearbeid siden 2007, og det betyr at når det kommer flere ressurskrevende brukere til kommunene, vris ressursinnsatsen mot disse.

En kommunal medfinansiering rettet mot den samme ressurskrevende brukergruppen vil sannsynligvis forsterke denne effekten.

### 2.3 Tjenester til barn og unge pasienter/brukere med psykiske lidelser og vansker



Figur 2.11 Struktur og dimensjonering av tjenester innen psykisk helsetjenester rettet mot barn og unge, 2011

Psykiske vansker er et utbredt helseproblem blant barn og unge i dag. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at i Norge har mellom 15 og 20 prosent psykiske vansker som

påvirker deres funksjonsnivå. Blant 15–16 åringene er utbredelsen ca 17 prosent, hvor jentene utgjør ca 25 prosent og guttene ca 9 prosent.

Barn og unge var en prioritert gruppe i Opptrappingsplanen. Et overordnet mål var at kommunene skulle gi alle barn og unge et likeverdig tilbud og like utviklingsmuligheter, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor. Spesialisthelsetjenesten skal bistå der det er behov for mer spesialisert utredning og behandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

I mai 2007 (mindre enn ett år før Opptrappingsplanen ble avsluttet), kom Riksrevisjonen med rapporten "Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske Problemer" Dokument nr. 3:7 (2006–2007). Der konkluderte de med at:

Behovene for tjenester til barn og unge med psykiske problemer dekkes ikke godt nok, og dette fører til lange ventetider. Bosted og kompetanse er avgjørende for når pasientene får et tilbud, og hvor godt tilbudet er. Samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten fungerer dårlig i praksis, og dette påvirker situasjonen for pasientene på en negativ måte.

Rapporten fra Riksrevisjonen har fått kritikk fordi de brukte data som ikke var helt nye og at mye kan ha skjedd siden. Vi kjenner ikke til at det har vært gjort en ny kartlegging på dette området senere, og med den nedgangen som har vært i årsverkene i kommunalt psykisk helsearbeid for barn og unge (vist i neste avsnitt), er det vanskelig å tenke seg at kommunene har fått økt kapasitet i særlig grad.

### **2.3.1 Kommunale tjenester**

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge er et ansvar for kommunen som helhet. Dette involverer alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge. Barnehage, skole og fritidssektoren er viktige hverdagsarenaer for utvikling av god psykisk helse. Forskning viser at gode skole- og læringsmiljøer beskytter effektivt mot problemutvikling hos barn og unge (Nordahl et al., 2006).

Kommunenes overordnede oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er å:

- Legge til rette for gode og trygge oppvekstmiljøer, og iverksette forebyggende tiltak for å hindre psykiske vansker hos barn og unge
- Fange opp barn og unge i risiko, eller som har psykiske vansker eller lidelser



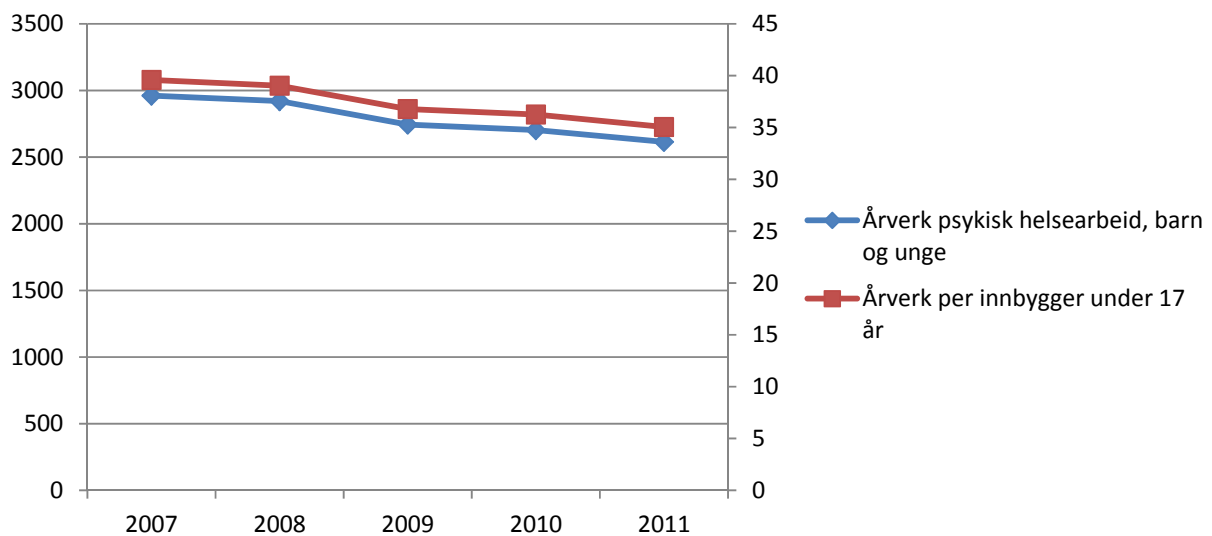
- Gi hjelp og behandling for de som trenger det på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). De som kan behandles i kommunen, skal behandles i kommunen
- Sørge for bistand fra, og samarbeid med, spesialisthelsetjenesten eller andre aktører ved behov (fra veilederen).

I veilederen er det henvist til at følgende helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot barn og unge som har vist seg å gi gode resultater, karakteriseres ved at:

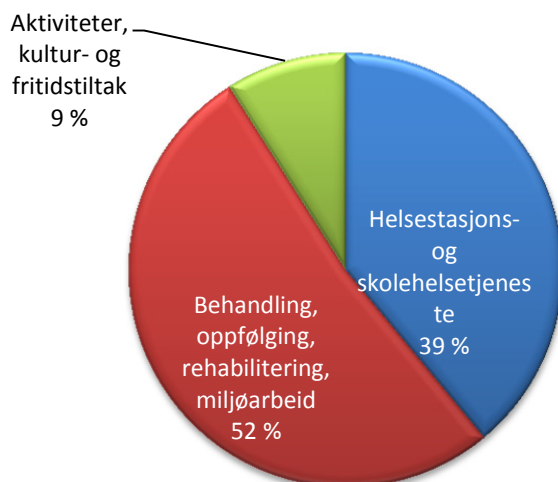
- Tjenestene utnytter den styrke som ligger i å arbeide tverrfaglig
- Tiltakene er varige og preget av kontinuitet
- Det satses på et bredt spekter av tiltak for å nå alle grupper
- Tiltakene har sin basis i hjem, skole, eller barnehage for de minste
- Tiltakene involverer foresatte som individer og gruppe
- De legger vekt på ferdighetslæring, utvikling av sosiale ferdigheter, evne til å ta beslutninger, løse problemer og hevde seg
- De legger til rette for arbeidslivserfaring og yrkesopplæring (gjelder ungdom)

Vi har fulgt utviklingen i årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helsearbeid til barn og unge. Som vist i figuren under, er det en tydelig nedgang i årsverksinnsatsen siden avslutningen av opptrappingsplanen.

I rapporteringen er det spesifisert at som barn og unge skal regnes personer i alderen 0-17 år. Årsverk i forbindelse med tiltak til barn av psykisk syke foresatte skal også tas med. Dersom tjenestene som er spesifisert i spørsmålene har en annen aldersinnretning, f.eks. opp til 23 år, skal de likevel rapporteres.



**Figur 2.12** Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge, antall (venstre akse), per 10 000 innbygger (høyre akse), 2007-2011.



**Figur 2.13** Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge fordelt på ulike tjenester og tiltak, 2011.

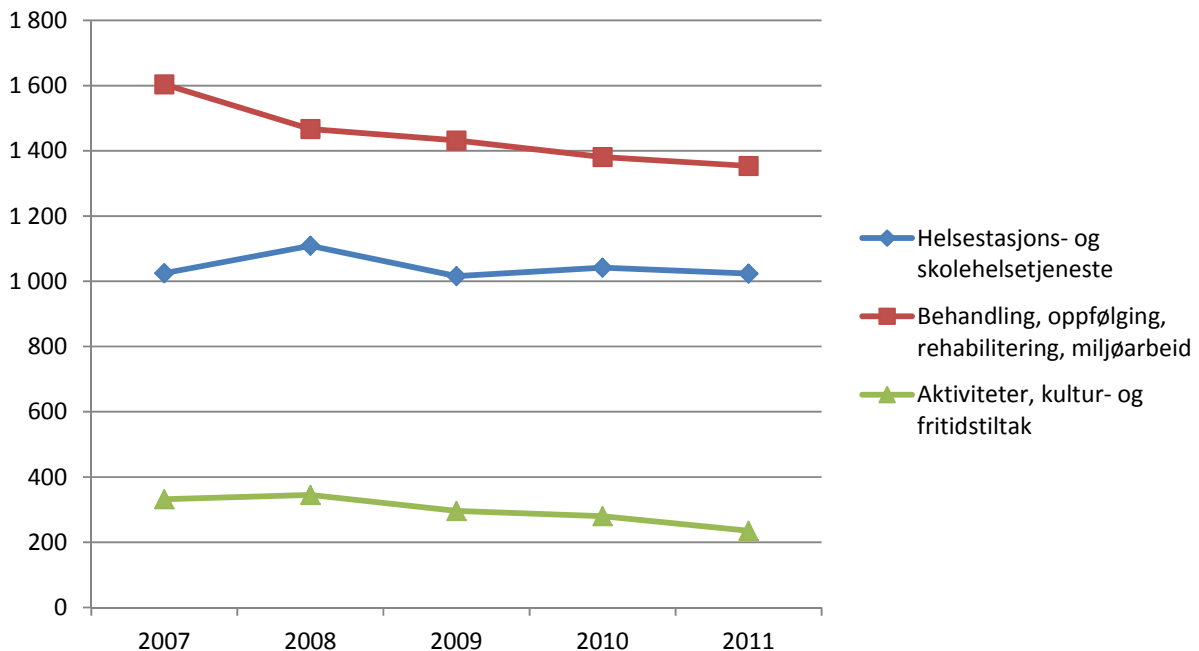
I kategorien helsestasjons- og skolehelsetjeneste rettet inn mot psykiske vansker/lidelser hos barn og unge regnes årsverk til samtaler, behandling, oppfølging og lignende som ut fra arbeidets innhold er å forstå som helsestasjons-/skolehelsetjeneste. Dersom slike årsverk

av praktiske årsaker er fysisk plassert eller blir utført av andre etater (som barnehage, barnevern og oppvekst/kulturetat), skal de likevel regnes med.

I kategorien årsverk som ytes i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid skal årsverk utenfor helsestasjons-/skolehelsetjenesten, som arbeider overfor barn og unge med psykiske vansker/lidelser føres opp. Dette kan være innen egen enhet, PP-tjenesten med mer.

I kategorien aktiviteter, kultur og fritidstiltak til barn og ungdom med psykiske vansker eller lidelser skal årsverk som tilrettelegger for deltakelse på arenaer som fritidsklubb, idrettslag mv. regnes med.

I neste figur ser vi på utviklingen i de ulike årsverkskategoriene.



**Figur 2.14** Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge fordelt på ulike tjenester og tiltak, 2007-2011.

Det ser ut som årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjeneste blir skjermet. Her forventet man en vekst, men det har vært relativt konstant årsverksinnsats målt i antall årsverk siden 2007. Dette betyr en reell nedgang i ressursinnsats per innbygger fordi antall innbyggere øker, dersom ikke tjenestene samtidig er effektivisert slik at flere får hjelp for mindre ressurser.

### 2.3.2 Spesialisthelsetjenesten

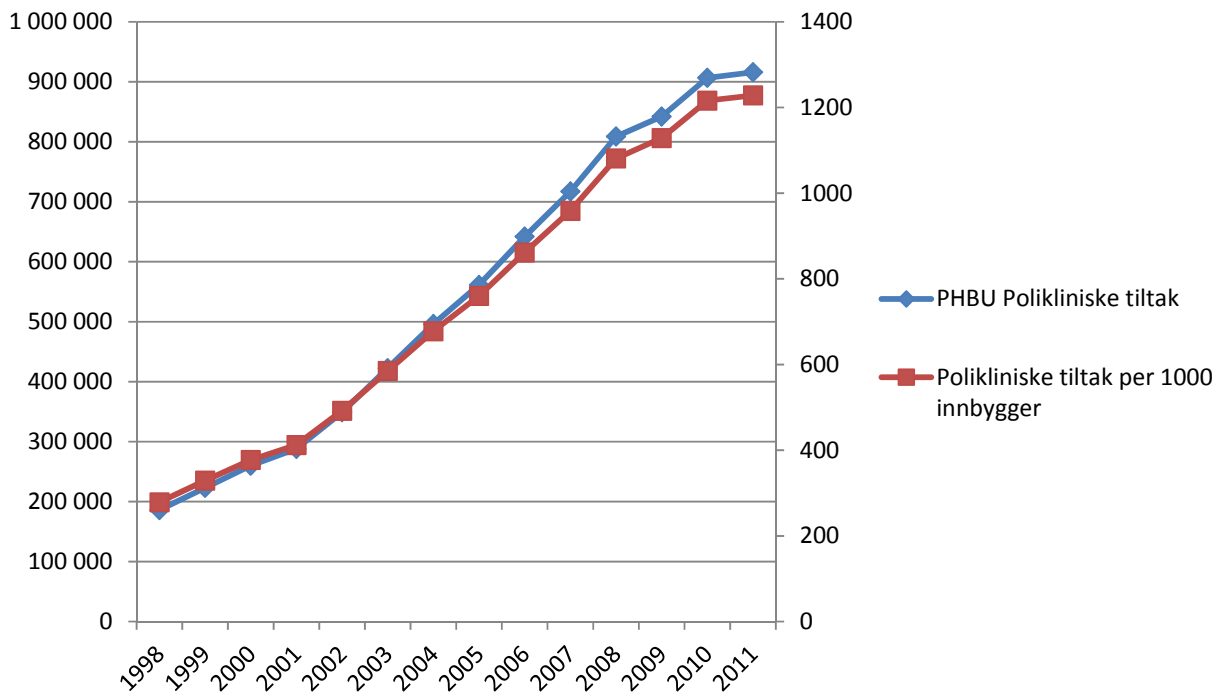
Fra den siste SAMDATA rapporten kan vi lese at:

I 2011 mottok om lag 54 800 pasienter behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, en vekst på 1,5 prosent fra året før. Dette tilsvarer en dekningsgrad på 4,9 prosent for barn og unge under 18 år. Dekningsgraden varierte fra 1,1 prosent blant de yngste til 7,3 prosent blant de eldste.

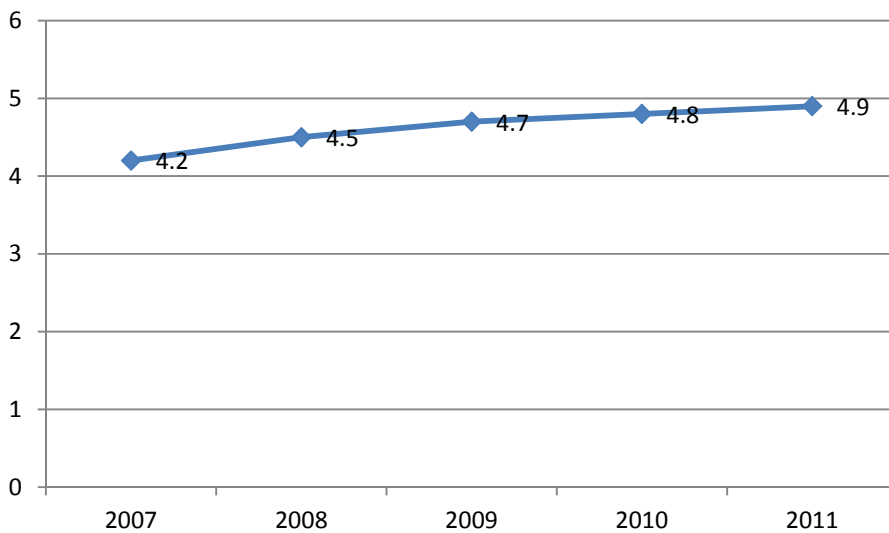
Det ble på nasjonalt nivå utført nær 916 000 polikliniske tiltak i 2011, ca. 653 900 direkte tiltak knyttet til behandling og utredning og 262 100 indirekte tiltak. Omfanget av polikliniske tiltak økte med en prosent fra 2010 til 2011. Dette betyr at den årlige sterke veksten de siste årene har flatet ut. Det ble behandlet 1 734 pasienter i døgnvirksomhetene i 2011, og generert nær 76 900 oppholdsdøgn og 2 321 utskrivninger.

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er et poliklinisk spesialisthelsetilbud innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom. De gir tilbud til barn og ungdom under 18 år og familiene deres. Ved BUP arbeider psykologer, barnepsykiatere, familieterapeuter, pedagoger, sosionomer og andre yrkesgrupper. Opptappingsplanen for psykisk helse angir et mål om at fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i alderen 0-17 år skal motta behandling i BUP i løpet av ett år i 2008. I følge en rapport fra Helsedirektoratet synes det å være en betydelig underdekning av behandling i den yngste aldersgruppen (Sitter, 2011). Rapporten peker også på at det skjer en markant økning i behandlingsraten når barna begynner på skolen. Det kan derfor se ut som om barnehagene i liten grad oppdager og reagerer på psykiske problemer hos barna, og at barnas problemer i større grad oppdages når barna ikke klarer å tilpasse seg skolesituasjonen.

Når vi ser på utviklingen i antall polikliniske tiltak i figuren under, ser vi at det har vært en formidabel vekst siden starten på Opptappingsplanperioden i 1998. Noe av veksten kan knyttes til endring i registreringspraksis, men også antall pasienter og dekningsgraden har økt.



**Figur 2.15** Antall polikliniske tiltak i Psykisk helsevern barn og unge, absolutte tall (venstre akse) og antall per 1000 innbygger (høyre akse), 2007-2011. Kilde: SINTEF og Hdir.

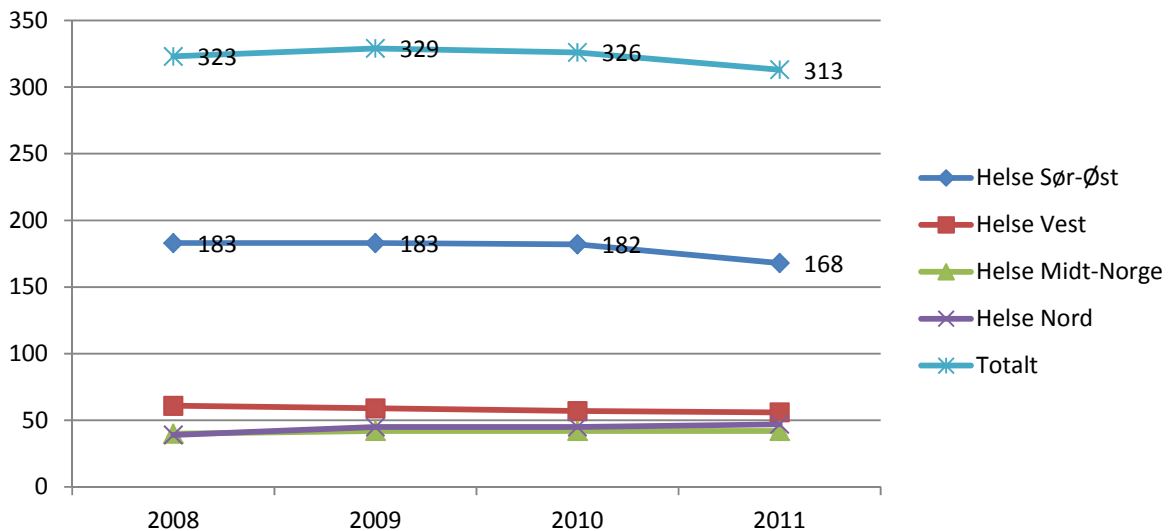


**Figur 2.16** Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge, 2007-2011.

I en rapport som kom fra Helsedirektoratet i 2011, er det sett nærmere på barn og unges behandlingsforløp i det psykiske helsevernet i toårsperioden 2008-2009. Der kan vi lese at barn i alderen 0-5 år utgjorde 9,8 prosent av barn og unge som ble behandlet i 2008/2009, mens aldersgruppene 6-12 år og 13-17 år utgjorde hhv nær 44 prosent og 40 prosent. 18-åringene utgjorde 2,8 prosent, mens ungdom i alder 19 år og over utgjorde 3,4 prosent av behandlede pasienter i toårsperioden.

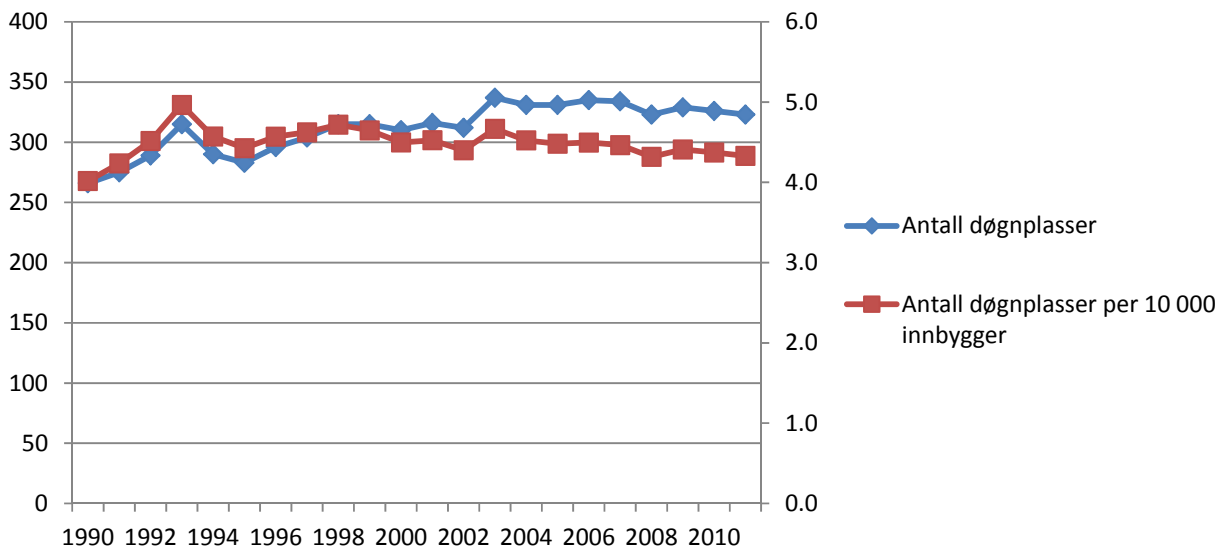
Behandlingstiden for pasienter med avsluttet poliklinisk behandling i det psykiske helsevernet i løpet av 2008 og 2009 er på 10,2 måneder (median). Gutter har noe lengre behandlingstid enn jenter blant polikliniske pasienter. Median behandlingstid er 9,6 måneder for jenter og 10,8 måneder for gutter.

Antall døgnplasser går ned også i tjenester til barn og unge, se figuren under.



**Figur 2.17 Antall døgnplasser i Psykisk helsevern barn og unge, absolutt tall (venstre akse) og antall per 1000 innbygger (høyre akse), 2007-2011. Kilde: SINTEF og Hdir.**

Det ser særlig ut til å være en nedgang i antall døgnplasser til barn og unge med psykiske lidelser i Helse Sør-Øst.



**Figur 2.18 Antall døgnplasser i Psykisk helsevern barn og unge, absolutt tall (venstre akse) og antall per 10 000 innbygger (høyre akse), 1990-2011**

Døgnbehandling er svært ressurskrevende og få pasienter behandles. Samtidig er det vanskelig å si hva som er riktig vridning uten et godt kunnskapsgrunnlag for hvordan ulike alternative tiltak fungerer.

I følge rapporter fra Helsedirektoratet, spiller avtalespesialister en liten, men viktig rolle i behandlingen av barn og unge med psykiske lidelser. 4 490 barn og unge ble behandlet hos disse, noe som utgjør ca. 4 prosent av de polikliniske kontaktene. Ungdom utgjorde her den største pasientgruppen (57 %). Nær 20 prosent ble behandlet hos psykiater, mens 80 prosent gikk til psykolog. Hos psykiaterne dominerte pasientgruppen med hyperkinetiske forstyrrelser mens det hos psykologene var dem med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser som utgjorde den største gruppen.

### 2.3.3 Samarbeid mellom spesialisttjenester og kommunene

#### Samarbeid på systemnivå

Samarbeidsavtalene som er beskrevet under tjenester til voksne gjelder også for barn og unge. Hvor godt de fungerer for denne gruppen, eller om det somatiske fokuset dominerer også i underavtalene, er det foreløpig liten kunnskap om.

På systemnivå kan vi kanskje også plassere regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP). Regionsentrene ble opprettet som fire regionale kompetansesentre på 1990-tallet og de har som oppgave å utvikle, kvalitetssikre og forvalte kunnskap om barn og unges psykiske helse. Regionsentrene grunnfinansieres av Helsedirektoratet og ble opprettet som del av den nasjonale satsingen på psykisk helse. Sentrene besitter høy kompetanse i psykiatri, psykologi, sosialt arbeid, pedagogikk og andre helse- og samfunnsvitenskapelige fag. Vi har ikke kunnskap om hvordan disse sentrene brukes eller er tenkt inn i samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

### **Samarbeid på individnivå**

Vi kjenner ikke til nyere arbeid på dette området, og henviser derfor til en studie av behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet, der vi også så på samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (BUP) og kommunale tjenester (Andersson et al., 005). Materialet består av 5 997 barn, registrert som pasienter ved 61 av landets i alt 70 aktuelle poliklinikker. For nær halvparten av pasientene hadde det vært kontakt mellom BUP og pedagog i skolen. Videre var det kontakt med PP-tjeneste for 37 prosent av barna. Øvrige tjenester var mindre sentrale. Det var kontakt med BUP og barnevern vedrørende en fjerdedel av pasientene, og med fastlege vedrørende 19 prosent av pasientene, og med helsesøster og spesialpedagog vedrørende 13 prosent av pasientene.

Behandlerne oppga at det for i alt 10 prosent av pasientene var et udekket behov for samarbeid mellom BUP og PP-tjenesten, og at 7 prosent av pasientene hadde et udekket behov for samarbeid mellom helsesøstertjenesten og BUP. Behandlernes etterspørsel etter samarbeid med barnevernet omfattet 7 prosent av pasientene. Ifølge behandlerne var det om lag en tredjedel av pasientene som var omfattet av et "middels bra" eller "dårlig" samarbeid mellom BUP og en av de kommunale instansene. Særlig var samarbeidet med PP-tjeneste, barnevern, fastlege og sosial omsorgstjeneste vurdert til å fungere mindre optimalt (vurdert til "middels bra" eller "dårlig" for mellom 37 og 44 prosent av pasientene).

Det er ikke gjort noen nyere tilsvarende kartlegging blant barn og unge i psykisk helsevern, men det er klart behov for å gjøre det for å følge utviklingen. Tilsvarende kartlegging foregår for tiden i psykisk helsevern for voksne.



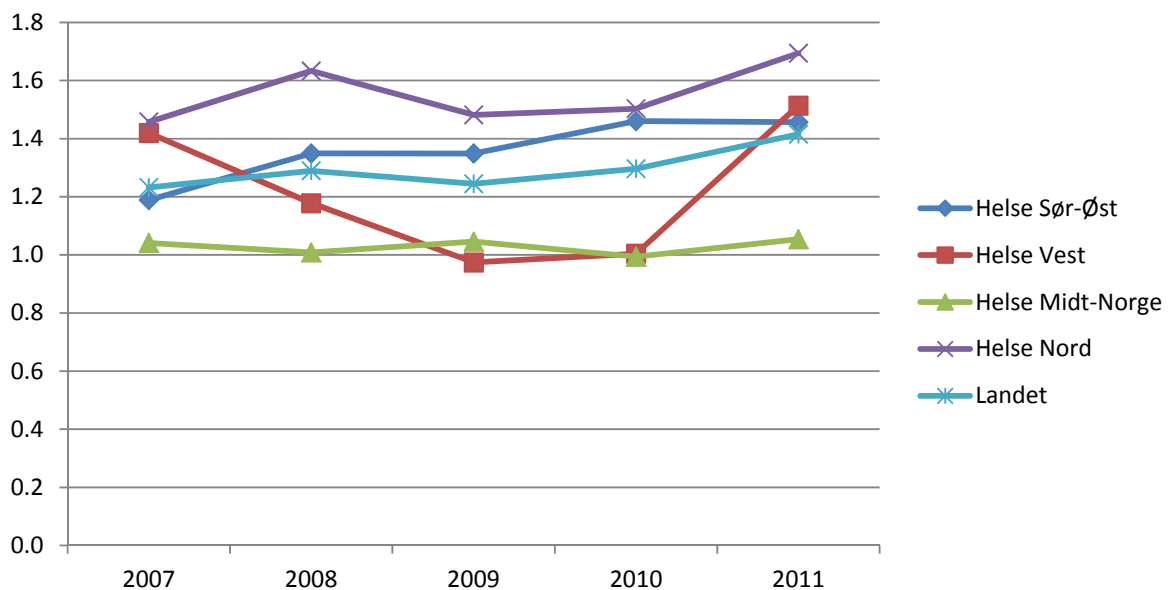
### 2.3.4 Ressursinnsats i kommunene og i spesialisthelsetjenesten

**Tabell 2.4 Antall årsverk i psykisk helsevern, barn og unge (PHBU) og i psykisk helsearbeid (PHA)**

	PHV						PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011		2007	2008	2009	2010	2011
Helse Sør-Øst	2 095	2 175	2 045	2 088	2099		1 762	1 612	1 516	1 430	1 441
Helse Vest	663	642	454	489	663		467	545	466	487	438
Helse Midt-Norge	457	477	505	493	506		439	473	483	496	480
Helse Nord	468	472	412	436	432		321	289	278	290	255
Landet	3 683	3 766	3 415	3 505	3700		2 989	2 920	2 744	2 703	2 614

	PHV						PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011		2007	2008	2009	2010	2011
Helse Sør-Øst	35	36	34	34	34		30	27	25	24	24
Helse Vest	27	26	18	20	27		19	22	19	20	18
Helse Midt-Norge	31	31	33	32	33		30	31	31	32	31
Helse Nord	43	44	39	41	41		30	27	26	28	24
Landet	34	34	31	31	33		27	26	25	24	23



**Figur 2.19 Antall årsverk i PHBU per årsverk i kommunene etter helseregion, 2007-2011**

Årsverk i tjenester til barn og unge fordeler seg på ulike utdanningsgrupper på følgende måte:

**Tabell 2.5 Antall årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper innen psykisk helsevern, barn og unge, 2011.**

	Andel	Antall
Spesialister i psykiatri	1	32
Leger	9	348
Psykologer	25	963
Sykepleiere	6	212
Psykiatriske sykepleiere	5	193
Hjelpepleiere inkl. barnepleiere	1	43
Vernepleiere	5	196
Barnevernspedagoger	9	336
Sosionomer	10	375
Annen helseutdanning på videregående skolenivå	3	99
Annen helseutdanning på universitets- og høyskolenivå	6	244
Personell uten helse - og sosialfaglig utdanning	20	751
Totalt	100	3 791

**Tabell 2.6 Antall årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2008-2011. Alle kommuner**

	Andel	Antall
Helse- og sosialfag fra videreg. skole, m/videreutd. i psykisk helsearbeid	2	55
Helse- og sosialfag fra videreg. skole, u/videreutd. i psykisk helsearbeid	7	189
Helse-/sosialfag fra høgskole m/videreutd. i psykisk helsearbeid	17	449
Helse-/sosialfag fra høgskole u/videreutd. i psykisk helsearbeid	36	948
Psykologer	9	223
Andre med høgskole-/univ. utd. m/videreutd. i psykisk helsearbeid	6	153
Andre med høgskole-/univ. utd u/videreutd. i psykisk helsearbeid	16	409
Andre	7	188
Totalt	100	2 615

### 2.3.5 utfordringer i dag og oppsummering

#### Utfordringer i kommunene

Det er en tydelig nedgang i årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge. Mange kommuner melder om store utfordringer knyttet til å få prioritert å komme tidlig inn i forhold til barn og unge med psykiske vansker. Dette har sammenheng med utfordringene i tjenester til voksne, fordi en økende andel av årsverkene går til tjenester til voksne.

I 2007 fant Riksrevisjonen at behovene for tjenester til barn og unge med psykiske problemer ikke dekkes godt nok, og dette fører til lange ventetider. Bosted og kompetanse er avgjørende for når pasientene får et tilbud, og hvor godt tilbudet er. Samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten fungerer dårlig i praksis, og dette påvirker situasjonen for pasientene på en negativ måte.

Det finnes etter det vi ser, ikke noen oppdatert kartlegging av hvordan tjenestene til barn og unge med psykiske lidelser og vansker har utviklet seg, men det er grunn til å tro at det er økt press på de kommunale tjenestene.

### **Utfordringer i spesialisthelsetjenestene**

Det er kjent at det er store regionale forskjeller når det gjelder bruk av døgn tjenester, diagnostisering av hyperkinetiske forstyrrelser og atferdsforstyrrelser samt bruk av avtalespesialister. Dette skyldes sannsynligvis både ulik tilgjengelighet og ulik praksis.

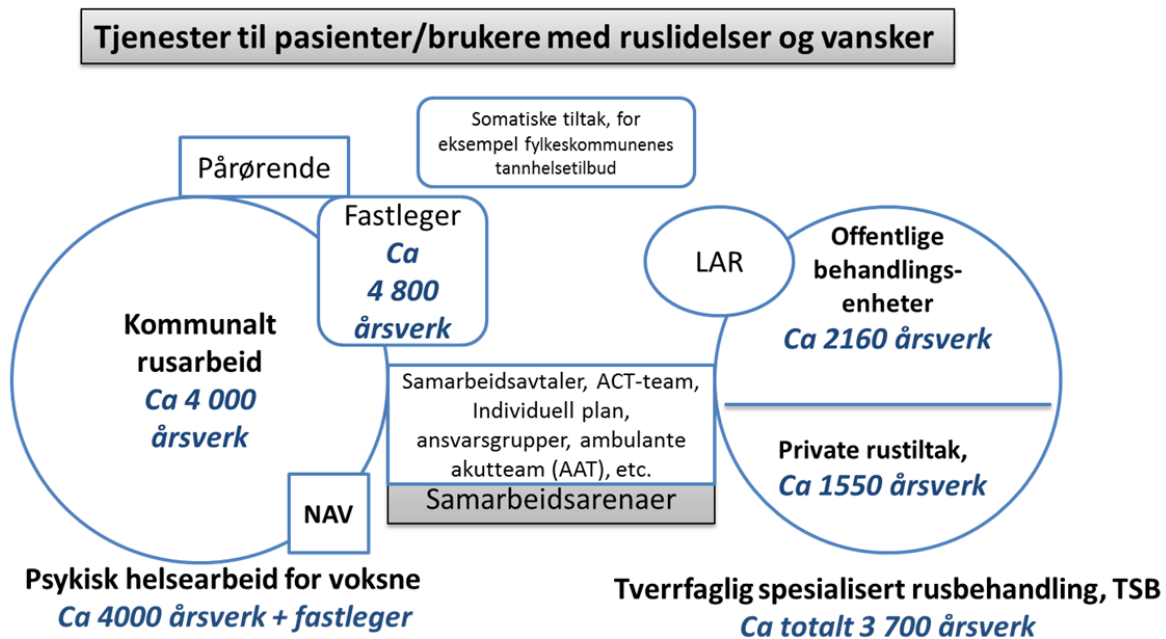
Helsedirektoratet skal i følge nettsiden gjøre en gjennomgang av psykisk helsevern for barn og unge med tanke på ressursbruk, prioriteringer og arbeidsmåter, men vi kjenner ikke til resultatet av dette arbeidet.

### **Oppsummert**

Om funnene i Riksrevisjonen i 2007 fortsatt er gyldige, betyr det at samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten fungerer dårlig i praksis rundt barn og unge med psykiske lidelser og vansker. Det kan være at samarbeidet er bedret de siste årene, men dette må undersøkes nærmere og med gode metoder for å få frem viktig kvalitativ informasjon for å kunne foreslå gode tiltak til forbedring.

Det er for lite kunnskap om baseline for samhandlingsreformen for barn og unge, og den omfattende pasientkartleggingen som gjøres blant pasienter i psykisk helsevern inkluderer ikke barn og unge. Vi kjenner ikke til om tilsvarende kartlegging er planlagt i psykisk helsevern for barn og unge.

## 2.4 Tjenester til mennesker med ruslidelser og vansker



**Figur 2.20 Struktur og dimensjonering av tjenester rettet mot mennesker med ruslidelser og vansker, 2011**

I forbindelse med Rusreformen tok de regionale helseforetakene 1. januar 2004 over ansvaret fra fylkeskommunene for spesialisthelsetjenester til rusmiddelmissbrukere (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Målet med rusreformen var å sørge for et godt, helhetlig og helsefaglig behandlingstilbud til rusmiddelbrukere, og å sikre bedre tjenester til pasienter med sammensatte behov (rus, psykiatri og somatikk). Rusreformen ble evaluert av IRIS (Lie og Nesvåg 2006), som konkluderte med at reformens vellykkethet avgjøres av hvilke forventninger man hadde på forhånd. Forventet man en forvaltningsreform der behandlingstilbudet til målgruppen skulle innpasses de samme lovkrav som resten av spesialisthelsetjenesten, anses reformen som vellykket. Forventet man at reformen skulle dekke behandlingsbehovet og at rusbehandlingen skulle ha den samme bemanningsfaktoren som resten av spesialisthelsetjenesten, ble det i 2006 ansett at mye gjensto. Tjenestene ble mer tverrfaglige, men reformen i seg selv førte ikke til et mer helhetlig og individuelt tilpasset tilbud. Tvert i mot konkluderer Lie og Nesvåg (2006, s. 19) med at implementeringen av rusreformen førte til et mer fragmentert og rigid tilbud, med mange brudd i behandlingsforløpene og mindre individuelt tilpasset behandling som

resultat. Det pekes videre på utvikling av gode samhandlingsmodeller som verktøy på veien til sammenhengende og godt tilpasset behandling.

I perioden 2007-2012 har Opptappingsplanen for rusfeltet vært rettet mot hele den norske befolkningen, mot risikoutsatte grupper, de som allerede har et rusproblem og deres omgivelser. Planen har et tydelig folkehelseperspektiv. Den har et mål om å bedre kvaliteten og øke kompetansen både i forskningsmiljøene (særlig SERAF ved UiO, Norges Forskningsråd, SIRUS og Folkehelseinstituttet), økt kompetanse i frivillig sektor, bedre statistikk og bedre dokumentasjon er uttalte mål. Det samme gjelder økt ressursinnsats og mer tilgjengelige tjenester i kommune- og spesialisthelsetjenesten, mer forpliktende samhandling og økt bruker-/pårørendemedvirkning. På samme måte som det ble etablert egne rådgivere i psykisk helsearbeid under Opptappingsplanen for psykisk helse, har det blitt opprettet egne rusrådgivere i alle Fylkesmannsembetene. Og på samme måte som under Opptappingsplanen for psykisk helse, har man også etablert statlige tilskuddsordninger der f.eks. kommuner kan søke om midler til stillinger i kommunalt rusarbeid. Det er også etablert tilskuddsordninger for frivillige institusjoner (f.eks. Kirkens Bymisjon, Frelsesarmeen og Røde Kors), samt regionale kompetansesentra for rusfeltet. Flere av tiltakene i Opptappingsplanen for rusfeltet er under evaluering; en oversikt over ferdigstilte og påbegynte evalueringer finnes i Prop. 1 S (2011-2012) Kap. 763.

#### 2.4.1 Kommunale tjenester

Det er estimert at det er 4 014 årsverk i kommunalt rusarbeid i 2011 (Slettebak et al., 2013). Det er sannsynligvis en viss dobbeltrapportering med IS-24 rapporteringen (psykisk helsearbeid), men det er ukjent hvor stort overlappet er. Som vi ser i tabellen under, går 23 prosent av årsverkene til ruskonsulenter, mens 14 prosent går til tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne.

**Tabell 2.7. Antall årsverk fordelt på ulike tjenesteområder i kommunalt rusarbeid, 2011.**

	Totalt	Andel
Bolig	1 127	28
Lavterskel helsetjenester	194	5
Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak	428	11
Oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak	244	6
Tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne	567	14
Ruskonsulenttjenester	898	23
Andre typer tjenester	507	13
Antall rapporterte årsverk	3 964	100
Estimert totalt antall årsverk	4 014	

Det finnes ikke reelle utviklingstall på dette område, men vi har sett på årsverk i forhold til antall innbyggere etter helseregion.

**Tabell 2.8. Årsverk per 1000 innbyggere, etter helseregion**

Regionalt helseforetak	Kommunalt rusarbeid totalt	Kommunalt rusarbeid, barn og unge	Kommunalt rusarbeid, voksne
Helse Sør-Øst	0,79	0,83	1,16
Helse Vest	0,87	0,78	1,33
Helse Midt	0,70	0,59	1,05
Helse Nord	0,92	0,85	1,36

I analyser av årsverksinnsats i kommunalt organisert rusarbeid har vi funnet at ressursinnsatsen påvirkes særlig av økonomiske rammer, behovsfaktorer og bosetningsmønster (Kaspersen et al., 2012). Kommuner med høye inntekter, en høy andel uførepensjonister og en stor andel av befolkningen i tettbygde områder har høyest antall årsverk per innbyggere. Andre behovsrelaterte faktorer som andel små barn, andel pensjonister og andel enslige forsørgere har ingen systematisk sammenheng med ressursinnsatsen innen kommunalt rusarbeid, mens andel skoleelever viser en svak tendens til å redusere årsverksinnsatsen og andel arbeidsledige viser en viss tendens til å øke innsatsen. Det er lite kunnskap om hvordan kommunalt rusarbeid samarbeider med psykisk helsearbeid eller med andre kommunale tjenester, men vi tar forbehold om at det kan være gjort arbeid vi ikke har funnet frem til i løpet av den korte tiden vi har hatt til rådighet.

#### **2.4.2 Spesialisthelsetjenesten**

TSB, eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble opprettet i forbindelse med Rusreformen i 2004. Sektoren tilbyr både døgnbehandling og poliklinisk behandling ved private rustiltak og offentlige enheter som er organisert innen helseforetakene. Registrering av aktivitetsdata i TSB ble obligatorisk fra 1. januar 2009 med tilhørende innrapportering til Norsk pasientregister (NPR). For aktivitetsåret 2009 ble det derfor for første gang mulig å beskrive pasientpopulasjonen som mottar rusbehandling. I rapporten *Pasienter i TSB 2010* som kom fra Helsedirektoratet i 2011 (Lilleeng, 2010b) er analyser av pasientdata TSB 2010 oppsummert på følgende vis:

Institusjonene som tilbyr rusbehandling består både av offentlige enheter og private rustiltak eid og drevet av ideelle organisasjoner. De private rustiltakene inngår avtaler med RHF-ene om behandlingstjenester. Mens enkelte avtaler i realiteten er driftsavtaler; dog av kun 2-3 års varighet, er andre avtaler basert på fakturering etter

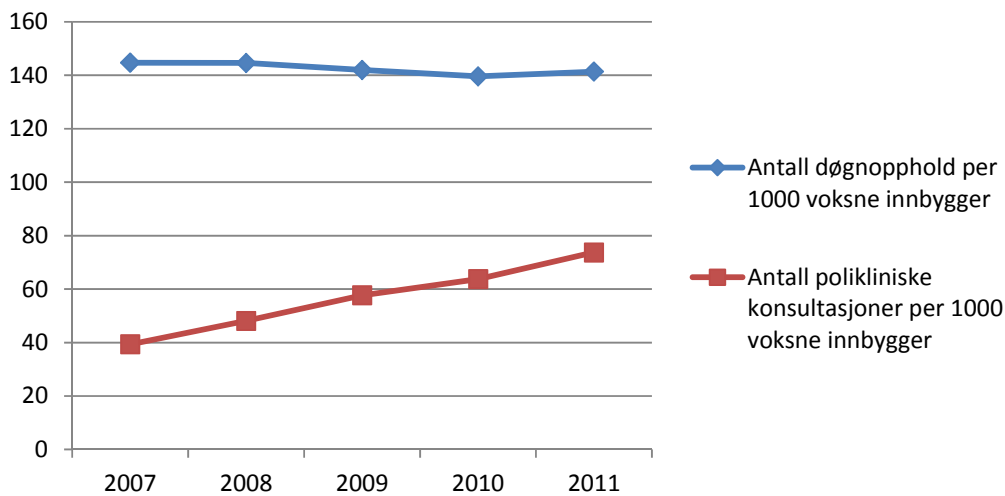
avsluttet behandling. Kjøp av ad hoc-plasser benyttes i mindre omfang sammenlignet med tidligere.

Basert på de innrapporterte pasientdata til NPR kan vi anslå at 6 per 1000 voksne innbyggere har fått behandling i sektoren TSB i 2010. Inkluderer vi i tillegg polikliniske rusbehandling i psykisk helsevern for voksne, berører den tverrfaglige spesialiserte behandlingen en prosent av alle menn på 18 år eller eldre og en halv prosent av alle kvinner på 18 år eller eldre.

Døgnbehandling i TSB utgjør om lag 80 prosent av ressursbruken målt ved årsverk. I alt 36 prosent av pasientene har mottatt døgnbehandling i løpet av 2010, mens de øvrige kun har hatt poliklinisk kontakt med sektoren. Døgnbehandlingen har samlet sett median varighet på to uker det vil si at halvparten av døgnoppholdene er avsluttet innen to uker etter innleggelse. I alt 95 prosent av oppholdene er avsluttet innen 100 dager. I tillegg til døgnbehandlingen i egen sektor har 40 prosent av døgnpasientene vært i behandling i psykisk helsevern i løpet av 2010 og det er de unge pasientene som mottar dette tilbudet. Halvparten har fått en innleggelse i psykisk helsevern; ofte ved sykehus, men gjennomgående av kortere varighet sammenlignet med de øvrige pasientene mens den øvrige halvparten får poliklinisk behandling. Alkohol- og opiatrelaterte ruslidelser samt ruslidelse grunnet bruk av flere stoffer er oftere angitt som hovedtilstand for pasientene, i denne pasientgruppen sammenlignet med de øvrige pasientene i psykisk helsevern for voksne.

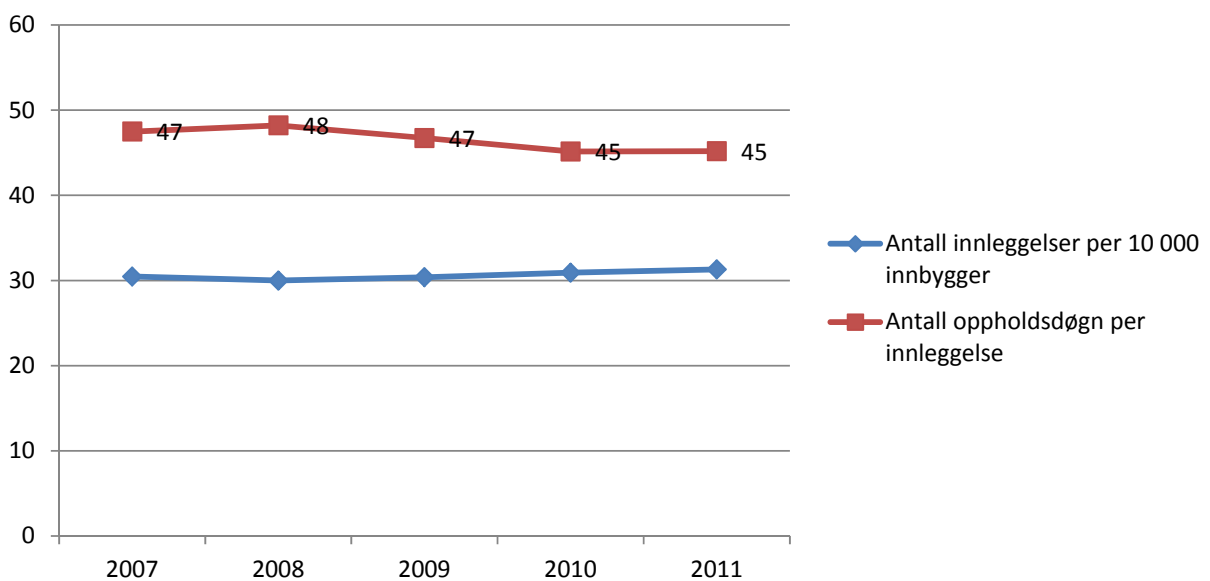
Nesten 90 prosent av pasientene i TSB har hatt en poliklinisk kontakt med sektoren i TSB. I tillegg inkluderer vi også poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern. Totalt er det da anslagsvis 9 per 1000 voksne menn som mottar poliklinisk tilbud for rusproblematikk i spesialisthelsetjenesten; dobbelt så høyt som for kvinner. Det høyeste ratenivået, både for menn og kvinner, finner vi for aldersgruppen 23-29 år hvor om lag en prosent av befolkningen har hatt en poliklinisk kontakt for rusproblematikk i 2010. For menn dreier det seg om hele 1,4 prosent av denne aldersgruppen.

Med denne bakgrunnen ser vi på utviklingen i antall oppholdsdøgn og antall polikliniske konsultasjoner i TSB.



**Figur 2.21 Antall oppholdsdøgn og antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger.**

Antall døgnplasser innen rusbehandling har økt noe fra 2010 til 2011. Det har funnet sted en styrking av det offentlige døgnplasstilbudet, mens det private er blitt noe redusert. Døgnplassdekningen samlet sett er imidlertid uendret. I regionene har dekningsraten økt, med unntak av i Helse Sør-Øst (se Samdata rapport).



**Figur 2.22 Antall innleggelser og gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per innleggelse (uveid), 2007-2011.**



Som vist fra Helsedirektoratet er median varighet på to uker, det vil si at halvparten av døgnoppholdene er avsluttet innen to uker etter innleggelse. I alt 95 prosent av oppholdene er avsluttet innen 100 dager. Fra Helsedirektoratet får vi oppgitt at dette trolig er lite endret i perioden, men at de 5% lengste oppholdene nok har fått redusert oppholdstiden noe.

### **2.4.3 Samarbeid mellom spesialisttjenester og kommunene**

Samarbeidsavtalene som er beskrevet under tjenester til voksne med psykiske lidelser og vansker gjelder hele samarbeidet, inkludert rusfeltet. Hvor godt avtalene fungerer for ruspasientene, er det foreløpig som nevnt liten 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.

Det har ikke vært rammer til å innhente informasjon fra alle helseregionene om hvordan samarbeidet mellom TSB og kommunene foregår, men vi har fått en kort oversikt fra Rusbehandling Midt-Norge (RMN) HF. De har inngått lovpålagte samarbeidsavtaler med 84 kommuner i Midt-Norge. De skriver i et notat til oss:

Det vektlegges et tett samarbeid gjennom ASU møter (administrative samarbeidsutvalg) som har som oppgave å følge opp avtalene.

Virkeområdet for samarbeidsavtalen er de områder hvor loven pålegger partene å inngå samarbeidsavtale, områder hvor partenes ansvar overlapper hverandre, og hvor det er behov for samordning mellom partene, samt at det er opprettet faglige utvalg med klare mandat knyttet til de ulike lovpålagte tjenesteavtalene. RMN deltar i faglige utvalg sammen med øvrige helseforetak og kommunene i regionen innenfor blant annet:

- Tjenesteavtale 2: Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester (helse og omsorgstjenesteloven §6-2 nr.2)
- Tjenesteavtale 6: retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
- Tjenesteavtale 7: Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- Tjenesteavtale 8: Samarbeid om svangerskap, fødsels og barselomsorg

I tillegg har RMN inngått samarbeidsavtaler om 10 integreringsprosjekt som omfatter 9 kommuner i region Midt-Norge. Målgruppen for integreringstiltakene er personer som vil ut av rusavhengighet, og som trenger bistand/oppfølging før, under og etter rusbehandling

i spesialisthelsetjenesten (poliklinisk, dag-døgnbehandling, og LAR). Integreringstiltakene er også ment som forebyggende tiltak for personer som har et alvorlig og etablert rusproblem eller brukere som er i ferd med å utvikle et rusproblem. Satsningsområder, med ulik vektlegging i de ulike tiltakene, er:

- Koordinere og forbedre samarbeid mellom kommunale etater, særskilt psykisk helsetjeneste og NAV.
- Nært samarbeid med NAV og frivillige, med tanke på arbeidsplasser med ulike ordninger for lønnstilskudd, og eventuelle attføringsopplegg
- Motivere for utdanning og ordinært arbeid på sikt.
- Variert arbeidsutprøving ut fra den enkeltes ønsker og ressurser
- Spesielt fokus på fysisk aktivitet, individuelt og i grupper i samarbeid med frivillige organisasjoner
- Trene på fritidsaktiviteter
- Sosial trening
- Samtalegrupper / pårørendearbeid
- Kurs / undervisning
- Struktur i hverdagen. Legge grunnlaget for god forebygging ved at problemene knyttet til rus identifiseres og løses lokalt.
- Individuell plan som virkemiddel

Ulike behandlingsinnsatser i kommune og spesialisthelsetjeneste supplerer hverandre over tid. Et viktig satsningsområde for RMN er etablering av samhandlingsstillinger – det er etablert ved alle klinikker, med mål om å styrke samhandlingen i pasientforløpene.

Det er tydelig at de formelle samarbeidsavtalene dekker en stor del av samarbeidsområdene i Midt-Norge, men vi kjenner ikke til hvor langt dette arbeidet har kommet i de andre helseregionene.

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 hatt rammer for å gå nærmere inn på dette. Dette kan skyldes at de ikke tilfredsstillende diagnoseavgrensningen, for ACT modellen er definert for en bestemt målgruppe. Bakgrunnen for etablering av FACT team som er nevnt tidligere i rapporten, er erkjennelsen av at i gruppen mennesker med alvorlige psykiske lidelser er det en stor gruppe (80%) 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.

Somatiske 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.

#### 2.4.4 Ressursinnsats i kommunene og i spesialisthelsetjenesten

**Tabell 2.9. Årsverk i kommunalt rusarbeid fordelt på utdanningsgrupper**

	Andel	Antall
Leger	4	138
Psykologer	10	371
Sykepleiere/vernepleiere	29	1 087
Barnevernspedagoger/sosionomer	17	640
Annet helse-og sosialfaglig personell med univ/høyskole	6	221
Annet helse-og sosialfaglig personell med vgs	6	215
Annet personell	28	1 047
Totalt	100	3 720

**Tabell 2.10. Årsverk i kommunalt rusarbeid fordelt på utdanningsgrupper**

	Andel	Antall
Årsverk utført av ufaglært personell	10	401
Årsverk utført av personer med faglig relevant videregående opplæring	13	532
Årsverk utført av personer med helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid	40	1 576
Årsverk utført av personer med helse/sosialfaglig høgskoleutdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid	24	950
Årsverk utført av personer med annen relevant høgskoleutdanning	6	235
Årsverk utført av personer med relevant universitetsutdanning (utenom psykologer og leger)	3	135
Årsverk utført av psykologer	0	10
Årsverk utført av leger	1	23
Årsverk utført av personer med annen utdanning	2	98
Sum antall årsverk	100	<b>3 958</b>
Sum estimert antall årsverk		<b>4 014</b>

Vi henviser til Rambøll sin rapport om ressursinnsats for mer om kommunalt rusarbeid (Rambøll, 2012).<sup>13</sup>

#### **2.4.5 utfordringer i dag og oppsummering**

En utfordring for både spesialisthelsetjenesten og kommunen er at tjenestenes ressurser er bundet opp i kjernevirksomhet samtidig som gode pasientforløp krever utvidet og overlappende innsats (samhandling) i ulike faser av forløpet. Det er en stor ressursmessig utfordring å styrke kvaliteten i det samtidige arbeidet og her vil også geografi ha betydning.

#### **Utfordringer i kommunene**

Fra sektoren hører vi at det er utfordrende at de økonomiske virkemidlene i Samhandlingsreformen i dag ikke omfatter rus og psykisk helsevern. Det er bekymring for en dreining av kommunenes ressursbruk mot somatikk som følge av dette. Trange kommunebudsjett bidrar til å forsterke vridningseffekten. I tillegg er det bekymring for om kommunene klarer å opprettholde det viktige forebyggende arbeidet som gjøres. Samarbeid rundt ROP pasienter fremheves også som viktig å få prioritert for å få til helhetlige og sammenhengende forløp. Ressurssituasjonen kan være en barriere for å få til dette.

---

<sup>13</sup> <http://www.ramboll-management.no/news/publications/2012/rapportering-kommunalt-rusarbeid-2011>

I kommunene er sannsynligvis en av hovedutfordringene mangelen på egnede boliger for mennesker med ruslidelser. Egnede boliger er et eget kompetanseområde og det er behov for et spekter av boliger med ulikt omsorgsnivå. Vektlegging av tverrfaglig oppfølging og tilbudet må ha et faglig innhold. Boligbehovet kan ha blitt tydeligere etter rusreformen som stilte krav til "spissere" tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Pasienter som i dag ikke får døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten fordi de ikke lenger oppfyller nyttekriteriet i pasientrettighetsloven, blir nå kommunes ansvar. Noen av disse er svært dårlig fungerende og forfaller uten tett oppfølging i bolig.

Kommunene må i mange tilfeller kjøpe omsorgsplasser på det private markedet, og dette er kostbart. Kvaliteten på slike omsorgsplasser er uklar, men tilbudet er stort. Det er sannsynligvis viktig å følge opp kvaliteten i disse tilbudene også.

I tillegg er det trolig enda mer uklare grenser for hva som er kommunale oppgaver og hva som er spesialisthelsetjenestens oppgaver innen rusfeltet enn innen psykisk helse. Rus er et ungt felt innen spesialisthelsetjenesten, og det er mye som ikke er plassert enda. Det ligger mye kompetanse i kommunene som bygde opp kompetanse fra 1994 (LOST) til 2004 da Rusreformen kom. Helseforetakene har brukt tid og ressurser på å bygge spesialisthelsetjenesten av tidligere sosialfaglige institusjoner. Dette vil fortsatt ta tid.

### **Utfordringer i spesialisthelsetjenesten**

I følge fagfolk er ventetiden i TSB en utfordring. Det er også utfordrende å ha tilstrekkelig ø-hjelp (rusakutt) og avgiftingskapasitet.

Det fremheves også at nasjonale føringer om styrking av polikliniske tjenester som implisitt fordrer omstilling fra døgn til dag/poliklinikk, krever en riktig balansegang mellom de ulike tiltakene og at de polikliniske tiltakene blir riktig utformet for å ivareta ulike målgrupper.

Ambulante tjenester, samhandling, ansvarsgrupper, dagbehandling o.l. er satsningsområder. Samtidig "lønner" disse tjenestene seg dårlig når det gjelder refusjoner og aktivitetsregistrering. For å tilfredsstille aktivitetskrav og inntjening er det mer hensiktsmessig med vanlige polikliniske konsultasjoner. Registreringssystemer og økonomiske insentiver må tilpasses den faglige dreiningen som er ønskelig. Vi kommer tilbake til dette i de neste kapitlene.

Ett annet innspill vi har fått fra rusfeltet er at strukturen i rusfeltet er en utfordring da det har vært en tradisjon for rusavhengige å bli sendt langt fra sitt hjemmemiljø for behandling, -det har vært regnet som en kvalitet og styrke. Etter rusreformen var et av kravene at

pasientene skal få helhetlig og samtidig behandling for sine lidelser som ofte er av både psykisk, somatisk og sosial karakter i tillegg til rusavhengigheten. Da bør hele behandlingen foregå i nærhet av hverandre og i nærheten av hjemkommunen. I dette ligger også et krav om at DPS-ene skal spille en sterk rolle. Omstillingsutfordringen skal være fra døgnbehandling til dagbehandling, poliklinikk og ambulante tjenester med hjemmebehandling - og fra sykehusbehandling til behandling i DPS (se Pedersen et al., 2012). Det er ikke slik at tiltak utviklet for psykisk helse, også dekker ruspasienters behov, for eksempel ACT-team. Rusbehandling er for de aller fleste en langvarig behandling med mange aktører i løpet av forløpet. Det stiller samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenestene overfor store utfordringer.

I tillegg er det verken på plass en avklaring når det gjelder faglig konsensus på hva god rusbehandling skal inneholde og hvordan definere en "utskrivningsklar" pasient. Fra sektoren hører vi at bildet forverres ytterligere av manglende finansieringsløsninger for denne gruppen pasienter og brukere i samhandlingsreformen.

### **Oppsummert**

Vi finner ikke nyere forskning som kartlegger udekkede behov for tjenester og tiltak til mennesker med ruslidelser og vansker, men det vil komme en kartlegging fra SINTEF gjennom pasientkartleggingene i 2013 (pasienter i døgnbehandling) og i 2014 (pasienter i poliklinisk behandling). Disse vil gi kunnskap om behovsdekning og udekkede behov, særlig for kommunale tjenester. Det er lite kunnskap om hva som fremmer eller hindrer godt samarbeid mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og i kommunene, men det er også lite kartlagt hvordan dette samarbeidet fungerer i dag. Vi forventer at det er likhetstrekk med psykisk helse feltet, men også at det er spesielle utfordringer i samarbeidet rundt mennesker med ruslidelser. Kanskje er det særlig rundt de ambulante tjenestene som er utviklet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, men dette er det lite kunnskap om.

## 3 Kommunal medfinansiering

Gjennom opptrappingsplanene for rus og psykisk helse og samhandlingsreformen har kommunene fått et langt større ansvar for forebygging og tjenestetilbud til mennesker med ruslidelser og alvorlige psykiske lidelser. Det er også en premiss at mestring og å mest mulig klare seg selv i sitt lokalmiljø er den ideologiske rettesnor. Utviklingen har medført et sterkt behov for kompetanseoppbygging, ressurstilførsel, gode modeller for bolig/tjenester utenfor institusjon i kommunene og det kreves gode samhandlingsrutiner med spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal støtte opp under utviklingen både på individnivå og systemnivå. Dette er en forutsetning for den nødvendige kontinuitet og faglig forsvarlighet i tjenestene, som både kommunene og sykehusene har et ansvar for. Her ligger viktige utfordringer. Det er en nødvendig forutsetning at kapasiteten, og endringer i kapasitet i sykehusene, er i samsvar med oppbygging av tilbudene i kommunene, spesielt til brukere med store behov for oppfølging.

Aktørene i hjelpeapparatet må ha en klar oppgaveforståelse og bidra til godt samarbeid for å sikre koordinerte og kontinuerlige tjenester. Dette skal sørge for:

- Rett kompetanse til rett tid for å forebygge og hindre forverring
- Hindre innleggelser/reinnleggelser
- Skape gode overganger ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til kommunalt tilbud

Finansieringsordninger og insentivstrukturer i helsetjenesten må støtte opp om denne utviklingen og ikke medføre insentiv til vridningseffekter som motvirker dem.

### 3.1 Kort om finansieringsmodeller

Finansiering er ett av flere virkemidler som benyttes for å nå et sett med helsepolitiske mål.

Viktige mål hvor utforming av finansieringssystemet vil være av betydning er:

- Likeverdig tilgjengelighet til helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen
- Effektivitet i ressursutnyttelsen
- Kontroll over samlede kostnader

En finansieringsmodell regulerer det økonomiske forholdet mellom en bestiller og en leverandør av helsetjenester. En vanlig inndeling av finansieringsmodeller vil være:

- Retrospektive modeller:
  - Dette er modeller hvor bestiller i stor grad refunderer leverandørens påløpte kostnader.
- Prospektive modeller:
  - Dette er modeller hvor inntektene er uavhengig av leverandørens faktiske kostnader. Det er to typer prospektive modeller:
    - Faste rammebudsjetter
      - Budsjettet knyttes til ønsket aktivitet (kostnad-volum)
      - Budsjettet knyttes til befolkningens størrelse og sammensetning ("capitation")
    - Aktivitetsbasert finansiering
      - Etter pasientforløp
      - Etter opphold (evt. "DRG-poeng")
      - Etter liggedøgn
      - Etter konsultasjoner (evt. "poliklinisk DRG")
      - Etter enkelttjenester ("takster")
      - Etter resultat ("pay for performance – P4P")

I helsetjenesten i Norge benyttes i dag hovedsakelig prospektive modeller. I spesialisthelsetjenesten finansieres de regionale helseforetakene (RHF) gjennom en kombinasjon av ramme ("capitation") og aktivitetsbasert finansiering (ISF, polikliniske refusjoner). Samme prinsipp benyttes av de regionale helseforetakene i finansieringen av de lokale helseforetakene. Det er imidlertid et skille mellom finansieringen av somatiske tjenester og finansieringen av psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). For de sistnevnte er finansieringen av døgnaktivitet en ren rammefinansiering, dog med variasjoner i forhold til om den baseres på (antatt) aktivitet eller "capitation".

### **3.2 Insentiver og finansiering**

Ulike former for finansiering vil gi ulike incentiver, og dermed ha ulik innretning i forhold til de fire målene som ble beskrevet over. Generelt vil modeller som baseres på refusjon av kostnader være dårlig egnet til å nå mål om kostnadskontroll og effektivitet. Slike modeller benyttes derfor sjelden. Valget står dermed gjerne mellom en finansiering basert på faste rammer eller en finansiering basert på aktivitet. Disse kan også kombineres. Den aktivitetsbaserte finansieringen i somatisk sektor, er eksempelvis en kombinasjon av 60 prosent ramme og 40 prosent aktivitet. Fordelingen mellom ramme og aktivitet har, siden innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997, variert mellom 70/30 via 40/60 til dagens 60/40.



Det er også verdt å merke seg at aktivitetsbaserte modeller kan ha tak på maksimal aktivitet. Eksempler på dette finner man i enkelte danske regioner, hvor den aktivitetsbaserte utbetalingen stanser når man når et avtalt aktivitetsmål. I Magnussen og Kalseth (2011) gis en oversikt over finansieringsformer, og her beskrives insentivene slik:

	Prospektiv		Retrospektiv
	Ramme	Aktivitet	
Aktivitet/tilgjengelighet	-	+	+
Produktivitet (kostnadseffektivitet)	-+*	+**	-
Kostnadskontroll	+	-	-
Kvalitet	0/-*	-***	+

0/+/- indikerer henholdsvis ingen, positiv eller negativt forventet effekt/insentiv.

\* Effekter avhenger av motivasjon/formål (profitt eller slakk, aktivitet, kvalitet), men det ligger ikke finansielle insitamenter i noen spesiell retning i faste systemer.

\*\*Per diem finansiering gir insentiv til å øke liggetiden, er ikke produktivitetsfremmende

\*\*\* Resultatbasert finansiering stimulerer til økt kvalitet på områdene som måles, men kan ha negative effekter på områder som ikke måles.

Som vi ser er de forventede effektene av en finansieringsmodell ikke nødvendigvis entydige. Hvilke konsekvenser dette har for en modell med kommunal medfinansiering diskuteres under.

### 3.3 Grunnlaget for aktivitetsbasert finansiering

Aktivitetsbasert finansiering innebærer altså at hele eller deler av inntekten til tjenesteproduzenten gjøres avhengig av aktivitetsnivået. En aktivitetsbasert finansiering kan baseres på ulike former for aktivitet:

- allmennlegen finansieres i dag delvis etter antall konsultasjoner og prøver; dette er en form for aktivitetsbasert finansiering
- somatiske sykehus finansieres i dag delvis etter antall utskrivinger og konsultasjoner korrigert for diagnose (DRG); dette er en form for aktivitetsbasert finansiering
- somatiske sykehus finansieres i dag delvis etter antall liggedøgn innen visse diagnosegrupper; dette er en form for aktivitetsbasert finansiering
- poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern og TSB, samt avtalespesialister finansieres i dag delvis gjennom takstrefusjon; dette er en form for aktivitetsbasert finansiering

Den aktivitetsbaserte finansieringen kan dermed knyttes til *tjenester*, *liggedøgn* eller

*opphold*. Det er selvfølgelig også fullt mulig å knytte finansieringen til pasientforløp, men dette krever at disse kan avgrenses tydelig, og har i praksis vist seg å være vanskeligere.

Aktivitetsbasert finansiering gir insentiv til å utføre en aktivitet så lenge (marginal)kostnaden er lavere enn inntekten. Den vil dermed kunne føre til høyere aktivitet, bedret effektivitet, men kan også gi kvalitetsproblemer. Det pekes særlig på potensielle problemer knyttet til seleksjon (av lønnsomme pasienter) og til kostnadsbesparende tiltak som går på bekostning av kvalitet.

Det er viktig å merke seg at insentivene til effektivitet er knyttet til utføring av den aktiviteten som finansieres. Dette kan forklares på følgende måte:

- En aktivitetsbasert finansiering som knyttes til enkelttjenester kan gi effektiv produksjon av hver enkelt tjeneste. Samlet sett kan det allikevel bli produsert for mange tjenester, slik at den totale ressursbruken knyttet til et pasientforløp blir for høy.
- En aktivitetsbasert finansiering som knyttes til liggedøgn kan tilsvarende gi for lang liggetid, og dermed en ineffektiv ressursbruk.
- En aktivitetsbasert finansiering som knyttes til opphold kan gi incentiv til «serieopphold», og også gi kvalitetsproblemer som igjen kan gi reinnleggelser.

Utfordringene knyttet til seleksjon av «lønnsomme» pasienter vil være større jo vanskeligere det er å beskrive og prise aktiviteten. Dersom den aktivitetsbaserte finansieringen er knyttet til et svært heterogent aktivitetsmål vil dette, alt annet likt, kunne gi større press mot seleksjon av lønnsomme grupper. Tilsvarende vil en finansiering hvor det er stor usikkerhet rundt prisen kunne gi uønskede vridninger.

### **3.4 Hva er spesielt med KMF?**

En finansieringsmodell regulerer (det finansielle) forholdet mellom en bestiller av helsetjenester og tjenesteleverandøren. Tradisjonelt tenker vi på finansieringsmodellene som et virkemiddel for å styre atferden til tjenesteleverandøren. Det spesielle med kommunal medfinansiering (KMF) er at denne er utformet med sikte på å styre atferden til "bestilleren". Ved å legge et økonomisk ansvar, og dermed en "bestillerfunksjon" på kommunene, er hensikten å redusere bruken av spesialisthelsetjenester og øke bruken av kommunale tjenester/øke omfanget av forebygging. Det betyr at en vurdering av modeller for KMF både må vurdere effekten på atferden i spesialisthelsetjenesten og på hvilke insentiver som ligger for endret atferd hos kommunene. Noe forenklet kan vi si at vi ønsker at en modell med kommunal medfinansiering skal:

- Gi *kommunene* insentiv til å redusere bruken av spesialisthelsetjenesten – « redusere størrelsen på "bestillingen" »
- Gi *helseforetakene* insentiv til å produsere helsetjenestene uten unødig bruk av ressurser og med høy kvalitet

Det viktige blir dermed å være på vakt mot finansieringsmodeller som gir motstridende insentiver. Særlig viktig vil det være å unngå ordninger som gir *kommunene* insentiv til å redusere aktiviteten (bygge opp egne tiltak), mens *helseforetakene* gis insentiv til å øke aktiviteten.

Det andre spesielle forholdet med kommunal medfinansiering er knyttet til "bestillerens" (kommunens) risiko. Dels er dette knyttet til at kommunene ikke er bestiller i tradisjonell forstand, de har i praksis ikke kontroll over eller myndighet til å kontrollere omfanget av bruken av spesialisthelsetjenester. Kommunenes virkemidler er dermed avgrenset til å bygge alternative løsninger av en slik kvalitet, og i et slikt omfang, at de reelle bestillerne (førstelinjetjenesten) velger disse framfor henvisninger til spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil kommunene ha en risiko knyttet direkte til tilfeldige variasjoner i behovet for spesialisthelsetjenester i befolkningen. Denne risikoen vil være (relativt) større jo mindre kommunen er og jo større andel av utgiftene i spesialisthelsetjenesten kommunene gjøres ansvarlig for.

### 3.5 Krav til utforming av en kommunal medfinansieringsmodell

Vi har som utgangspunkt at hensikten med kommunal medfinansiering er å redusere bruken av spesialisthelsetjenester uten at dette samtidig går på bekostning av kvaliteten på det tilbudet som blir gitt til befolkningen. For at en slik finansieringsordning skal virke etter hensikten må følgende momenter vurderes:

- Er insentivet så kraftig at det bidrar til ønsket endring i atferd?
  - Er kostnaden ved å etablere et kommunalt tilbud lavere enn prisen man betaler for en spesialisthelsetjeneste?
- Er insentivet så kraftig at det stimulerer til økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten
  - Erstatte medfinansiering en modell med rammefinansiering?
- Er aktivitetsmålet så klart avgrenset at det ikke gir insentiv til fløteskumming?
- Står prisen i rimelig forhold til (de forventede) kostnadene?

### **3.6 Helsedirektoratets begrunnelse for kommunal medfinansiering**

Helsedirektoratet sier det er flere begrunnelser for å innføre kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB), og ulike aktører vil kunne vektlegge forskjellig ved vurdering av dette. Følgende momenter er sentrale i de vurderinger som de har gjort:

- Kommunene stimuleres ytterligere til å rette fokus mot tilbudet til pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk.
- Det etableres et sterkere økonomisk bånd mellom kommuner og foretak som skal bidra til et enda tettere samarbeid mellom disse.
- Balansering av virkemiddelbruken for å unngå vridningseffekter i retning økt fokus på somatisk sektor.

## 4 Utviklingen i Norge i et nordisk perspektiv

Utfordringsbildet for helse og omsorgstjenestene som legges til grunn for Samhandlingsreformen, og også sykehusreformen i sin tid, finner vi igjen som grunnlag for utvikling av tjenestene i mange andre land, herunder våre naboland (Kalseth et al., 2010); det vil si rett behandling, på rett sted til rett tid. Utgangspunktet er et uttalt behov for å restrukturere og effektivisere tjenestene for å øke kvaliteten og bedre resultatene i tjenestene og å utnytte tilgjengelige ressurser bedre for å møte fremtidige utfordringer knyttet bla til en aldrende befolkning. Et fellestrekk i utviklingen er en restrukturering av tjenestene som går i to retninger. På den ene siden ser vi en utvikling i retning av regionalisering og sentralisering av akutfunksjoner på sykehus og høyspesialiserte funksjoner. På den andre siden ser vi en utvikling i retning integrasjon, samarbeid og desentralisering med vekt på forebygging, tidlig innsats, nærhet til tjenester, rask tilgang, bedre koordinering og samhandling, bedre pasientforløp og økt brukermedvirkning.

Et felles utviklingstrekk er at kommunene skal spille en større og viktigere rolle. I Danmark og Finland er det lagt til grunn at en omfattende endring i kommunestrukturen er nødvendig for å kunne gjennomføre de ønskede endringer i tjenestene og sikre robuste tjenestestrukturer: kommunene må ha et visst befolkningsgrunnlag for å kunne ha tilstrekkelig stabilitet, fleksibilitet, kompetanse og tverrfaglighet, for å kunne tilby et bredt spekter av tjenester med god kvalitet og med effektiv bruk av ressurser.

Det er også et trekk det siste ti-året at finansieringsordningene igjen går i retning av mer bruk av markedsinspirerte mekanismer blant annet gjennom bruk av økonomiske insentiver som for eksempel finansiering basert på aktivitet (ISF) og resultat/prestasjoner ("pay for performance"). Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester hører inn i dette bildet. Danmark innførte kommunal medfinansiering, også for psykisk helsevern, allerede i 2007. Vi skal i dette avsnittet beskrive de viktigste endringene spesielt i Danmark, og også gi en kort beskrivelse av utviklingstrekk for Finland. Det er klare paralleller mellom Danmark og Norge, herunder innføring av kommunal medfinansiering, men det er også viktige forskjeller. I Finland ligger finansieringsansvaret allerede på kommunene, men spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester er organisasjonsmessig atskilt og det er planlagt store endringer i tjenestestruktur som skal bidra til bedre integrasjon av ulike tjenester.

### 4.1 Danmark

Ansvar for tjenester for mennesker med psykiske lidelser er i Danmark delt mellom regionene og kommunene. De regionale tjenestene omfatter bl.a. diagnostikk og behandling på sykehusavdelinger, i distriktpsikiatri og i praksissektoren (legespesialister og

allmennleger). De kommunale tjenestene omfatter sosiale støtteordninger, dagaktiviteter, arbeidsrettede tiltak, botilbud, hjemmesykepleie, samt fremme av psykisk helse og aktiviteter i regi av skoler mv. Dagens oppgavefordeling ble lagt ved iverksettingen av den omfattende strukturreformen (kommunalreformen) i 2007.

#### 4.1.1 Strukturreformen

Dette var en reform som innebar store endringer i oppgavestruktur- og fordeling, kommune- og regionstruktur, samt styring og finansiering. Utgangspunktet for reformen var et utvalgsarbeid (strukturkommisjonen) som konkluderte med at oppgavefordelingen i den offentlige sektor på flere områder var uhensiktsmessig, og at amtene og kommunene ikke var store nok til å ivareta sine oppgaver (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). Reformen omfattet flere områder enn helse. En viktig del av reformen var at kommunene skulle ta et større ansvar på helseområdet; med særskilt fokus på forebygging, herunder helsefremmende arbeid og rehabilitering. Oppgaver ble flyttet fra (de tidligere) amtene til kommunene (forebygging, gjenopptrening utenfor sykehus, sosialpsykiatri, rusbehandling, spesialisert tannbehandling for psykisk syke, psykisk utviklingshemmede mfl)<sup>14</sup>. Reformen skulle bidra til koordinerte forløp for kroniske pasienter, med kommunene ansvarlig for primærforebyggende tiltak, tidlig innsats, pasientrettet forebygging, oppfølging etter utskrivning fra sykehus, og palliativ innsats. Sykehusene skulle utvikles i retning av økt spesialisering og kortere oppholdstider. Det ble introdusert en ny og forsterket samarbeidsstruktur med inngåelse av "sundhedsavtaler" mellom kommuner og regionene<sup>15</sup>. Kommunal medfinansiering av regionale helsetjenester ("behandlingstjenester<sup>16</sup>" + "praksisfeltet<sup>17</sup>") ble introdusert som et økonomisk virkemiddel som skulle stimulere kommunene til økt innsats innen forebygging, rehabilitering og pleie, som kan redusere innbyggernes behov for i særlig grad spesialisthelsetjenester (herunder utvikle substituerende tilbud), og underbygge forpliktende samarbeid mellom regionene og kommunene. De innførte også kommunal finansiering av ferdigbehandlede (utskrivningsklare) pasienter som en del av de økonomiske virkemidlene. Tidligere hadde dette, slik som i Norge, vært basert på frivillige avtaler.

---

<sup>14</sup> Jf Aftale om strukturreform fra 2004 mellom regjeringen (Venstre og Det Konservative Folkeparti) og Dansk Folkepart. Lovgrunnlaget for reformen på helseområdet ble etablert med vedtakelsen av sundhedsloven (lov nr. 546 af 24. juni 2005).

<sup>15</sup> Psykisk helse er ett av 6 obligatoriske avtaleområder.

<sup>16</sup> Somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester.

<sup>17</sup> Private lege spesialister, allmennleger, fysioterapi, tannleger, fotterapi, psykologer, kiropraktorer. I Danmark har regionene ansvar for disse tjenestene.

Samhandlingsreformen har altså mange fellestrekk med den danske strukturreformen. Den norske reformen skiller seg fra den danske på to viktige områder:

- Den danske ordningen for kommunal (med)finansiering omfattet alle typer tjenester inklusive psykisk helsevern.
- Endringer i kommunestrukturen ble ansett som nødvendig for å kunne implementere de foreslåtte endringene i oppgavestruktur- og fordeling. Antall kommuner ble redusert fra 275 til 98.<sup>18</sup>

#### 4.1.2 Kommunal medfinansiering (KMF)

Fra 2007-2011 omfattet KMF to typer bidrag fra kommunene:

- i. Grunnbidrag: beløp per innbygger
- ii. Aktivitetsavhengig bidrag, som bestemmes av:
  - Prosentandel KMF av enhetspris/takst per aktivitetseenhet. Aktivitetseenheten er:
    - Somatikk: DRG (innlagte) og DAGS<sup>19</sup> (poliklinikk)
    - Psykiatri: sengedøgn (innlagte) og besøk (poliklinikk)
    - Praksisfeltet: Besøk
  - Tak på utbetaling per behandling (opphold/besøk)

Tak på utbetaling innebærer implisitt en differensiering mellom pasientgrupper for innlagte pasienter, i og med at andelen KMF er lavere på kostnadskrevenne behandlinger enn behandlinger med lav DRG-pris (somatikk)/få liggedager (psykisk helsevern).

I 2012 ble grunnbidraget avskaffet og det aktivitetsbaserte bidraget tilsvarende økt. Det vil si at de økonomiske insitamentene som ligger i KMF ble forsterket. Endringen omfattet imidlertid kun somatisk aktivitet.<sup>20</sup> Psykisk helsevern var dermed ikke omfattet av sterkere økonomiske insentiver.<sup>21</sup>

Det ble i 2012 også innført tak på regionenes inntekter fra KMF. Det samlede taket er for 2013 anslått til 19,295 millioner danske kroner (DKr).<sup>22</sup> Hvis kommunenes samlede

---

<sup>18</sup> Ansvar for spesialisthelsetjenestene som før var organisert i 14 amter ble overført til 5 regioner. Dette har også fellestrekk med sykehusreformen i Norge med regionalisering og omstrukturering av spesialisthelsetjenestene.

<sup>19</sup> "DRG" for poliklinikk.

<sup>20</sup> Andel betaling av DRG/DAGS-takst økte fra 30 % til 34 %, samtidig som taket (maksimalt beløp) per utskriving økte fra max 5,000 DKr til 14,025 DKr (14,221 DKr i 2013) og taket per polikliniske besøk (DAGS-takster) økte fra om lag max 330 DKr til 1,384 DKr (1,403 DKr i 2013).

<sup>21</sup> KMF for allmennlegetjenester ble heller ikke endret og er fortsatt på 10 % av bruttohonoraret.

<sup>22</sup> <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=142578>

medfinansiering på regionnivå overstiger taket går det overskytende beløp tilbake til staten, som tilbakefører midlene til kommunene etter gitte regler.

KMF for psykisk helsevern består av:

- 60 % av sengedagstakst - maksimalt (per innleggelse) 8,227 DKr (2013)
- 30 % av den polikliniske refusjonen (besøktaksten<sup>23</sup>)

Taket på KMF betaling per innleggelse innebærer at kommunene i realiteten betaler maksimalt 60 % av kostnaden for de fire første døgnene<sup>24</sup>. Alt over 4 døgn er således gratis for kommunene.

Kommunal finansiering av ferdigbehandlede pasienter i psykisk helsevern er på 1,819 DKr per dag.

KMF er beregnet til å utgjøre 17,9 % av produksjonsverdien innen psykisk helsevern i Danmark (Danske Regioner, 2012). Det er mye større andel KMF på det polikliniske området (30 %) enn for innlagt virksomheten (10,5 %). KMF utgjør en noe høyere andel i somatisk spesialisthelsetjeneste (25 %). Det er mindre forskjell i andel mellom poliklinisk og innlagt virksomhet innen det somatiske området (hhv 23,2 % og 28 %).<sup>25</sup>

Beregninger basert på 2008-tall (se Figur 2.6b) viser at det var større forskjeller mellom kommunene i andelen som hhv somatisk innlagt og poliklinisk medfinansiering utgjør av total KMF for kommunen, enn tilsvarende for psykisk helsevern (Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Finansministeriet, 2010). Kommunene er altså mer lik i bruken (andelen KMF) av regionale psykiatriske tjenester enn somatiske tjenester. Det er også større forskjeller i andelen KMF brukt på praksisfeltet (sygesikring). De store forskjellene mellom somatikk og psykiatri må ses i sammenheng med at størstedelen av KMF gjelder betaling for somatiske virksomheter. I 2008, dvs. før økningen i KMF på somatikkområdet, utgjorde psykisk helsevern kun 6,1 prosent av kommunenes utlegg til KMF. Andelen av samlet KMF i kommunen som går til å medfinansiere innleggelser i psykisk helsevern viser større spredning enn andelen som går til å medfinansiere poliklinisk aktivitet, selv om sistnevnte utgjør en større andel av utgiftene til KMF på landsbasis.

<sup>23</sup> Besøktaksten var 1,642 DKr i 2010, dvs. at den kommunale medfinansieringen var 492 DKr per besøk

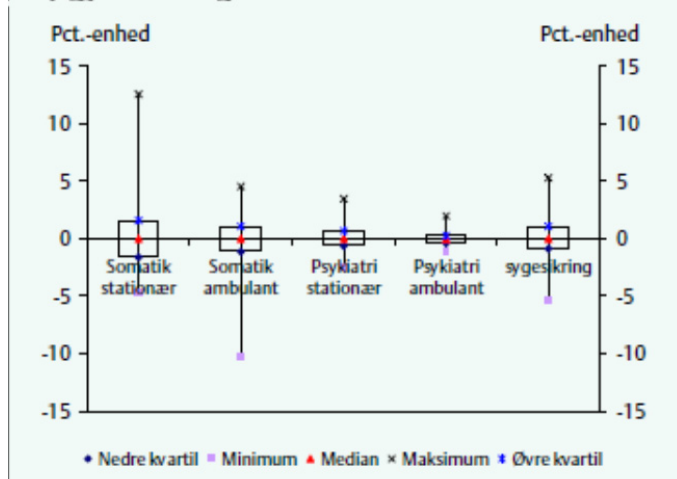
<sup>24</sup> Dagstakst i 2010 priser var 3,282 DKr per dag og taket var 7,891 DKr per dag;  $7891/(3282*0.6)=4$ .

<sup>25</sup> Andelen KMF innen somatikken gikk betydelig opp etter omleggingen i 2012. Basert på 2008-produksjon med 2009-takster var andelen KMF innen somatikk 14,1 for innlagte og 15,9 for poliklinikk. For psykisk helsevern var andelen 7,9 % for innlagte og 30 % for poliklinikk. Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet. 2010. Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet



Figur 2.6b

Forskell i andelen af kommunernes bidrag til medfinansiering fordelt på område opgjort i afvigelse fra mediankommunen



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Finansministeriet, 2010.

#### 4.1.3 Noen nøkkeltall og utviklingstrekk innen psykisk helsevern (psykiatrien) i Danmark<sup>26</sup>

Utgiftene til barne- og ungdomspsykiatrien var på 1,105 millioner DKr i 2011, eller 254 kroner per innbygger. Det har vært en gjennomsnittlig årlig realøkning på 4,7 % i perioden 2008-2011. Det var 1,727 årsverk og 193 senger i 2011. Av helsefaglig årsverk var 582 i sengeavdelinger (43 %) og 768 (57 %) i poliklinisk virksomhet. Antall pasienter per 1000 barn og unge var 17,5 i den regionale psykiatrien (offentlig) og 3,2 hos spesialistlegene. Antall sengerdøgn og polikliniske besøk per 1000 barn og unge var henholdsvis 43,5 og 110,4. Gjennomsnittlig antall sengerdøgn var 38,6.

Utgiftene til allmenne behandlingstilbud innen voksenpsykiatrien (dvs. eksklusive rettspsykiatri) var på 5,413 millioner DKr i 2011, eller 1,245 kroner per innbygger. Legger vi til rettspsykiatri var utgiftene på 6,207 millioner DKr. Det har vært en gjennomsnittlig årlig realøkning på 0,5 % i perioden 2008-2011. Det var<sup>27</sup> 7,976 (8,998) årsverk<sup>28</sup> og 2,323 (2639) senger i 2011. Av helsefaglig årsverk i de ordinære tilbudene var 4,241 i

<sup>26</sup> Basert på Deloitte. 2012. Analyse af kapaciteten i psykiatrien

<sup>27</sup> Tallene i parentes i dette avsnittet er inklusive rettspsykiatri.

<sup>28</sup> Regional psykiatri, dvs. ekskl. spesialistpraksis.

sengeavdelinger (67 %) og 2,102 i poliklinisk virksomhet (33 %). Antall pasienter per 1000 voksne var 21,7 (22,2) i den regionale psykiatrien og 13,3 hos spesialistlegene. Antall sengedøgn og polikliniske besøk i den regionale psykiatrien per 1000 voksne var henholdsvis 166,8 (220,8) og 173 (177,7). Gjennomsnittlig antall sengedøgn var 17,2 i den ordinære psykiatrien og 237 i rettspsykiatrien.

Veksten i antall pasienter har vært mye større innen barne- og ungdomspsykiatrien (165 %) enn voksenpsykiatrien (25 %) i siste tiårs periode (2001-2011). Den gjennomsnittlige årlige veksten har vært relative stabil i periodene før og etter strukturreformen, med en noe høyere gjennomsnittlig årlig vekst i perioden etter reformen (se tabellen nedenfor).

**Tabell 4.1 Endring i antall pasienter i det regionale psykiske helsevernet (ekskl spesialleger) i Danmark.**

	Antall pasienter			Prosentvis endring i perioden			Gjennomsnittlig årlig endring		
	2001	2007	2011	2001-2007	2007-2011	2001-2011	2001-2007	2007-2011	2001-2011
Barn og unge	7,982	13,990	21,181	75 %	51 %	165 %	9.8 %	10.9 %	10.3 %
Voksne	74,994	85,076	93,422	13 %	10 %	25 %	2.1 %	2.4 %	2.2 %
Rettspsykiatri	1,292	2,510	3,904	94 %	56 %	202 %	11.7 %	11.7 %	11.7 %

Kilde: Deloitte. 2012. Analyse af kapaciteten i psykiatrien

Sammenlignet med Norge har Danmark en mye lavere ressursbruk i psykiatrien. Antall årsverk er nesten dobbelt så høyt i Norge som i Danmark<sup>29</sup>. Antall senger er og så betydelig høyere (mer enn 60 %) både innen psykisk helsevern for barn og unge og voksne. Forskjellene i ressursinnsats gjenspeiles (i stor grad) i antall personer som får behandling; mer enn dobbelt så mange barn og unge har mottatt behandling i Norge sammenlignet med Danmark. Norge har betydelig høyere antall sengedøgn per innbygger 0-17 år. Gjennomsnittlig oppholdstid er ikke høyere i Norge. Tallene for poliklinisk aktivitet er vanskeligere å sammenligne, men tallene for tiltak for Norge er mye høyere enn tallene for besøk i Danmark. Forskjellene i antall pasienter er mindre innen psykisk helsevern for voksne, men likevel betydelige; Norge har nesten 50 prosent flere pasienter som behandles i helseforetakene enn vi finner for de regionale tjenestene i Danmark. Norge har også 50 % flere sengedøgn og tallene tyder også på at Norge har flere konsultasjoner per voksne innbygger enn Danmark.

<sup>29</sup> Norske tall er basert på SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2011.

Forskjellen mellom de to landene skyldes ikke en reduksjon i ressursbruk og aktiviteter i Danmark etter reformen. Danmark hadde også betydelig lavere ressursbruk i psykisk helsevern enn Norge før reformen (Kittelsen et al., 2009). Dette må ses i lys av den kraftige veksten i psykisk helsevern som følge av Opptappingsplanen i Norge. Norge hadde totalt sett en noe sterkere utgiftsvekst enn Danmark i perioden 2008-2011. For barn og unge var veksten etter reformen imidlertid større i Danmark. Antall pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge har også hatt en betydelig sterkere prosentvis vekst i Danmark. Vi har ikke tall for voksne pasienter for Norge tilbake til 2007. I perioden 2009-2011 var veksten for voksne ganske lik i de to landene. I Danmark har det vært en vekst i antall utskrivninger samtidig med en betydelig reduksjon i gjennomsnittlig liggetid. Nedgangen i liggetid startet imidlertid før reformen. Veksten i antall utskrivninger etter reformen var om lag som i Norge. Før reformen var det en tendens til reduksjon i antall innleggelser, men utviklingen er snudd til økning fra 2007.

Reformen har altså ikke medført en reduksjon i ressurser og bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten i Danmark<sup>30</sup>. Det psykiske helsevernet i Danmark er imidlertid tilført betydelige midler gjennom særskilte bevilgninger fra staten (satspuljen) (KREVI, 2011). Bevilgningene er økt fra rundt 200 millioner kroner før reformen til over en milliard kroner i 2012 (Hedegaard, 2012). I 2011 finansierte satspuljebevilgningene ca. 12 prosent av utgiftene i den regionale psykiatrien.

Kommunenes utgifter til ferdigbehandlede pasienter i psykiatrien er betydelig redusert, spesielt etter 2009; fra rundt 80 millioner kroner i årene 2007-2009 til i om lag 44 millioner kroner i 2011. Reduksjonen tilsvarer 65 fullt belagte senger, eller 3,3 prosent av sengekapasiteten (Deloitte, 2012).

Ser vi nærmere på utviklingen i Danmark etter strukturreformen finner vi betydelige forskjeller både i utvikling og nivå på tjenester mellom regionene. For eksempel varierer gjennomsnittlig liggetid fra 11,9 dager i Sjælland til 26,9 dager i Nordjylland.

Det er en vesensforskjell i organiseringen og finansieringen av det psykiske helsevernet i regionene i Danmark sammenlignet med i de regionale helseforetakene i Norge. I Danmark har alle regionene samlet psykisk helsevern i en organisasjon, med tilhørende budsjett. Det

---

<sup>30</sup> På den korte tiden vi har hatt til rådighet har vi ikke funnet noen samlet framstilling over utvikling i kommunenes tjenester til mennesker med psykiske lidelser etter reformen. I likhet med Norge har kommunene i Danmark valgt ulik organisering og regnskapsføring av tjenestene og det er derfor vanskelig å trekke ut sammenlignbare tall. En analyse av fem kommuner for perioden 2009-2011 viser imidlertid en betydelig reduksjon for fire av fem kommuner. Den kommunale medfinansieringen økte i tre av kommunene. Kilde: BDO. 2012. Hedensted kommune. Analyse av utgifterne til socialpsykiatriområdet.

vil si at budsjettet/prioriteringen av psykisk helsevern settes på regionnivå. Dette i motsetning til i Norge hvor helseforetakene omfatter både somatiske tjenester og psykisk helsevern (og rusbehandling), og hvor budsjettfordelingen mellom tjenesteområdene derfor settes på helseforetaksnivå.

Det er i den senere tid satt søkelys på situasjonen i psykiatrien i Danmark, og det tegnes et bilde av en sektor som er under sterkt press på alle nivåer. Det pekes på den sterke nedgangen i liggetid og at pasientene skrives ut for tidlig til skade for pasientene. De kommunale tjenestene kommer under press fordi pasientene er dårligere når de skrives ut. Selv om dette delvis er en ønsket utvikling med en større inkludering av mennesker med psykiske lidelser i samfunnet, og hvor kommunale tjenester og distriktpspsykiatrien skal ta et større ansvar, så anses nedgangen i liggetid ved sykehusene altså å ha gått for langt. Pasientene skrives for raskt ut til poliklinisk oppfølging og fortrenger den mellomgruppen av pasienter som ikke er syke nok til å bli innlagt og som får lang ventetid til poliklinisk behandling. Det etterlyses flere ressurser til psykiatrien.<sup>31</sup>

Det ble i 2012 satt ned et utvalg som skal komme med forslag til hvordan innsatsen for mennesker med psykisk lidelser skal tilrettelegges og utføres på en best mulig måte<sup>32</sup>. Utvalget skal komme med et to-delt forslag: *"Del I skal inneholde konkrete forslag, der innebærer en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område. Det omfatter bl.a. forslag, der innebærer en bedre organisering og tilrettelæggelse af psykiatrien, og forslag til mere fokuseret indsats/prioritering baseret på den nyeste viden. Hertil kommer tiltag til bedre styring og omkostningseffektivitet. Del II skal indeholde nye forslag på området, der efter udvalgets opfattelse kunne prioriteres, baseret på den nyeste viden/evidens for tiltaget og et generelt krav om omkostningseffektivitet"*. Den økonomiske situasjonen setter rammen for utvalgsarbeidet med fokus på bedre utnyttelse av eksisterende ressurser (effektivisering) og fokus på evidensbaserte tiltak (prioritering). Utvalget skal avgi rapport medio 2013.

#### **4.1.4 Kommunestørrelse**

En vesentlig del av reformen som ble iverksatt i Danmark i 2007 var store strukturelle endringer som omfattet kommunene (og amtene). Det ble vurdert at kommunene var gjennomgående for små til å håndtere de oppgavene de hadde ansvar for og også med hensyn til å håndtere de nye oppgavene og den nye rollen kommunene skulle få. Det ble derfor satt i gang en prosess med kommunesammenslåinger. I utgangspunktet skulle ingen kommune ha mindre enn 20,000 innbyggere (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005).

---

<sup>31</sup><http://www.kl.dk/Momentum/momentum2011-1-3-id78830/>

<sup>32</sup> <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2012/April/Nedsaettelse-af-udvalg-om-psykiatri.aspx>

Kommunereformen innebar at gjennomsnittstørrelsen på danske kommuner økte fra knapt 20,000 til ca 50,000 innbyggere og med flest kommuner i gruppen 30,000-49,000 innbyggere (40 %), etterfulgt av gruppen 50,000-99,9999 (29 %). 33 kommuner ble ikke berørt av kommunesammenslåinger. Av disse hadde sju under 20,000 innbyggere (til sammen hadde disse 55,000 innbyggere eller knapt 1 prosent av befolkningen) og fem av disse var øy-kommuner. 4,9 millioner innbyggere bodde etter reformen i kommune med mer enn 30,000 innbyggere. Det spekuleres nå på om også 20,000 innbyggere er for smått. En rekke uformelle nettverk av interkommunalt samarbeid har vokst fram etter reformen. *"Disse interkommunale samarbeidene hadde vi ikke regnet med, og vi tror det vil føre til færre og enda større kommuner, sier Weber"* (Kommunal rapport, oktober 2010).<sup>33</sup>

## 4.2 Finland

I Finland er det kommunene som har "sørge-for"ansvaret for alle helse- og sosialtjenester. I dag leveres sykehus-tjenestene i 21 sykehusdistrikt som er organisert som samkommuner som eies og finansieres av kommunene. Det er opp til hvert enkelt sykehusdistrikt å bestemme finansieringsmodell for sykehus-tjenester. Det er også samkommuner for folkehelsearbeid<sup>34</sup>. Primærhelsetjenester organiseres i helsesentraler. I noen tilfeller samarbeider flere kommuner om helsesentralene. I større kommuner kan helsesentralene ha et bredere tilbud med innslag av desentraliserte spesialisthelsetjenester.

I 2005 startet arbeidet med et Strukturprosjekt for en reform av kommune- og tjenestestrukturen. Lovgrunnlaget for gjennomføring av prosjektet trådte i kraft i 2007 og prosjektet varte ut 2012. I likhet med Danmark gjaldt reformene et bredt sett av tjenester og samfunnsområder. Helse var imidlertid ett viktig område. I likhet med Danmark har det vært fokus på å få til større og mer robuste tjenestestrukturer, gjennom kommunesamarbeid- og ikke minst kommunesammenslåinger. Det ble innført økonomiske insentiver for å stimulere til frivillige kommunesammenslåinger. Fra 2007 til 2013 ble antall kommuner redusert fra 432 til 320. Fortsatt er det mange små kommuner; 43 har mindre enn 2,000 innbyggere og 95 mellom 2,000 og 5,000 innbyggere. 264 kommuner har mindre enn 20,000 innbyggere. Arbeidet som ble påbegynt med strukturreformen fortsetter og forsterkes med kommunereformen<sup>35</sup>. Regjeringen har besluttet at det skal

---

<sup>33</sup> Weber er prosjektleder for strukturreformen i KL (interesse- og medlemsorganisasjonen til de danske kommunene).

<sup>34</sup> Det er et utviklingstrekk at samkommunene for folkehelsearbeid avvikles som følge av kommunesammenslåinger eller av integrerte samarbeidsområder for sosial- og helsetjenester (Puustinen og Niiranen, 2011).

<sup>35</sup>

[http://www.suomi.fi/suomifi/svenska/staten\\_och\\_kommunerna/kommunerna\\_och\\_kommunalforvaltning/kommunreformen/index.html](http://www.suomi.fi/suomifi/svenska/staten_och_kommunerna/kommunerna_och_kommunalforvaltning/kommunreformen/index.html)

gjennomføres en omfattende kommunereform som skal sikre en livskraftig kommunestruktur tuftet på sterke primærkommuner basert på naturlige pendlingsområder og som er tilstrekkelig stor til selv å sørge for alle basistjenester, med unntak for krevende spesialisthelsetjenester og avanserte sosialtjenester. Det er gjort utredninger av ny kommunestruktur basert på sett av kriterier som må være oppfylt i forhold til om kommunen oppfyller kravene til en sterk primærkommune<sup>36</sup>. En ny kommunestrukturlov<sup>37</sup> er nå ute på høring i kommunene. Det understrekes at kommuner som har mindre enn 20,000 innbyggere må foreta en utredning om sammenslåing med nabokommuner, og at det ikke gis økonomisk støtte til prosesser som ikke munner ut i kommuner som har en størrelse på minst 20,000 hvis ikke særskilte årsaker tilsier dette. Prosessen med kommunesammenslåinger skal være ferdig innen utgangen av 2017.<sup>38</sup>

Som en del av kommunereformen forberedes også en reform av strukturen innen helse- og sosialtjenestene. Et av hovedmålene med reformen er å sikre mer likeverdige tjenester uavhengig av bosted. Dessuten skal tjenesten styrkes og forbedres på områder som anses for å fungere dårlig og bedre tilgangen til desentraliserte tjenester. Det ble satt ned en arbeidsgruppe som skulle utrede tjenestestrukturen innen helse- og sosialtjenestene. Arbeidsgruppen la frem sitt forslag i januar i år<sup>39</sup>. Forslaget innebærer integrasjon av helse-, omsorg- og sosialtjenester, inklusive hovedvekten av spesialisthelsetjenestene. I henhold til forslaget til kommunereform skal ingen kommune (unntatt i spesielle tilfeller) ha mindre 20,000 innbyggere. Dette anses som minimumstørrelse for å ha mulighet for egen tjenesteproduksjon, å tilby lavterskel tjenester og tjenestenærhet. Men dette befolkningsunderlaget anses for lavt til integrasjon av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Arbeidsgruppen peker på et befolkningsunderlag på mellom 50,000 og 100,000 for full integrasjon av tjenestene. I kommuner som ikke har dette

---

<sup>36</sup> Arbetsgruppen för kommunalförvaltningens struktur, Finansministeriet, februari 2012. En livskraftig kommun- och servicestruktur, del II: Regional genomgång. Finansministeriets publikationer 5b/2012

<sup>37</sup>

[http://www.vm.fi/vm/sv/04\\_publicationer\\_och\\_dokument/03\\_ovriga\\_dokument/20121122Finans/name.jsp](http://www.vm.fi/vm/sv/04_publicationer_och_dokument/03_ovriga_dokument/20121122Finans/name.jsp)

<sup>38</sup> Utredningene av kommunesammenslåinger har fått blandet mottakelse blant kommunene. En undersøkelse foretatt av Kommunförbundet viste at 52 prosent ikke er villige til å gjennomføre sammenslutningsutredninger og at 47 prosent var positivt innstilt. Store kommuner er mer positive enn små kommuner. Mest negative er "kranskommuner", kommuner med lange avstander og skjærgårdkommuner (<http://www.kommunerna.net/sv/serviceomraden/kommunreformen/Sidor/default.aspx>).

Kommunförbundet er enig i behovet for reformer i kommunesektoren men understreker at dette må baseres på det kommunale selvstyret og på initiativ fra kommunene. De støtter målet om sterke primærkommuner og utredninger i tilknytning til dette, men også at kommuner som ikke er rede for kommunesammenslutninger må gis muligheter til å utrede alternative samarbeidsmodeller (<http://www.kommunerna.net/sv/kommunforbundet/media/pressmeddelanden/2013/02/Sidor/statenbor-precisera-sina-riktlinjer-for-kommunreformen.aspx>).

<sup>38</sup> <http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/-/view/1848151>

<sup>39</sup> <http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/-/view/1848151>

befolkningsgrunnet skal integrasjonen sikres gjennom samarbeide med en annen kommune eller innen et "social- og h lsov rdsomr de". Det finnes allerede eksempel på en slik organisasjon; S dra Karelens social- og h lsov rdsdistrikt, som omfatter åtte kommuner, og hvor spesialiserte helsetjenester, primærhelsetjenester, omsorgstjenester og sosialtjenester er integrert og samlet i en felles organisasjon. Det skal være fem "specialopptagningsomr den f r social- og hälsovården". De skal samordne tjenestene innenfor sitt område, styrke kommunenes rolle som bestillere gjennom avtaler om definerte høyspesialiserte tjenester, og sikre tilgangen til slike tjenester. Dette kan for eksempel være "akutv rdsentraler, dygnet runt-jour inom den specialiserade sjukvården samt socialservice f r vissa specialgrupper".

# 5 Modellene som er forelått for Norge og vår vurdering

## 5.1 Foreslått fra Helsedirektoratet

For døgnaktiviteten er det utredet tre ulike modeller for kommunal medfinansiering;

- 1) Liggedøgnmodeller med takordninger (både øvre og nedre)
- 2) Oppholdsbasert modell og
- 3) Kombinert liggedøgn og oppholdsbasert modell

For poliklinikk og avtalespesialister er det presentert tre ulike modeller;

- 1) Fast beløp per konsultasjon
- 2) Prosentandel av refusjoner som knyttes til bostedskommune eller
- 3) Prosentandel av refusjoner (også de som ikke knyttes til bostedskommune) fordelt til kommuner med egnet nøkkel.

I vurdering av de ulike modellene er det viktig å vurdere insentiveffekter både for

- Kommunene
- Spesialisthelsetjenesten

I tillegg hvilke mulige konsekvenser det kan ha for ulike pasientgrupper

- Som omfattes av KMF
- Som ikke omfattes av KMF

## 5.2 Forslag til døgnmodeller

Helsedirektoratet vurderer insentiveffekter for helseforetakene og kommunene av de ulike modellene. Disse vurderingene gir et godt grunnlag for våre videre vurderinger og vi gjengir de derfor i boksen nedenfor.

### 5.2.1 Modeller som gir insentiver til å fokusere på korte opphold

En liggedøgnbasert modell med betaling fra dag 1 og øvre grense med lavt tak vil ha mange likhetstrekk med en oppholdsbasert modell. I begge modellene må kommunene betale noe for hver innleggelse. I begge modellene vil det være sterke insentiver for helseforetakene i retning av mange, korte opphold. For kommunene gir en slik modell insentiver til å unngå innleggelser og fokusere på å bygge opp egne alternative tiltak for de med korte opphold. I følge helsedirektoratet rapport har 40-50 prosent av oppholdene liggetid som er lavere eller lik 10 døgn. Dvs. at en ordning som fokuserer på de korte liggetidene vil "treffe" en stor gruppe av døgnpasientene.



I Danmark har man valgt denne typen modell; de har sengedøgnmodell med tak på betaling per opphold. I praksis betaler kommunene 60 % for de 4 første døgnene. Det vil si at det ligger et forholdvis sterkt økonomisk insentiv i retning av fokus på korte opphold. Dette var også en begrunnelse for valget av denne modellen:

*"I lyset af fordelingen af liggetid på de psykiatriske afdelinger synes det begrundet forsat at have et særligt fokus på de korte indlæggelser. Over 40 pct. af samtlige udskrivninger sker efter en behandlingsvarighed på 4 dage og knap 25 pct. bliver udskrevet efter en dag på sygehus"<sup>40</sup>.*

Når mulige virkninger av modellene vurderes er det viktig å ikke ensidig fokusere på (de teoretiske) insentivene for kommunene. At ordningen "treffer bra" i den forstand at det omfatter en stor og viktig gruppe (jif vurderingene i Danmark) må vurderes opp mot hvordan helseforetakene kan tenkes å respondere, og hvilke (effektive, kvalitative gode og realistiske) alternativer som faktisk finnes for kommunene å forbygge akkurat disse innleggelsene.

Å stimulere helseforetakene til kortere oppholdstider kan være bra med hensyn til gjennomstrømning, samtidig som det er en fare for at oppholdene blir for korte, spesielt hvis den øvre liggetidsgrensen som kommunene må betale for settes lavt. Det gir også insentiver til helseforetakene til i større grad å stykke opp opphold, som kan være særlig aktuelt for planlagt virksomhet. Dersom oppholdene blir for korte kan det også medføre dårligere resultat for pasientene (dersom de skrives ut for tidlig) og bidra til flere reinnleggelser.<sup>41</sup> Det er en omfattende internasjonal litteratur på reinnleggelser som peker på kort liggetid som sterk korrelert med hyppigere reinnleggelser (se for eksempel Lien 2002).

Dersom KMF for korte opphold skal virke i den forstand at kommunene responderer med oppbygging av tiltak som forebygger bruk av spesialisthelsetjenester må det finnes realistiske alternativer i kommunene. I hvilken grad fokus på korte opphold er mest effektivt og "lette" å forebygge med kommunale tiltak er vanskelig å vurdere uten mer kunnskap om pasientene og hvilke tiltak som kan være aktuelle. Fokus på feil gruppe (eller ensidig fokus på en gruppe) kan være uheldig.

---

<sup>40</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet. Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet

<sup>41</sup> Jf bekymringene i Danmark vedrørende veksten i utskrivninger og sterk nedgang i liggetid, som har resultert i mange korte opphold (omtalt i kapittel 4).

## **Modeller for Døgnvirksomhet vurdert av Helsedirektoratet**

### Modell 1a-1e, liggedøgnmodeller med nedre og/eller øvre tak.

Formålet med disse modellene vil dels være å skjerme antatt spesialisthelsetjeneste-tid (10 første liggedøgn) og dels redusere økonomisk risiko for kommuner. Modeller med nedre tak på 10 døgn vil ekskludere mange (ca 40-50%) opphold med kort liggetid.

*Økonomiske incentiver for kommuner:* Redusere oppholdstider i spesialisthelsetjenesten (inntil øvre liggetidsgrense nås), og ved bruk av nedre takordninger bidra til korte opphold (mindre enn 10 dager) for de pasientene det er mulig for. I modeller med nedre tak vil det ikke være insentiv til å redusere bruken av korte opphold.

*Økonomiske incentiver for HF-ene:* Avhenger til dels av hvilke takordninger som brukes, men generelt vil insentivet være å holde på pasientene, og generere flest mulig liggedøgn inntil øvre tak nås. Under forutsetning at marginalkostnaden er lavere enn marginalinntekten.

*Risiko for kommunene:* Risiko øker jo lengre oppholdstider som inkluderes i ordningen. Ved ingen øvre tak, evt ved 60 og 90 dager som øvre tak, kan risiko bli høy da det er store variasjoner i oppholdstid for ulike pasienter. På kommunenivå varierer også dette mye mellom år, særlig for små og mellomstore kommuner.

*Risiko for HF-ene:* Mulighet for overkapasitet (i en periode) ved oppbygging eller forsterking av kommunale tilbud.

### Modell 2: oppholdsbasert modell

Formålet med oppholdsbasert modell er å undersøke om denne reduserer den økonomiske risikoen ved å bruke fast beløp pr. opphold uavhengig av liggetid. Denne modellen ligger nærmere opp til eksisterende modell for somatikken.

*Økonomiske incentiver for kommunene:* Insentiv til økt forebygging og etablering av kommunale tilbud for å unngå (unødige) innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Jo høyere enhetskostnad, jo sterkere vil dette insentivet være.

*Økonomiske incentiver for HF-ene:* I en oppholdsbasert modell vil helseforetakene ha et økonomisk insentiv til å sikre høyest mulig pasientgjennomstrømning, gitt at marginalinntekten er høyere enn marginalkostnaden. Denne differansen blir mindre jo kortere oppholdet er. Dette trekker i retning av flere og kortere opphold, alt annet uendret.

*Risiko for kommuner:* Den økonomiske risikoen for kommunene vil være høyere jo høyere beløp per opphold kommunene skal medfinansiere. Senere beregninger vil vise at en medfinansieringsandel på 20% vil gi en høy økonomisk ramme og sannsynligvis en høy risiko. Spørsmål om denne andelen må settes lavere i en slik modell.

*Risiko for HF-ene:* Dersom institusjonene ikke har god kunnskap om egne kostnader er det en risiko for økonomisk ubalanse ved aktivitetsøkning dersom marginalkostnad er høyere enn marginalinntekt (=medfinansieringsbeløp per opphold). Dersom kommunene gjennom endret atferd håndterer flere pasienter selv, vil det kunne bli overkapasitet ved institusjonene i en periode.

### Modell 3, Kombinasjon opphold og oppholdsdøgnl

Formålet med en slik modell er å ta hensyn til insentivene for både kommunene og foretakene. Kommunene vil i større grad kunne bidra til redusert liggetid i spesialisthelsetjenesten, og det vil medfinansiering av oppholdsdøgn kunne bidra til. For å unngå at foretakene kun gis et insentiv til å holde på pasientene, vil også opphold (og dermed pasientgjennomstrømning) inkluderes i denne modellen.

*Økonomiske insentiver for kommune:* I denne modellen gis kommunene både et insentiv om å redusere liggetid (inntil en grense (tak)), samt et insentiv om å redusere bruken (opphold) av spesialisthelsetjenesten.

*Økonomiske insentiver for foretakene:* Foretakene gis to litt motstridende insentiver i denne modellen. Finansiering av opphold gir insentiv om god pasientgjennomstrømning, mens finansiering av oppholdsdøgn gir insentiv om å holde på pasienten (inntil et tak). Også her gjelder forholdet at marginalinntekt må være høyere enn marginalkostnad.

*Risiko for kommunene:* Det er mer usikkert om denne modellen gir økt eller redusert risiko for kommunene. For noen kommuner kan både liggetid og opphold relativt sett være høyt og dermed gi en større økonomisk belastning, mens det for andre kommuner kan trekke i retning av utjevning eller lavere nivå. Analyser av datagrunnlaget vil kunne gi et mer konkret svar på dette.

*Risiko for foretakene:* For foretak og institusjoner vil risikoen være økonomisk ubalanse ved aktivitetsøkning der marginalkostnad er høyere enn marginalinntekt. Men det kan også tenkes at nye og/eller bedre tiltak i kommunene i en periode vil gi for høy kapasitet (kostnadsnivå).

Selv om 40-50 prosent av oppholdene har liggetid under 11 dager, utgjør opphold med lengre liggetidene en vesentlig større andel av totale sengedøgn.

Pasienter (av de som i dag behandles i døgntjenesten) som er mest i fare for å oppleve negative konsekvenser med denne modellen kan derfor være de som hadde lengre opphold i utgangspunktet. Dette dersom;

- kommunene kan skreddersy tilbud til de med korte opphold, og
- sykehusene driver pasient seleksjon og/eller reduserer liggetiden (for mye)

### **5.2.2 Modeller som fokuserer på de noe lengre oppholdene**

Dette vil være liggedøgnbaserte modeller som har en høy(ere) øvre grense, og som også kan ha en nedre grense. En modell av første typen gir insentiver til kommunene å fokusere på tilbud for et bredt spekter av pasienter, dvs. både de med kort og lengre liggetid. Dette kan generelt sett være bra, sett fra samfunnets og pasientenes synspunkt, men kan innebære en større økonomisk risiko for kommunene, spesielt hvis grensen settes høyt. En slik modell vil ikke gi helseforetakene insentiver til å redusere liggetid under den øvre grensen. Dette kan være uheldig dersom det stimulerer til å beholde pasienter lengre enn nødvendig og dermed redusere tilgjengeligheten for nye pasienter og effektiviteten i systemet.

Helsedirektoratet viser til at de 10 første dagene i et opphold kan betegnes som "spesialisthelsetjenestetid". Dette er basert på undersøkelser som viste at spesialisthelsetjenesten normalt hadde behov for minst (direktoratets understrekning) 10 døgn til å utrede og behandle innlagte pasienter.<sup>42</sup> Dette kan være en begrunnelse til å innføre en nedre grense (for eksempel 10 dager) for døgnfinansieringen, altså at kommunene ikke betaler for dagene under grensen. Denne modellen vil gi kommunene insentiver til å fokusere på de som ligger over grensen, men ikke til å fokusere på å forebygge korte opphold. I hvilken grad dette er uheldig avhenger av hvor "skreddersydd" ulike tiltak er eller om tiltak treffer bredt i den forstand at pasientgruppene som nyter godt av tiltakene har både korte og lange opphold i spesialisthelsetjenesten (altså at kommunale tiltak gir effekt på både korte og lange opphold). For helseforetakene gir denne modellen blandede insentiver: enten prøve å unngå å ta inn pasienter med kort liggetid (hvis det er mulig) eller å la pasientene ligge så lenge at de kommer over nedre grense for betaling. Dette vil trolig være mest aktuelt for pasienter som i utgangspunktet ville hatt oppholdstider nært grensen. Mulige utilsiktede effekter for denne modellen er altså pasientseleksjon og for lange liggetider (for pasienter som ellers ville blitt utkrevet før øvre grense var nådd).

---

<sup>42</sup>Helsedirektoratet henviser til utredningen som ble gjort våren 2012, og som er unntatt offentlighet.

Pasienter (av de som i dag behandles i døgtjenesten) som er mest i fare for å oppleve negative konsekvenser med denne modellen kan derfor være de med behov for korte opphold. Dette dersom;

- kommunene kan skreddersy tilbud til de med mellomlange opphold, og
- sykehusene driver pasient seleksjon, og de ikke fanges opp av andre spesialisthelsetjenestetilbud (poliklinikk)
- sykehusene øker liggetiden

### **5.3 Forslag til modeller for poliklinikk og avtalespesialister**

Helsedirektoratet vurderer insentiveffekter for helseforetakene og kommunene av de ulike modellene. Disse vurderingene gir et godt grunnlag for våre videre vurderinger og vi gjengir de derfor i boksen nedenfor.

Det er i hovedsak to modeller som vurderes; en basert på fast beløp per konsultasjon og en som er en beregnet som andel av takstrefusjon. Den viktigste forskjellen mellom de to modellene er at førstnevnte ikke differensierer mellom ulike typer konsultasjoner (med ulik takstrefusjon fra staten). For eksempel er det egne takster til førstegangskonsultasjoner hos offentlige poliklinikker som både skal dekke at førstekonsultasjonen er mer ressurskrevende og også skal stimulere til å ta inn nye pasienter. Likeledes er det ulike takster knyttet til ulik varighet på konsultasjonen for avtalespesialistene. En felles takst kan derfor gi insitamenter til helseforetakene som kan bidra til uheldige/utilsiktede vridningseffekter. Modell basert på andel av takstrefusjoner er nøytral i forhold til tidligere takstfinansiering.

Modell C hvor også refusjoner fra årsverkstakser mv som ikke kan knyttets til bostedskommune inkluderes og fordeles utfra nøkler til kommunene anser vi, i likhet med helsedirektoratet, å være mindre interessant.

## **Modeller for Poliklinisk virksomhet vurdert av Helsedirektoratet**

### Modell a) KMF basert på antall konsultasjoner og felles enhetskostnad

*Incentiver for kommuner:* Blir mer bevisst på kostnader ved henvisning til spesialisthelsetjeneste, incentiv for forebyggende virksomhet, og styrking av kommunale tilbud.

*Incentiver for poliklinikker og avtalespesialister:* Ingen endring i dagens system, tilnærmet uendrede refusjon gitt samme aktivitet.

*Risiko for kommuner:* Tar tid før henvisningspraksis endres, tar tid å bygge opp forebyggende virksomhet og egne tilbud. Det kan stilles spørsmål om kommunenes mulighet for å påvirke legenes henvisningspraksis. Merkostnader hvis raten for henvisning til spesialisthelsetjenesten er høyere enn hva midler gjennom kommunerammen tilsier.

*Risiko for poliklinikker/avtalespesialister:* Mulig redusert aktivitet hvis kommunen bygger opp forebyggende tiltak og/eller egne tilbud.

*Mulige vridningseffekter:* Kommunen kan presse på for henvisning til en av aktørgruppene avtalespesialist/poliklinikk hvis den gjennomsnittlige enhetskostnaden (KMF) oppfattes som lav i forhold til innhold i tilbudet. Dvs, den aktøren som gir de lengste/mest intensive konsultasjonene kan bli foretrukket i en modell med felles enhetskostnad. Bruken av takster for lengre konsultasjoner (avtalespesialister) er imidlertid lav, slik at ovennevnte vridningsrisiko er nok liten.

### Modell b) KMF basert på prosentandel av takstrefusjoner

Incentiver og risiko i prinsippet likt som for modell a).

Mulige vridningseffekter: Gitt at eventuelle forskjeller i takster ved poliklinikk og avtalespesialister forstås av kommunene som å reflektere relevante (eller nødvendige) forskjeller i tilbudet, så er det ikke åpenbare vridningseffekter. Gitt at refusjonene for enten poliklinikkene eller avtalespesialistene i gjennomsnitt er lavere per konsultasjon gitt samme innhold og kvalitet, kan kommunen tenkes å presse på for å få fastlegene til å henvise til aktøren med lavest refusjon per konsultasjon. Dette kan eventuelt løses ved ulike prosentsatser for KMF for de to aktørene, men dette kan igjen være pedagogisk vanskelig.

### Modell c) KMF basert på at sum alle takstrefusjoner fordeles til kommuner med sum kommunerelaterte refusjoner som nøkkel

I prinsippet samme type incentiver og risiko som for modell a) og b), og samme type vridningseffekter som for modell b).

*Risiko ut over modell a) og b).* Forholdet mellom betalingsgrunnlag og fordelingsgrunnlag kan oppleves som uklart. I og med at dette kan være uklart og vanskelig å kommunisere så velger vi i denne utredningen ikke å gå nærmere inn på modell c) for KMF av poliklinikk.

## **5.4 Forslagene for døgn- og poliklinisk virksomhet sett under ett**

KMF er i første rekke siktet mot å endre adferden til kommunene, men alle modellforslagene for døgnaktivitet vil medføre endrede økonomiske insentiver også for helseforetakene. Siden spesialisthelsetjenesten ikke har aktivitetsbasert finansiering av døgnaktivitet fra før vil KMF (i alle fall hvis den videreføres ned på avdelingsnivå) gi insentiver til endret atferd. Dersom KMF for poliklinisk aktivitet ikke påvirker

inntektsmulighetene til helseforetakene (de får samme refusjon for aktiviteten som før<sup>43</sup>) vil KMF for poliklinisk virksomhet ikke isolert sett gi endrede insentiver for poliklinikkene. Forslagene til modell for poliklinikk vil isolert sett i hovedsak (særlig modell basert på andel av taksthonorar) kun gi endrede insentiver for kommunene. Men ser vi modellforslagene for døgnaktivitet og poliklinikk under ett vil innføring av aktivitetsbasert finansiering av sengeavdelinger introdusere en endring i relative "priser" mellom døgn- og poliklinisk aktivitet som gjør døgnaktivitet relativt sett billigere sammenlignet med tidligere (nåsituasjon).

## 5.5 Vurdering av de foreslåtte modellene

Vi gir her en beskrivelse av noen viktige momenter som bør tas i betraktning når modeller for KMF skal vurderes.

### 5.5.1 Pasientprofiler: hvem "treffer" man med de ulike modellene (målgruppe)?

For å kunne vurdere hvordan ulike modeller for KMF virker trenger vi kunnskap om pasientene som bruker spesialisthelsetjenester og om ulike pasientgrupper har ulike forbruksprofiler for eksempel mht til oppholdstid per innleggelse.

- Hvem er pasientene i døgnavdelingene, er det ulike grupper som har hhv korte og lange opphold?
- Hvem er poliklinikkpasientene?

Vi illustrerer dette ved å se på noen kjennetegn ved pasientene i døgnavdelingene i det psykiske helsevernet for voksne.

#### Voksne pasienter i døgnavdelingene

Basert på analysene av pasienter i psykisk helsevern for voksne i 2009 (Pedersen m fl 2011) vet vi at 10 prosent av pasientene står for 80 prosent av totale ressurser. Disse defineres som ressurskrevende pasienter. De ressurskrevende pasientene kjennetegnes ved:

- at de utgjør 57 prosent av døgnpasientene,
- at de står for 94 prosent (!) av oppholdsdøgnene,
- at de står for 71 prosent av utskrivingene,
- at de står for 24 prosent av polikliniske konsultasjoner,
- større andel schizofrenier (28 % vs 5%)
- mindre andel nevrotiske lidelser (12 % vs 32%)

---

<sup>43</sup> Vi tolker forslag Modell b) slik at KMF beregnes som 50% av taksthonorarer og kommer som erstatning for 50% av statens refusjon, slik at summen som sykehusene mottar ikke endres, jf tabell 4.1 i Helsedirektoratets rapport. Modell a) gir om lag samme betaling for kommunene.

- at de står for 84 % av ikke planlagte reinnleggelser innen 30 dager
- gjennomsnittlig antall opphold per pasient er høyere (2,3 mot 1,2 for øvrige)
- gjennomsnittlig antall døgn per døgnpasient er mye høyere (82,7 vs 6,5)
- gjennomsnittlig liggetid per opphold er mye høyere (35 mot 5 for øvrige)

Videre er reinnleggelser kjennetegnet ved at de ofte kommer etter korte opphold (altså at kort oppholdstid kan gi reinnleggelser). Pasienter med rusdiagnose, schizofreni og personlighetsforstyrrelse er oftere reinnlagt. Samtidig ruslidelse og annen diagnose gir spesielt høyere risiko for reinnleggelser. Reinnleggelser innen 30 dager finnes for 15 % av døgnpasientene.

Hvis det er mulig å skape gode alternative tilbud til innleggelser i spesialisthelsetjenesten til disse 10 prosentene av pasientene (eller 57 % av døgnpasientene) så vil det bidra til å redusere behovet for døgnkapasitet betydelig. Denne gruppen har hyppigere innleggelser og lengre gjennomsnittlig liggetid. For å kunne vurdere hvordan ulike KMF-modeller kan tenkes å slå ut for denne gruppen trenger vi også mer kunnskap om liggetids- og oppholdsprofil.

Tilsvarende kunnskapsgrunnlag trenges også barn og unge og TSB.

### **5.5.2 Kan kommunene forebygge bruk av psykisk helsevern og TSB?**

Vi trenger også mer kunnskap om hvilke alternative kommunale tiltak som er effektive mht å redusere bruk av døgninnleggelser, er kvalitativt gode og hva de koster (som er realistiske å bygge ut i kommunene). Og vi trenger mer kunnskap om hvilke typer pasienter ulike tiltak treffer og i hvilket omfang det er ønskelig og realistisk å vri forbruket fra spesialisthelsetjenesten (særlig sykehusinnleggelser) til kommunal/lokalbaserte tiltak. Er det mest realistisk å forebygge innleggelser for de mindre ressurskrevende pasientene (de med korte opphold)? Eller er det mest realistisk å forebygge innleggelser (i alle fall noen) for de mest ressurskrevende pasientene? Treffer et kommunalt tiltak begge gruppene? Noen pasienter kan trolig bli godt hjulpet av rene kommunale tjenester (som for eksempel kommunale akutttilbud, botilbud med støttetjenester), andre vil kunne bli godt hjulpet av kombinasjon av spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester (for eksempel ambulante spesialisthelsetjenester, psykiatrisk helsearbeid, ACT-team), andre med alternative spesialisthelsetjenester (stasjonær/ambulant poliklinikk). Det foreligger studier av ulike tiltak som viser at sykehusbruk kan forebygges. Med den tidsrammen vi har til rådighet har vi ikke hatt mulighet til å gå inn å vurdere rekken av enkelttiltak. En større kunnskapsoppsummering både når det gjelder pasientene og ulike tiltak, herunder samarbeidstiltak, med tilhørende resultater og kostnader trengs. En kunnskapsoppsummering bør også omfatte en analyse av henvisningsmønster som kan

belyse omfanget av bruken av spesialisthelsetjenester som er initiert av helseforetakene selv, og som kommunene i liten grad kan påvirke, og i hvilken grad dagens praksis er i tråd med gode pasientforløp. Dette er et område som også bør følges nøye framover.

### **5.5.3 Risiko for pasientene**

KMF introduseres for å skape kvalitativt bedre tjenester for pasientene. Dersom KMF virker etter hensikten er dette til det gode for pasientene. Men gitt at det på mange områder er store udekkede behov, det er fortsatt store uavklarte gråsoner mellom nivåene, og det er betydelig usikkerhet om hvordan helseforetak og ikke minst kommuner responderer på innføring av KMF, er det også til sjuende og sist pasientene som utsettes for størst risiko. Graden av risiko avhenger av omfanget av utilsiktede negative tilpasninger i foretakene og kommunene.

#### I hvilken grad kan helseforetakene drive med pasientseleksjon?

Dersom helseforetakene i stor grad kan drive pasientseleksjon (påvirke hvilke pasienter de tar inn til behandling) må dette tas i betraktning i valg av modell. Det samme gjelder mht til utskrivingspraksis og liggetider. Oppfatningen om ansvarsfordeling påvirkes også av systemendringer. Klare samarbeidsavtaler og god informasjon om forbruksmønster etc til kommunene kan kanskje motvirke dette delvis, men det vil likevel være asymmetri i informasjon om behov på pasientnivå mellom sykehus/DPS og kommunene.

#### I hvilken grad kan kommunene påvirke henvisinger for "målgruppen(e)"?

Gitt at kommunene bygger ut kvalitativt gode tiltak som er reelle alternativer til bruk av spesialisthelsetjenester vil god kunnskap om dette i tjenestene (hos fastlegene etc) påvirke henvisningene. Dette vil være ønskelig og tråd med intensjonene. Det som er bekymringsfullt er om kommunene basert på rene økonomiske motiver ønsker å, og kan, påvirke henvisningspraksis uten at det foreligger kvalitativt gode alternativer. Spørsmålet her er altså om økonomiske insentiver bidrar til at dårlige alternativer blir valgt for pasientene.

Jo sterkere økonomiske insentiver som introduseres jo mer sannsynlig er det at aktørene responderer på dem, og jo større er potensielle effekter både i positiv og negativ retning på alle nivåer i tjenesten. Modeller som gir sterke insentiver rettet mot en type aktivitet vil være virksomme, men da med fare for uønskede tilpasninger. Riktig innretning og balanse av insentiver og virkemidler vil kunne forebygge dette.

### **5.5.4 Risiko for kommuner**

Risiko for kommuner og helseforetak er grundig drøftet i Helsedirektoratets rapport. Vi inkluderer her noen sentrale risikomomenter for kommunene.



Det er større spredning i forbruksrater i små kommuner og spesielt små kommuner kan være sårbar mht til avvikende forbruksrater og store svingninger i behov. Småkommuner er også mer sårbare mht til mulighetene for å etablere gode alternativer til bruk av spesialisthelsetjenester. Helsedirektoratet diskuterer ulike tiltak for å redusere risikoen for småkommunene (for eksempel gjennom takordninger) i alle fall i en startfase.

På den annen side er forbruket av tjenester for voksne og TSB høyere i store kommuner. Dette kan trolig delvis knyttes til at nærhet til tilbudene øker forbruket (og dette gir også større potensiale for endringer), men også at behovet er større i store byer. Dette henger delvis sammen med alderssammensetning (mange i yngre aldersgrupper) men også at forekomsten innen aldergruppene er større i byene (jf. Kringlen et al., 2006).

Den relative risikoen på kommunenivå vil derfor både avhenge av kommunestørrelse, men også hvilke kriterier som brukes når KMF-midler fordeles til kommunene og om de i tilstrekkelig grad fanger opp variasjoner i behov. Med en lite treffsikker fordelingsnøkkel vil man kunne få utilsiktede fordelingsvirkninger mellom kommunene. Dette er snakk om systematiske skjevheter som kan ramme kommuner av alle størrelser, i motsetning til tilfeldige variasjoner i behov som små kommuner er mer sårbare overfor. Kommuner som er i en presset økonomisk situasjon vil selvsagt være mest sårbar for avvik i tildelte midler og behov. Jo større andel KMF og jo mer usikkerhet det er knyttet til om kommunene kan forebygge bruk av spesialisthelsetjenester jo større er risikoen for kommunene. Uten begrensinger (tak) på de samlede utbetalingene til KMF bærer også kommunene en risiko ved høyere aktivitetsvekst enn antatt i spesialisthelsetjenesten.

#### **5.5.5 Støtter modellene ønsket utvikling i tjenestene?**

Modellene som velges bør stimulere til ønsket utvikling for tjenestene.<sup>44</sup> Det er trolig ikke forenelig med ønsket utvikling å stimulere til (for) korte opphold dersom det bidrar til dårligere resultat for pasientene og flere reinnleggelser. På den annen side er det heller ikke ønskelig at pasientene blir værende i døgnavdelingene lenger enn det som er nødvendig for et godt behandlingsresultat. Å stimulere til effektive behandlingsforløp bidrar til at pasientene kommer raskt tilbake til sitt hjemmemiljø som i seg selv kan være viktig i forhold til deltakelse og mestring av eget liv. Tjenestene bør stimuleres i retning av økt bruk av poliklinikk i stedet for innleggelser. Bidrar modellene til ønsket omstilling i spesialisthelsetjenesten; desentralisering av tjenester fra sykehus til DPS, mer aktiv og brukerorientert behandling, fra innleggelser til poliklinisk virksomhet, mer ambulante

---

<sup>44</sup> Se avsnitt 3.1 i rapporten til Helsedirektoratet.

tjenester-nærhet til brukerne og økt samarbeid med kommunene.<sup>45</sup> Dette handler også i stor grad om innretning av KMF som vi kommer tilbake til nedenfor.

### 5.5.6 Vår vurdering av modellene som presenteres basert på "teoretiske" betraktninger

Helsedirektoratet vurderer nærmere og kostnadsberegner følgende KMF-modeller:

#### Døgnaktivitet:

- Modell 1 Betaling for 0-30 døgn: 20% KMF av døgnkostnad de 30 første døgnene..
- Modell 2 Betaling per opphold: 20% KMF av (median) kostnad per opphold.
- Modell 3 Kombimodell døgn/opphold:  $0.5 * 20\%$  KMF av (median) kostnad per opphold +  $0.5 * 20\%$  KMF døgnkostnad for døgn 10-30 .

#### Poliklinikk/avtalespesialister:

- Modell 1 Betaling per konsultasjon
- Modell 2 Andel av refusjoner for konsultasjoner (50%)

For døgnaktivitet vil det i alle modellene være tak på betaling per opphold. Sammenhengen mellom oppholdslengde og henholdsvis kommunal medfinansiering per opphold og kommunens finansieringandel per opphold for psykisk helsevern for voksne i de tre modellene er vist i figurene under.

I modell 1 øker betalingen for kommunene med samme beløp per døgn opp til 30 døgn (KMF 1,840 kr per døgn). Etter det betaler ikke kommunene mer. Maksimal betaling per opphold vil være 55,200 kroner i denne modellen.<sup>46</sup> Kommunens andel av oppholdskostnaden vil være 20% opptil 30 døgn for deretter å avta.

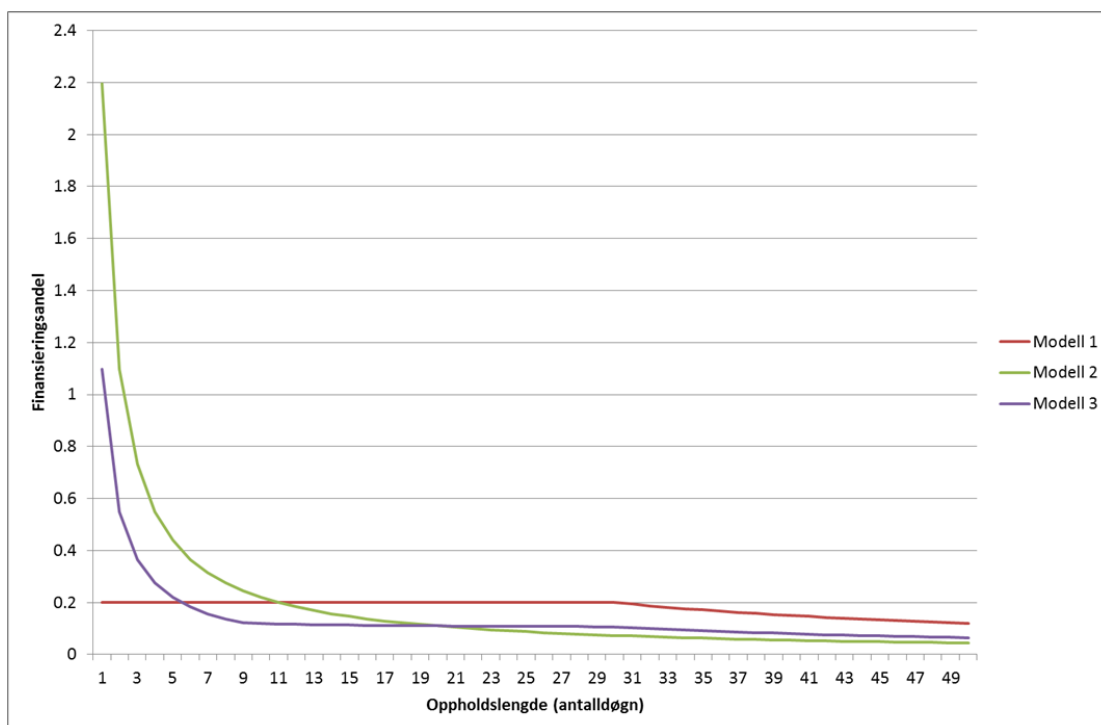
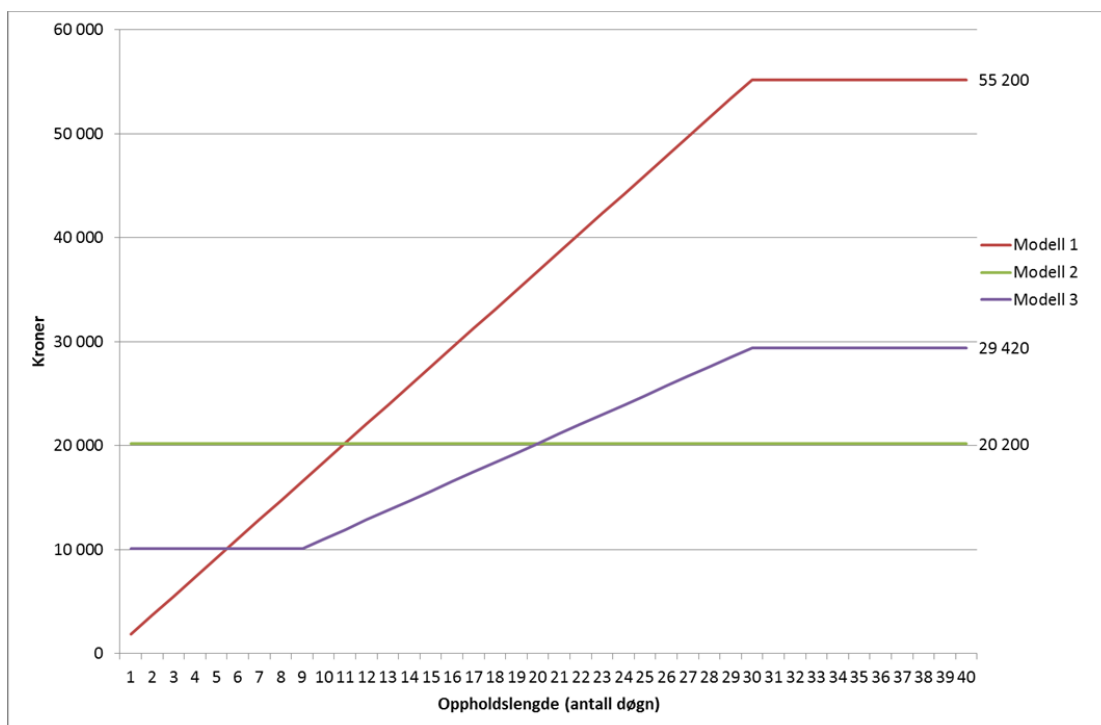
I modell 2 betaler kommunen 20,200 kroner per opphold uansett liggetid.<sup>47</sup> Kommunens andel av oppholdskostnaden avtar for hvert ekstra døgn. Finansieringsandelen vil være over 100 prosent for opphold under 3 døgn.

---

<sup>45</sup> Dette framgår av St. meld 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid, og av hovedmålene for psykisk helsevern og TSB i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2013. Se også Meld. St. 30 (2011-2012), IS-1388 Veileder. Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen, IS-1332 Veileder Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, IS-1405 Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, IS-1570 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

<sup>46</sup> 93000 kroner barn og unge og 27,000 kroner TSB.

<sup>47</sup> 27,900 kroner barn og unge og 12,600 kroner TSB.



**Figur 5.1 Sammenheng mellom oppholdslengde (antall døgn) og henholdsvis kommunal medfinansiering (kroner) per opphold og kommunens finansieringsandel per opphold for psykisk helsevern for voksne**

I modell 3 betaler kommunene 10,100 uavhengig av liggetid opphold under 9 døgn. For opphold med lengre oppholdstid betaler kommunen i tillegg 920 kroner for hver døgn fra døgn ti opp til døgn 30. Maksimal betaling per opphold er 29,420 kroner<sup>48</sup>. Finansieringsandelen per opphold avtar raskt med oppholdslengde fram til døgn 10.

Modell 1 gir lavere kommunal betaling enn modell 3 for opphold med liggetid under 6 døgn<sup>49</sup> og mindre enn modell 2 for opphold med liggetid under 11 døgn<sup>50</sup>. Modell 3 gir lavere betaling for kommunen enn modell 2 for opphold med liggetid under 20 døgn<sup>51</sup>.

Gitt at vi ikke har godt nok kunnskapsgrunnlag er det vanskelig å vurdere konkrete modeller. I valget mellom de tre forslagene for døgnbehandling som er fremhevet i rapporten til Helsedirektoratet deler vi deres vurdering om at en modell som kombinerer betaling per opphold og betaling per døgn over en nedre grense og opp til en øvre grense synes å balansere insentivene for spesialisthelsetjenesten mht. til gjennomstrømming (betaling per opphold) uten at det gir for sterke insentiver til å skrive ut for tidlig (betaling for litt lengre opphold, noe som er typisk for de ressurskrevende pasientene). Ved å sette nedre grense ved ca. 11 dager betaler ikke kommunene to ganger for pasientene i og med at det er median enhetskostnad per opphold som legges til grunn<sup>52</sup>. Dette gir kommunene insentiv til å fokusere på alternative tilbud til flere typer pasienter/brukere; både de med korte og lengre opphold. Når det gjelder modellene som er foreslått for poliklinikk vil en modell basert på andel av refusjonstakstene være nøytral i forhold til dagens takstsystem og således ikke endre de økonomiske insentivene til helseforetakene og avtalespesialistene. Gitt at det ikke er ønske om å endre insentivstrukturen i takstsystemet (for eksempel mht. til førstegangskonsultasjoner versus oppfølgingskonsultasjoner) taler dette i favør av modell med andel av takstrefusjon.

Modell 3 for døgn gir lavest estimerte utgifter til KMF for kommunene (1,268 millioner kroner, 225 i gjennomsnitt<sup>53</sup>) og modell 1 høyest kostnader (1,791 millioner kroner, 326 i gjennomsnitt). Modell 2 gir estimerte utgifter til KMF på 1,489 millioner kroner, 260 i

---

<sup>48</sup> 46,500 kroner barn og unge og 15,750 kroner TSB.

<sup>49</sup> Under 5 døgn for barn og unge og under 7 døgn for TSB.

<sup>50</sup> Under 9 døgn for barn og unge og under 14 døgn for TSB.

<sup>51</sup> Under 18 døgn for barn og unge og under 23 døgn for TSB

<sup>52</sup> Estimert kostnad per opphold gitt median liggetid er 101,200 kr. Estimert kostnad per oppholdsdøgn er 9,200. Antall døgn finansiering med median oppholdskostnad er da  $101,200/9,200=11$ . Altså er median oppholdstid 11 døgn, og KMF basert på median kostnad per oppholdsdøgn dekker kostnader for de første 11 døgnene.

<sup>53</sup> Estimert basert på modell 2 for poliklinikk/avtalespesialister. Det er små forskjeller i estimerte kostnader for de to modellene for poliklinikk/avtalespesialister.

gjennomsnitt. Modell 3 gir også minst relativ variasjon (standardavvik delt på gjennomsnitt) mellom kommunene. Modell 2 gir størst relativ variasjon. Det er minst forskjeller i relativ variasjon mellom de tre modellene for kommuner i gruppen 20,000-30,000. Av de tre modellene som er foreslått av Helsedirektoratet gir derfor modell 3 også lavere risiko for kommunene enn de to andre modellene siden gjennomsnittlig betaling og relativ variasjon er minst med denne modellen.

## **5.6 Innretning på KMF: styrke på insentivene, risiko og vridningseffekter**

Hvordan KMF vil virke avhenger også av innretningen av de valgte modellene. Vi gir derfor også en kort beskrivelse av noen sentrale tema som gjelder innretningen av KMF-modellene.

### **5.6.1 Fordeling mellom oppholdstakst og døgntakst i en kombinert modell**

Uten bedre kunnskaper om pasientgrupper, realistiske tiltak og for muligheten for potensielle uønskede tilpasninger knyttet til hvert av de to elementene i en kombinert modell, er det vanskelig å gi anbefalinger i forhold om 50-50 % fordeling er riktig eller om en annen fordeling vil være bedre. Det samme gjelder hvilke øvre og nedre grenser for døgnfinansiering som er hensiktsmessige. Nedre grense bør vurderes i sammenheng med fordelingen mellom oppholdstakst og døgntakst (jf at oppholdstakst er beregnet ut fra median oppholdstid). Øvre grense bør vurderes ut fra balansen mellom å ikke gi helseforetakene insitamentet til å la pasienter ligge unødvendig lenge og til ikke å skrive ut for tidlig. Dette må baseres på faglig skjønn.

### **5.6.2 Differensiering av betaling mellom sykehus og DPS?**

I forslaget til Helsedirektoratet er det lik "pris" for døgnopphold/oppholdsdøgn i sykehus og DPS. Enhetskostnadene er imidlertid betydelig høyere (nesten det dobbelte) i sykehus enn i DPS (Pedersen et al., 2011). En felles pris vil derfor kunne stimulere til desentralisering av tjenestene fra sykehus til DPS, og dermed understøtte ønsket omstilling. Samtidig er det viktig at dette ikke medfører uønsket nedbygging av spesialiserte tilbud i sykehusene. Utviklingen for berørte pasientgrupper må derfor følges nøye.

### **5.6.3 Differensiering av betaling mellom poliklinikker og avtalespesialister?**

I forslaget til Helsedirektoratet er det lik "pris" for kommunen for behandling ved offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister. Det er til dels store geografiske variasjoner i tilgangen til avtalespesialister. De to tilbudene er også (delvis) substitutter og målet er at bruken av avtalespesialistene i større grad skal understøtte de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar og derfor må ses i sammenheng med det offentlige tilbudet når det gjelder prioriteringer etc. Dette taler for ikke å differensiere prisene mellom offentlige poliklinikker og avtalespesialister.

#### **5.6.4 KMF versus statlig finansiering av poliklinisk virksomhet I: andel KMF**

Dersom det innføres aktivitetsbasert KMF for døgnaktivitet og prisen som helseforetakene mottar for poliklinisk aktivitet ikke endres, så reduseres den relative kostnaden for døgnaktiviteten. Dette kan gi uheldige insentiver gitt at ønsket utvikling går i motsatt retning, altså fra døgnbehandling til poliklinisk behandling. Å legge kommunal medfinansiering for poliklinisk virksomhet på toppen av de statlige takstene vil motvirke dette. Et sentralt spørsmål i vurdering av KMF for poliklinikk er om forbruket av polikliniske tjenestene anses å være for høyt i dag, slik at kommunene bør stimuleres til å utvikle alternativer til poliklinikk/avtalespesialister eller om disse tjenestene fortsatt skal stimuleres? Hvis det ikke i første omgang er polikliniske tjenester kommunene skal stimuleres til å forebygge bruken av, trekker det i retning av at betalingen for kommunene for poliklinisk virksomhet ikke bør være særlig høy. Men dette må vurderes opp mot nivået på den statlige takstfinansieringen siden taksten til helseforetakene må være slik at den stimulerer helseforetakene til økt bruk av poliklinikk heller enn innleggelse.

#### **5.6.5 KMF versus statlig finansiering av poliklinisk virksomhet II: ambulant virksomhet og samarbeid med kommunene**

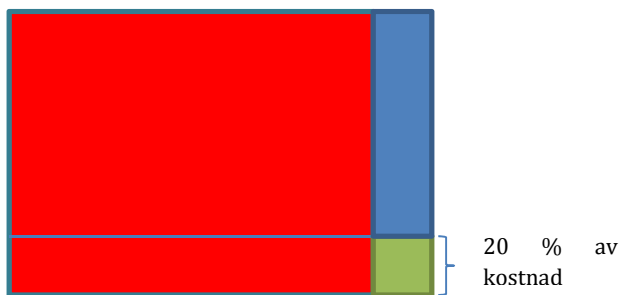
Kommunene bør ikke betale for samarbeid og lokalt baserte aktiviteter som man ønsker å stimulere til. Det er derfor riktig at takstene for oppfølgingsmøter og oppfølgingsamtaler holdes utenfor grunnlaget for KMF. Takster for ambuleringer bør av samme grunn også vurderes å holdes utenfor beregning av KMF. For eksempel utløser ACT-team eller lignende ambulante samarbeidstiltak poliklinisk refusjoner. Kommunene betaler allerede for denne aktiviteten. En modell med betaling etter innbyggertall, som mange har valgt, sikrer både stabilitet i finansieringen og risikodeling mellom kommunene. Ingen eller lavere takst på ambulante konsultasjoner krever at disse kan identifiseres i takstgrunnlaget (krever egen takst). Helseforetakene kan stimuleres til samarbeid og lokalt baserte tjenester ved at de statlige takstene økes.

#### **5.6.6 Tjenester for barn og unge**

Helsedirektoratet reiser i sin rapport spørsmål om døgnaktiviteten for barn og unge bør holdes utenfor KMF fordi dette i mange tilfeller er spesialiserte tjenester hvor det ikke er naturlig å se for seg at de kan ivaretas av kommunale tilbud. Direktoratet foreslår likevel å inkludere døgnaktiviteten for barn og unge fordi det utgjør en liten andel av de samlede kostnadene. Vi vil heller snu dette på hodet. Selv om det innebærer liten risiko for kommunene kan det være en stor risiko på pasientnivå for en sårbar gruppe. Dette taler for å skjerme denne gruppen (også budsjettmessig) i utgangspunktet og utrede dette spørsmålet ytterligere og heller bruke stimuleringsmidler til utvikling av gode alternative tilbud, herunder gode samarbeidsmodeller mellom kommuner og spesialisttjenesten.

### 5.6.7 Styrke på insentiveffektene – kommuneperspektiv

Når det gjelder styrke på de økonomiske insentivene av KMF så representerer dette et dilemma som innebærer en avveining mellom økonomisk risiko og mulighet for etablere effektive tiltak i kommunene. Anta at firkanten nedenfor representerer totalkostnaden ved døgninnleggelser i spesialisthelsetjenesten. Anta så at den røde firkanten representerer spesialisthelsetjenester som ikke realistisk kan/skal erstattes av kommunale tilbud. Potensialet for forebygging er derfor representert ved den grønne og den blå firkanten. Kommunene får overført midler tilsvarende (la oss si) 20 % av kostnadene. Dette trekkes ut av rammene til RHFene. Kommunene betaler (tilbake) 20 % av kostnadene av forbruk som ikke forebygges. Med maksimal kommunal forebygging beholder kommunene den grønne firkanten (20 % av kostnadsreduksjonen) og resten (80 %) beholdes av helseforetaket.



Hvor (økonomisk) attraktivt er dette for kommunene? Trolig vil noen av de effektive alternativer til døgnopphold i spesialisthelsetjenesten være relativt kostbart (mer enn 20 % av spesialisthelsetjenestekostnad), og en lav andel KMF vil ikke gi kommunene de økonomiske ressursene (grønn firkant) som kreves for å etablere alternative tilbud. Kostnaden for kommunene med å betale for bruk av spesialisthelsetjenester vil i slike tilfeller være lavere enn kostnaden ved å etablere nye kommunale alternativer. En høy andel KMF vil gjøre alternative kommunale tiltak mer lønnsomme. Men høy andel KMF vil innebære en vesentlig risiko for kommunene, spesielt siden det er stor usikkerhet mht til behov og effektive tiltak. Dette vil i særlig grad kunne ramme små kommuner og kommuner med stram økonomi.

En lav andel KMF vil kunne gi kommunene en stimulans til å bygge ut tjenestetilbudet og å samarbeide med spesialisthelsetjenesten om gode lokalbaserte tjenester. Men uten andre økonomiske virkemidler i tillegg er det mindre trolig at potensialet for å forebygge sykehustjenester realiseres.

Et mulig virkemiddel kan illustreres ved å se på de 80 % som spares i spesialisthelsetjenesten hvis innleggelser forebygges. Hva skjer med disse midlene? Skal

spesialisthelsetjenesten beholde dette, skal det overføres til kommunene eller er det besparelser (som skal brukes til å dekke økende etterspørsel på alle nivå eller i andre tjenester)? Det er naturlig at det skjer en forskyvning av relativ ressursbruk mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene når kommunene skal ta ett større ansvar for tilbudene. La oss si at kommunene får nytte godt av (i alle fall noe av) dette i ettertid (legges inn i rammene til kommunene i etterkant når besparelsen av sengedøgn er realisert). Dilemmaet er da dette: hvis pengene kommer i ettertid er det trolig mindre sannsynlig at kommunene i tilstrekkelig grad har midler til å bygge opp gode alternativer slik at det fulle potensialet blir realisert. Å gi kommunene tilskudd i forkant for å bygge opp tilbud kan derfor være mer effektivt for understøtte at intensjonene i samhandlingsreformen realiseres. Det er selvsagt en usikkerhet her i forhold til om tilbudet som bygges opp i kommunene er faktisk de mest effektive til å redusere sykehusbruken. Å avvente full implementering av KMF til mer erfaringsbasert kunnskap om (kostnads)effektive tiltak er innhentet vil redusere usikkerheten og risikoen knyttet til KMF.

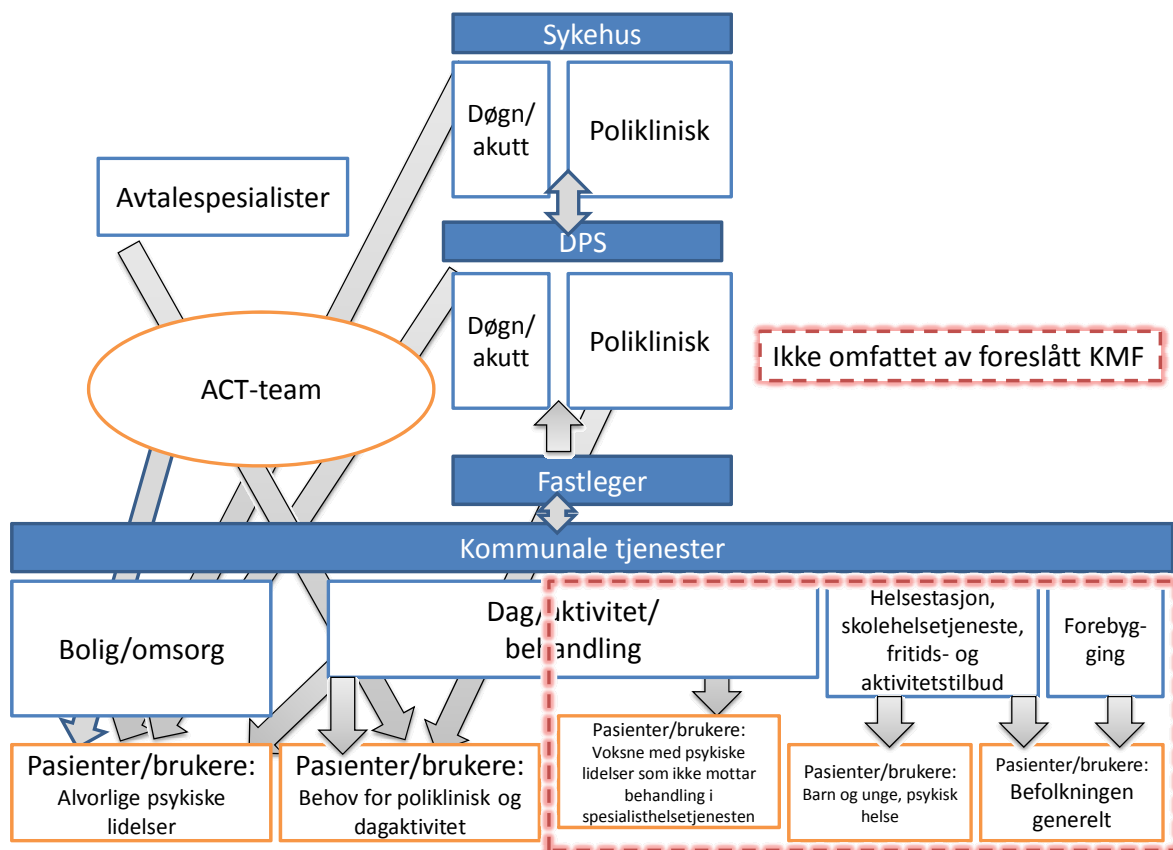
#### **5.6.8 Styrke på insentiveffektene – helseforetaksperspektiv**

KMF vil også gi insentiveffekter for helseforetakene som trekker i motsatt retning av det som er hensikten med KMF. En måte å dempe dette på er å innføre tak på regionenes inntekter fra KMF slik det ble gjort i Danmark fra 2012. Overskytende beløp kan da tilbakeføres til kommunene etter gitte kriterier (for eksempel nøklene i fordeling av KMF-midler i overføringene til kommunene). Et inntektstak på regionnivå kan stimulere til økt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

#### **5.6.9 Vridningseffekter mot grupper som ikke omfattes av KMF**

KMF berører i ulik grad ulike brukergrupper/tjenester i kommunene (se figuren under). KMF for døgnaktivitet berører i stor grad brukere med omfattende behov for tjenester herunder bolig og andre omsorgs- og aktivitetstjenester. KMF for poliklinikk og avtalespesialister berører i stor grad pasienter med mindre omfattede kommunale tjenestebehov og som følges opp av fastlege, psykiatrisk sykepleier, NAV mv. Innføring av KMF vil stimulere kommunene til å fokusere på å etablere og bygge ut tilbud til disse pasientgruppene.





En stor utfordring ved innføring av KMF er derfor mulige negative vridningseffekter for grupper som i liten grad berøres av KMF, altså at tilbud overfor disse gruppene nedprioriteres. Dette gjelder for eksempel forebygging og lettere psykiske lidelser/problemstillinger herunder helsestasjon, skolehelsetjenester, barnehager og andre tiltak rettet mot barn og unge, samt ulike konsultasjonsbaserte tjenester og lavterskel tjenester. Dette er tjenester som allerede har vist seg å være sårbare for det sterke presset på kommunale tjenester endringer i oppgavefordeling og tjenestestruktur knyttet til personer med omfattende behov har medført. Uten spesifikke tiltak rettet mot grupper/tjenester som ikke omfattes av KMF, vil KMF kunne forsterke utviklingstrekkene som er påpekt i kapittel 2. Dette er vridningseffekter som vil ha potensielt store negative konsekvenser på individnivå og også på samfunnsnivå fordi det kan bidra til å redusere positive effekter av forebygging og tidlig intervensjon på fremtidige behov for tjenester. KMF er ment å gi insentiv også til forebygging fordi dette vil bidra til å redusere befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Men tiltak som er effektive til å forebygge

bruk av spesialisthelsetjenester på sikt (som man ikke ser effekter av på kort sikt) og/eller som gir samfunnsøkonomiske gevinster utover kommunale budsjetter kan lettere nedprioriteres av kommunene når de står overfor omfattende og akutte behov som krever tiltak i dag.

## 5.7 Andre (supplerende) virkemidler

Overfor har vi konsentrert oss om ulike sider ved KMF og forslagene som er gitt i rapporten fra Helsedirektoratet. I dette avsnittet går vi et skritt videre og ser på andre virkemidler som kan være aktuelle for å nå målene i samhandlingsreformen.

### 5.7.1 Hvorfor KMF nå?

Gitt all usikkerhet mht til effektene av KMF for tjenestene og ikke minst for pasientene, hvorfor introdusere KMF for psykisk helse og TSB? En argumentasjon for KMF er at dette synliggjør forbruksmønster og øker kunnskapen og bevisstheten omkring forbruk og behov, og fører til større oppmerksomhet om disse pasientene/brukerne. Dette vil være en spore til å bedre samarbeidet mellom tjenestene og dermed bedre tjenester for pasientene/brukerne<sup>54</sup>. En annen og mer pragmatisk argumentasjon, er at KMF for psykisk helsevern og TBS innføres for å balansere negative vridningseffekter av innføringen av KMF for somatiske tjenester. Dette har spesielt vært brukt i argumentasjonen fra blant andre Mental Helse for innføring av KMF og betaling for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB.<sup>55</sup>

Et alternativt virkemiddel ville vært å gi øremerkede tilskudd til rus og psykisk helse i kommunene. Dette er imidlertid ikke i tråd med regjeringens politikk. I Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! sies det at regjeringen vil: "*Fastholde prinsippet om rammefinansiering av kommunesektoren, slik at kommunene ut fra lokale ressurser og behov kan prioritere det kommunale rusarbeidet*". Og derfor "*Innlemme størstedelen av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammetilskuddet til kommunene fra 2013*".

Et annet alternativ kunne vært å innføre aktivitetsbasert finansiering også for kommunene. Dette kunne være aktuelt for noen konsultasjonsbaserte helsetjenester på linje med det som finnes for fastleger, fysioterapeuter, avtalespesialister og offentlige poliklinikker. Det ligger imidlertid en betydelig utfordring i forhold til grensedragning mht til hva som skal inkluderes og ikke inkluderes fordi kommunene i stor grad er basert på generalistprinsipp og ikke særomsorg, og ulike typer tjenester er ofte samlet i en felles organisasjon. Det vil da

---

<sup>54</sup> Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!

<sup>55</sup> <http://www.mentalhelse.no/nyheter/samhandling-ikke-for-alle>

være komplisert å sette klare skiller og hindre misbruk av ordningen. Dette er derfor trolig ikke et realistisk alternativ.

Det finnes andre alternativer både til virkemidler og innfasing av KMF. Disse diskuteres nedenfor.

### 5.7.2 Utskrivningsklarepasienter

En viktig gruppe pasienter å prioritere i samhandlingsreformen er de som "*blir sittende utskrivningsklare i institusjoner fordi kommunen ikke har noen botilbud*" og som "*dermed (får) ødelagt sin boevne*<sup>56</sup>". KMF-modellene som er foreslått omfatter ikke disse pasientene fordi intensjonen er å innføre en ordning for betaling for utskrivningsklare pasienter også for psykisk helsevern og TSB. Det er flere ting som må komme på plass før ordningen implementeres. Dette er beskrevet i rapporten til helsedirektoratet og gjentas ikke her. I påvente av, og som en forberedelse til, en slik ordning kan tilskuddsmidler til forsøk med kommunale ettervern-/rehabiliteringsplasser være et alternativ. Dette er tilbud om rehabilitering/ettervern før de kan gis et annet botilbud i kommunen eller tilbakeføres til hjemmet. Slike og lignende tilbud er etablert i noen (typisk store) kommuner. Østbyen helsehus, avdeling Leistad i Trondheim er et prosjekt rettet mot utskrivningsklare pasienter og som skal bidra til at pasienten "tilbakeføres raskere enn om pasienten ble værende i sykehus-/DPS og samtidig sikre at de mestrer hjemmesituasjonen etter behandlingen (Roos, 2010a). Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Trondheim, Melhus, Klæbu og Malvik og det ble etablert med støtte fra Helsedepartementet. Dette kan være tiltak som krever ett visst befolkningsunderlag for å etableres og som det må/bør samarbeides om for mindre kommuner. Masteroppgaven til Eirik Roos fant at flertallet av pasientene som brukte etterverns plassene på Leistad i stor grad kunne tilbakeføres til sine hjem og med om lag samme tjenestenivå som tidligere. Dette på tross av at de hadde ventet i DPS/sykehus på å bli utskrevet i påvente av tilbud om bolig med døgntjeneste, som sykehus/DPS vurderte at pasienten/brukere hadde behov for ved utskrivning. Kommunen overprøver i liten grad spesialisthelsetjenestens vurderinger.

Det er likevel et spørsmål om håndtering av utskrivningsklare pasienter også krever utbygging av flere døgnbaserte botiltak for de dårligst fungerende pasientene med omfattende rehabiliterings- og omsorgsbehov. I henhold til opplysninger fra Trondheim kommune er gjennomsnittskostnad tjenestetilbudet for personer med psykiske lidelser med eventuell rusproblematikk i tillegg som bor i botiltak med tilgang til tjenester hele døgnet 350.000 kroner per år<sup>57</sup>. Dette gir en døgnekostnad på 960 kroner. Det vil si at ett år i

---

<sup>56</sup> <http://www.mentalhelse.no/nyheter/samhandling-ikke-for-alle>

<sup>57</sup> Personlig meddelelse fra Eirik Roos.

bolig med døgntilbud koster det samme som omlag 32 døgn i sykehus og 61 døgn i DPS med døgnpriser for 2009 hentet fra Pedersen et al (2011)<sup>58</sup>. Dette er en gjennomsnittskostnad for botiltak, og tiltak for de med mest omfattende behov vil derfor være dyrere.

### **5.7.3 Akutt plasser**

Regjeringen varsler i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! at det skal utredes "videre om en plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud også skal omfatte rus og psykisk helsevern". Dette kan være et effektivt tiltak og enkelte kommuner har allerede etablert akutt/krise plasser. Igjen kan vi vise til Østbyen Helsehus, avdeling Leistad som har opprettet to trygghets plasser med opphold på inntil 3 døgn, samt to krise-/natt plasser i samarbeid med KART (kommunalt ambulant rus/psykiatri team) og Legevakt.<sup>59</sup> I likhet med ettervern plasser kan akutt/krise plasser kreve et visst befolkningsunderlag.

### **5.7.4 Ytterligere stimulans til samarbeid gjennom takstsystemet**

Det er som nevnt viktig at KMF utformes slik at tjenestene utvikles i ønsket retning og at det stimuleres til lokalbaserte tilbud og samarbeid mellom nivåene. Dersom spesialisthelsetjenesten skal stimuleres til oppsøkende virksomhet, til å tilby brukernære tjenester og til samarbeid med og veiledning overfor kommunale tjenester så bør takstene for disse aktivitetene økes. Dette bør imidlertid ikke skje gjennom KMF, men gjennom de statlige takstene. De statlige takstene for samarbeid og ambulante tjenester bør derfor økes slik at DPS-ene stimuleres til å prioritere disse aktivitetene. Likeledes bør det være takster for samarbeid/veiledning som går utover oppfølging av enkeltpasienter. På denne måten brukes økonomiske insentiver til å stimulere spesialisthelsetjenesten i ønsket retning på samme måte som KMF er tenkt å stimulere kommunene til å bygge ut tilbud i egen regi og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

### **5.7.5 Andre tiltak – stimuleringstiltak til samhandling og øremerking av midlene til forebygging**

#### **Stimuleringstiltak til samhandlingstiltak**

Gitt usikkerheten rundt KMF for rus og psykisk helse og de betydelige utfordringene og udekkede behovene for de to pasient-/brukergruppene, kreves det en fortsatt stimulering av gode tiltak lokalt og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette kan gjøres ved at stimuleringstiltak videreføres og forsterkes/utvides, at refusjonstakstene for ambulering

---

<sup>58</sup> Med samme døgnpris for utskrivningsklare pasienter som i somatikken (4 000 i 2012) tilsvarer det 87 døgn. I mai 2008 hadde utskrivningsklare pasienter i Trondheim i gjennomsnitt ventet 10,6 måneder altså betydelig flere døgn (Roos, 2010b).

<sup>59</sup> <http://www.trondheim.kommune.no/content/1117691861/Leistad-etterbehandling>

tjenester og samarbeid økes (som diskutert overfor). Supplerende finansieringsmodeller som understøtter god samhandling er også anbefalt i Helsedirektoratets rapport.

For å hindre uønskede vridningseffekter mot grupper som i liten grad omfattes av KMF kan det være nødvendig å skjerme disse og sikre utbygging av disse gjennom bruk av øremerkede midler<sup>60</sup>. Alternativt må det finnes andre virkemidler (lovgivning mv) som i mange tilfeller trolig er vel så krevende å implementere og kontrollere etterfølgelsen av.

### **Øremerking av midler til forebygging kan være nødvendig**

Det er både fordeler og ulemper med øremerking av statlige midler. Øremerking kan føre til at kommuner velger å prioritere områder som utløser øremerkede midler, framfor andre områder som burde vært prioritert (manglende prioriteringseffektivitet). I følge Kommuneproposisjonen 2011 (Prop. 124 S (2009-2010)) er finansiering gjennom skatteinntekter og rammetilskudd (frie inntekter) den mest kostnadseffektive måten å utnytte ressursene på fordi om en kommune effektiviserer en del av tjenesteområdet sitt, vil gevinsten forbli i kommunen. Slik stimulerer rammefinansiering til effektiv ressursutnyttelse, mest mulig tjenester for hver krone brukt. Lokalpolitikerne gis dessuten mulighet til selv å vurdere innbyggernes behov, og nærhet til beslutningsprosessen gir innbyggerne mulighet til å påvirke tjenestetilbudet og prioriteringene lokalt. Rammefinansiering er også mindre administrativt krevende enn øremerkede tilskudd.

Det er likevel tilfeller der øremerking av midlene for å styre prioriteringen i en bestemt retning vil være en riktig løsning:

- *Når det er snakk om å bygge opp en tjeneste.*<sup>61</sup> Om ikke en tjeneste er bygget opp tilstrekkelig selv om det er behov for det, kan det bety at kommunene mangler økonomiske insentiv til å gjøre det. Derfor ser man ofte at øremerking av midlene har sterkest effekt i en oppbyggingsfase av tjenester, men at effekten avtar etter hvert. Dette vil typisk være tilfellet på forebyggingsfeltet. Her er det vanskelig å se tydelige og direkte resultater (i alle fall på kort sikt), og det blir dermed vanskelig for kommunene å prioritere forebygging.
- *Om det er større effekter av innsatsen enn det kommunen selv får nytte av* (Pigou-subsidie). Dersom kommunene greier å forebygge at mennesker utvikler alvorlige psykiske lidelser og vansker gjennom forebyggende tiltak blant barn og unge i

---

<sup>60</sup> Bruk av aktivitetsbasert finansiering i kommunene kan også være aktuelt for klart avgrensede områder. Utfordring er at forebygging mv er tverrsektorielle og tverrfaglige tjenester som krever utstrakt samarbeid også internt i kommunene og med spesialisthelsetjenesten for eksempel mellom skole, helsesøster og psykologtjenester.

<sup>61</sup> Øremerking av statlige midler ble med stor suksess brukt for å bygge opp de kommunale tjenestene rettet mot mennesker med psykiske lidelser i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008).

risikozonen, vil dette komme mer enn den enkelte kommune til gode. At færre utvikler alvorlige psykiske lidelser fordi det ble satt inn ressurser tidlig, vil på lenger sikt ha betydning både for bruk av spesialisthelsetjenestene, folketrygdens utgifter og kanskje også økte skatteinntekter gjennom arbeidsinnsats gjennom flere år enn det som ellers hadde vært mulig.

- *Når en vridning av ressursinnsatsen er nødvendig for å oppnå politiske målsetninger det er sterk enighet om uten at aktørene har sterke nok insentiver til å vri ressursbruken. Øremerking av midlene har vridningseffekter. Det er politisk enighet gjennom intensjonene i Samhandlingsreformen å satse på forebyggende tiltak i kommunene heller enn kostbare behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten, men ingen har de riktige insentivene til å vri ressursbruken. I slike tilfeller kan det nasjonale politiske systemet fatte bedre beslutninger enn det lokale og øremerking av midlene er effektivt.<sup>62</sup>*
- *Øremerking av midlene kan føre til at ressursbruken opprettholdes etter at øremerkingen opphører. I 2008 finansierte kommunene om lag halvparten av årsverkene innen psykisk helsearbeid med egne midler, og da de øremerkede midlene gikk inn i rammeoverføringene til kommunene fra og med 2009, ble ressursinnsatsen i stor grad opprettholdt de neste årene. Dette kan trolig ses i sammenheng med Flypaper-effekten<sup>63</sup> etter prinsippet om at "Money sticks where money hits".*

### **5.7.6 Store og små kommuner: A og B lag?**

Den største utfordringen og risikoen knyttet til innføring av KMF er knyttet til kommunestørrelse (og kommuneøkonomi). Er små kommuner i stand til å tilby et bredt spekter av kvalitativt gode tjenester? Klarer de å skaffe den kompetansen, tverrfagligheten og stabiliteten i personell/kapasitet som må til for å få til reelle alternativer til spesialisthelsetjenester? Og vil dette være kostnadseffektivt? Står vi i fare for å utvikle A og B lag? Erfaringene fra evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse var nettopp at større kommuner hadde et bredere spekter av tjenester og kunne tilby større tilgjengelighet (hyppighet og "åpningstider") (Kalseth m fl 2008). Små kommuner har mange fortrinn knyttet til nærhet til brukerne og mht internt samarbeid og å finne gode, fleksible løsninger for brukerne, og mange har utviklet gode tjenester til innbyggerne. Men

---

<sup>62</sup> Faren her er om det både gis gjennomslag lokalt og sentralt, slik at man får en dobbeltprioritering. Det er lite sannsynlig at det kan skje på feltet forebygging blant barn og unge.

<sup>63</sup> Dette er egentlig knyttet til at når øremerking innføres, kunne man forventet at kommunene trekker tilbake sin egen finansiering og bruker kun de øremerkede midlene på tiltaket som subsidieres. Empirisk har det vist seg at kommunene fortsetter å bruke egne midler i tillegg til de øremerkede midlene og dette har blitt kalt flypaper effekten. Selv om det er statlige føringer på kommunene for at de øremerkede midlene skal komme i tillegg til det som brukes når øremerking av midlene innføres, kunne økonomisk rasjonelle kommuner valgt å trekke ut egne midler og brukt de til andre formål.

små kommuner er også mer sårbare overfor svingninger i behov og utskifting av personell. Det er derfor mye større variasjon i tilbud mellom småkommuner (ibid). Mange tjenester krever også et visst befolkningsgrunnlag (jf ACT-team). Behov for robuste kommuner med ett tilstrekkelig befolkningsgrunnlag når kommunene får en ny og større rolle med sterkere integrasjon av tjenester, var også begrunnelsen til kommunereformene i Danmark og Finland. Dersom likeverdighet i tjenestetilbud uavhengig av bosted skal sikres må kommunene samarbeide (eller slå seg sammen) for å sikre gode tilbud til tjenester som krever et visst befolkningsgrunnlag. Samarbeidsløsninger vil også kunne bidra til å redusere den økonomiske risikoen for den enkelte kommunen hvis risikoreduserende tiltak introduseres i finansieringsmodellen. Kommunene har i mange tilfeller vist stor samarbeidsvilje på områder hvor det kreves et visst befolkningsgrunnlag. Spørsmålet er om det er nok med frivillighet alene dersom ambisjonsnivået skal være likt for alle kommunene eller om spesielle tiltak må til for å sikre gode samarbeidsløsninger. Økonomiske stimulerings tiltak (premiere samarbeid) kan være aktuelle virkemidler for å få til forpliktende samarbeidsløsninger mellom kommuner, og mellom kommuner og DPS. Krever likeverdighet og effektive (evidensbaserte) løsninger i tillegg styring med hensyn til strukturer når det gjelder samarbeidsformer (innhold, organisering og finansiering)?

Evidensbaserte løsninger er sterkt fokusert i premissene for arbeidet til utvalget som skal utrede fremtidige modeller for psykiatrien i Danmark (jf. kapittel 5), og vises også i arbeid som finner sted på regionnivå i Danmark:

*"På sundhedsområdet er der lagt op til et tættere samarbejde, hvor kommunerne indgår forpligtende samarbejder om indsatsen. I KKR Midtjylland er kommunerne klar til at sætte fælles målsætninger for indsatsen. Der skal ikke længere være 19 forskellige svar på, hvordan man løser sundhedsopgaven på en række prioriterede områder. I stedet skal der fokuseres mere på, hvad der virker"<sup>64</sup>.*

### **5.7.7 Forsøksordninger**

Det er betydelig usikkerhet knyttet til innføringen av KMF for psykisk helsevern og TSB med tilhørende risiko for kommunene og ikke minst for pasientene/brukerne. Et bedre kunnskapsgrunnlag om effektive tiltak for ulike målgrupper som sikrer kvalitativt gode, samarbeidende og sammenhengende tjenester før full innføring av KMF vil bidra til å minske risikoen for utilsiktede effekter.

---

<sup>64</sup><http://www.kl.dk/Okonomi-og-dokumentation/Kommunerne-er-klar-til-samfundsreformer1-id119803/?n=1>

Dette kan gjøres gjennom videreføring og forsterking/utvidelse av statlige tilskuddordninger, jf. tilskudd til ACT-team og andre samarbeidstiltak. Dette kan organiseres som forsøksordning(er) som kan omfatte tiltak som blant annet tidligere nevnte ettervern/akutt plasser og ulike samarbeidstiltak. Tiltak rettet mot grupper som i liten grad omfattes av KMF bør også inkluderes, jf. tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene og til rask psykisk helsehjelp. Det bør etableres en felles evalueringsordning for forsøksvirksomheten, som omfatter vurdering av målgrupper, oppnådde resultater, brukererfaringer og kostnadseffektivitet, i henhold til en felles mal slik at en erfaringsbank kan bygges opp og tiltak rettet mot samme målgruppe vurderes opp mot hverandre. Dette vil danne grunnlag for evidensbasert utvikling av tjenestene. Utvalget som skal utrede modeller for utvikling av tjenester med mennesker med psykiske lidelser i Danmark skal legge fram rapport medio 2013, og vil kunne gi viktige innspill til læring også i Norge. Forsøksordninger kan også omfatte forsøk rettet mot design og innretningen av KMF. Dette gir mulighet for læring og justering før ordningen innføres i full skala. Det bør være et særskilt fokus på småkommuner/distriktskommuner og modeller for å sikre likeverdige tjenester uavhengig av bosted.



## 6 Konklusjon

I tråd med Opptrappingsplanen og intensjonene i Samhandlingsreformen, dreies ressursinnsatsen gradvis fra sykehus til DPS-er i psykisk helsevern. Oppholdstiden i døgninstitusjonene reduseres, og døgnplassene bygges gradvis ned. Kortere døgnopphold betyr at pasientene skrives raskere ut og sannsynligvis har andre og større behov enn pasienter som ble skrevet ut tidligere. Dette betyr at kommunene må dreie tilbudet over mot disse pasientene og det ser også ut å være tilfellet fordi en større andel av årsverkene i kommunalt psykisk helsearbeid brukes nå i boliger med fast personell. Færre årsverk settes inn i dagaktiviteter, behandling og samtaler, fritidstilbud til voksne og i tjenester til barn og unge generelt. Kommunene har ikke økt ressursinnsatsen i psykisk helsearbeid siden 2007. Det er mindre kunnskap om årsverksinnsatsen i kommunalt rusarbeid, men i 2011 er det beregnet at dette området utgjør om lag 4 000 årsverk totalt i landet. Psykisk helsearbeid er tre ganger så stort, med rundt 12 000 årsverk.

Kommunal medfinansiering, som i stor grad er rettet mot den samme ressurskrevende brukergruppen, vil sannsynligvis forsterke den observerte trenden og enda mer av ressursene i kommunene vil gå med til denne gruppen.

Det er for lite kunnskap om ulike brukerbehov og dekningsgrad i kommunene. Det er også usikkerhet rundt hvor langt kommunene har kommet i utbyggingen av tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Gråsonene er store, og det er fortsatt uavklart ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. Det er betydelig usikkerhet knyttet til effektene av innføringen av kommunal medfinansiering for psykisk helsevern og TSB med tilhørende risiko for kommunene og ikke minst for pasientene/brukerne.

En tryggere tilnærming Dette kan gjøres gjennom en videreutvikling og forsterking av ordninger med statlige tilskudd til forsøksvirksomhet som grunnlag for læring og evidensbasert tjenesteutvikling. Det er behov for en samlet kunnskapsoppsummering, både mht. pasienter, behov, tjenestetilbud og erfaringer/resultater fra ulike tiltak som er utprøvd i kommunene (inklusive samarbeidstiltak), som kan danne grunnlag for en målrettet innretning av forsøksordninger. Det er viktig at forsøksordninger følges av evalueringer etter en felles mal som gir grunnlag for å sammenholde resultatene fra ulike tiltak. Hva som er gode/effektive modeller for organisering av tjenester og samarbeidstiltak kan variere med ulike forhold som kommunestørrelse, reiseavstander mm. Det er derfor viktig at forsøk og evalueringer rettes inn mot å kunne belyse betydningen av kontekstuelle faktorer,

herunder robuste modeller for samarbeid mellom kommuner, og mellom kommuner og DPS for tjenester som krever et visst befolkningsunderlag.

Dersom kommunal medfinansiering innføres i full skala fra 2014, på tross av dårlig kunnskapsgrunnlag og usikre effekter og stor risiko på kommune og pasientnivå, må i det minste kommunene gis insentiver for ikke å prioritere ned grupper som ikke omfattes av ordningen. For eksempel gjennom øremerking av midler. Kommunal medfinansiering tilfører ikke nye midler til tjenestene til mennesker med behov knyttet til psykisk helse og rus, men har som intensjon å vri ressursbruken i retning av kommunene. Det er fortsatt store udekkede behov for kommunale tjenester og stor usikkerhet knyttet effektene av kommunal medfinansiering. Det er derfor uansett viktig at det fortsatt tilføres nye midler til kommunene og at det stimuleres til forsøksvirksomhet og samarbeidstiltak som foreslått over og som også Helsedirektoratet foreslår i sin rapport. Dette bør inkludere tiltak rettet mot grupper/tiltak som i liten grad omfattes av kommunal medfinansiering. Tiltak for å sikre likeverdig tjenesteutvikling i småkommunene må vurderes særskilt.

Fordi vi ikke har godt nok kunnskapsgrunnlag er det vanskelig å vurdere og anbefale konkrete modeller for kommunal medfinansiering. Gitt at kommunal medfinansiering likevel blir introdusert, deler vi synspunktene til Helsedirektoratet om at en modell for døgnbehandling som kombinerer betaling per opphold og betaling per døgn over en nedre grense og opp til en øvre grense synes å balansere insentivene for spesialisthelsetjenesten mht. til gjennomstrømming (betaling per opphold) uten at det gir for sterke insentiver til å skrive ut for tidlig (betaling for litt lengre opphold, noe som er typisk for de ressurskrevende pasientene). Ved å sette nedre grense ved ca. ti dager betaler ikke kommunene to ganger for pasientene i og med at det er median enhetskostnad per opphold som legges til grunn. Dette gir kommunene insentiv til å fokusere på alternative tilbud til flere typer pasienter/brukere; både de med korte og lengre opphold. Når det gjelder modellene som er foreslått for poliklinikk vil en modell basert på andel av refusjonstakstene være nøytral i forhold til dagens takstsystem og således ikke endre de økonomiske insitamentene til helseforetakene og avtalespesialistene. Gitt at det ikke er ønske om å endre insentivstrukturen i takstsystemet (for eksempel mht til førstegangskonsultasjoner versus oppfølgingskonsultasjoner) taler dette i favør av modell med andel av takstrefusjon. Vi foreslår at kommunal medfinansiering legges på toppen av de statlige refusjonene for å sikre at det ikke introduseres utilsiktede vridningseffekter mellom døgnbehandling og poliklinisk behandling. Ambulante tilbud bør holdes utenfor (egen takst, kun finansiert av staten) og det bør innføres takst for samarbeidstiltak og veiledning ut over samarbeid rundt enkeltpasienter. Det bør også vurderes om takstene for

ambulant virksomhet og samarbeidstiltak skal økes for å forsterke insentivene for helseforetakene til å vri aktiviteten sin i ønsket retning.

Det blir viktig å følge utviklingen både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, og ikke minst brukernes erfaringer, nøye.

## Referanser

- Andersson HW, Ose SO, Pettersen I, Røhme K, Sitter M og M Ådnanes (2005): Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. SINTEF-rapport A055025.
- Andersson, HW og Tingvold, L (2005): Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? SINTEF-rapport STF78 A055019.
- BDO (2012): Hedensted kommune. Analyse av utgifter til sosialpsykiatriområdet.
- Dagens Medisin (2009): Opptrappingsplan ga nedtur. Dagens medisin 12.06.2009. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/06/12/nedtur-for-de-sykeste/index.xml>
- Danske Regioner (2012): Økonomisk Vejledning 2012, Udsendt juni 2012.
- Deloitte (2012): Analyse af kapaciteten i psykiatrien.
- Gjertsen, A (2007): Åpenhet og helhet ti år etter. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 44:6, s. 755-760.
- Hedegaard HJ (2012): Satspuljen - usikker finansieringskilde eller faglig løftestang? PsykiatriNyt Oktober 2012. Region Hovedstadens Psykiatri.
- Helsedirektoratet (2009): Allmennelegetjenesten og psykisk helse. Rapport IS-1655. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2013): Utredning av modeller for kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB). Saksnr. 11/7866-14. Notat, saksbehandler L Rønningen.
- Heskestad, S og Tytlandsvik, M (2008): Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:32-5.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005): Kommunal reformen – kort fortalt.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Finansministeriet. 2010. Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet.
- Kalseth J, Magnussen J, Anthun KS og Petersen S (2010): Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land. SINTEF-rapport A16819.
- 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, Pettersen I og Kalseth B (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsplanperioden. SINTEF-rapport A8823.

- 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 Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. SINTEF-rapport A14135.
- Kittelsen, AC, Anthun, KS, Kalseth, B Kalseth J, Halsteinli, V og Magnussen, J (2009): En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007. SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret. SINTEF-rapport A12200.
- Kommunal rapport (2010): Nordisk kommunesektor splittes, Okt.
- Kringlen E, Torgersen S og Cramer V (2006): Mental illness in a rural area. A Norwegian psychiatric epidemiological study Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2006) 41:713-719
- KREVI (2011): Fra satspulje til psykiatri. Sammenhængen imellem satspuljebevilgninger, udgifter og aktivitet
- Legeforeningen (2004): Statusrapport: Psykiske lidelser – Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Den norske legeforening, 2004. Oslo.
- Lie, T og Nesvåg, S (2006): Evaluering av rusreformen. Rapport IRIS-2006/227.
- Lien L (2002): Are readmission rates influenced by how psychiatric services are organized? Nord J Psychiatry 2002; 56:23-28.
- 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.
- Magnussen J og Kalseth, J (2009): Geografisk fordeling av ressurser til helsetjenester, i K Haug, OM Kaarbøe and T Olsen (red): Et helsevesen uten grenser. Cappelen Damm
- Major EF, Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose SO, Rognerud M og Aarø LE (2011): Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport 2011:1.
- Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nordahl, TØ. Gravrok, H Knudsmoen, T Larsen og Rørnes, K (2006): Forebyggende innsatser i skolen.

Helsedirektoratet.

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

Nossen JP (2007): Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport 4, 2007. Arbeid- og velferdsdirektoratet, Statistikk og utredning.

Ose SO (2007): Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov. SINTEF-rapport A1254.

Ose SO, Haus-Reve, S og Kaspersen, S (2011): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A17039.

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, Lilleeng, SE og Bremnes, R (2011). Pasienter i det psykiske helsevernet 2009. Samdata-rapport IS-1908. Oslo: Helsedirektoratet.

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

Prop. 1 S (2011-2012). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2012. Kommunal- og regionaldepartementet.

Prop. 124 S (2009-2010). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). Kommuneproposisjonen 2011. Kommunal- og regionaldepartementet.

Puustinen A og Niiranen V (2011): Strukturer, beslutsfattande och verksamhet inom social- och hälsovården. SOTEPÅ – social- och hälsovården inom strukturreformen. Mellanrapport.

Rambøll Management (2012): Rapportering på kommunalt rusarbeid. Helsedirektoratet 2012.

Riksrevisjonen (2006-2007). Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Dokument nr. 3:7.

Rodal, J og Frank, K (2008). Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. Rapport IS-1565. 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.

Roos, E (2010b): Samhandling koster. Sykepleien, vol. 10.

Rundskriv 1-8 (2004): Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Helsedepartementet.

Rundskriv IS-1 (2007): Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2007. Helsedirektoratet.

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten (2011): Rapport IS-2009. Helsedirektoratet.

Sitter, M (2011). Behandlingsforløp i det psykiske helsevernet for barn og unge - varighet og omfang av poliklinisk behandling. Samdata-rapport IS-1865. Helsedirektoratet.

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

Sosial- og helsedirektoratet (2007): Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene.

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

St.prp. nr. 1 (2007-2008): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjetterminen 2008. Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedepartementet.

Ørstavik, S (2008): Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 5, Nr. 2 2008. Universitetsforlaget.

Ådnanes, M og Bjørngaard, JH (2006). Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. SINTEF -rapport A230.

Ådnanes, M og Halsteinli, V (2009): Improving child and adolescent mental health services in Norway: Policy and results 1999-2008. Eurohealth, Volume 15 nr. 1 2009. London School of Economics and Political Science. London.

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

Ådnanes, M og Sitter, M (2007): Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005. Nås Opptrappingsplanens mål innen 2008? SINTEF-rapport A851. Trondheim.