



Lovfestet kommunalt døgntilbud for pasienter innenfor
psykisk helse og rus

Felles KØH – tilbud Kommunesamarbeidet Østre Agder

Rapport fra arbeidsgruppen

PROSJEKTRAPPORT

1. Bakgrunn og innledning

Innføring av kommunal plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold for psykisk helse- og rusfeltet er ett av flere virkemidler for å styrke tilbudet av helsetjenester i kommunene. Helse – og omsorgsdepartementet (HOD) mener det er et potensial for å unngå innleggelser og forebygge kriser og akutt sykdom i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) gjennom etablering av gode kommunale tilbud, egnede boliger og tjenester.

HOD mener det er en risiko for at pasienter med sammensatte lidelser innenfor somatikk, psykisk helse og rus ikke får nytte av et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, fordi de primært vurderes å ha et psykisk helseproblem eller et rusmiddelproblem og dermed ikke har rett til et slikt tilbud.

Regjeringen varslet derfor i Meld. St. 26 (2014–2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste», at de ville fremme forslag om lovpålagt plikt for kommunene, og i Revidert nasjonalbudsjett 2016 ble dette gjentatt. Det ble endelig vedtatt i Stortinget ved behandling av Statsbudsjettet med virkning fra 01.01.2017.

På denne bakgrunn ga Helse – og omsorgslederforum (HLF) i sitt møte 02.09.2016, ga Fagutvalget for kommuneoverleger i oppdrag å utrede hvordan kommunene i Østre Agder i fellesskap kan etablere lovpålagt tilbud innenfor øyeblikkelig hjelp døgnopphold for målgruppen psykisk helse og rusfeltet.¹

I nasjonal veileder for KØH legges det til grunn at det der et meget begrenset omfang av liggedøgn som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene innen området psykiatri og rus; innføring av plikt til kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan derfor ikke ansees som en oppgaveoverføring fra SSHF til kommune – i motsetning til i somatikken.

Tilbudene til nye pasientgrupper bør derfor bygge på de eksisterende døgntilbudene som er etablert for somatiske pasienter.

2. Organisering av utredningsarbeidet

Kommunesamarbeidet i Østre Agder er prosjekteier for utredningsarbeidet ved at *Fagutvalget for kommuneoverleger* har utredningsansvaret.

Fagutvalget rapporterer til *Helse – og omsorgslederforum* (HLF).

Fagutvalget har etablert en arbeidsgruppe, og den har bestått av:

Avdelingsleder for KØH ved Myratunet i Arendal, **Janice Marcussen**

Overlege for Legevakt - og KØH, **Espen Huldt – Nystrøm**,

¹ Primærhelsemelding REFERANSER deretter fotnote

Rådgiver **Lillian Andersen** fra enhet for psykisk helse), med **Liv H. Skjæveland**, avdelingsleder psykisk helse og rusarbeid voksne (som stedefortreder en del møter)
Avdelingsleder **Hege Spieler Nilsen** fra enhet for funksjonshemmede i Arendal kommune
Fagutviklingsleder for KØH **Cathrine Holm**, Fevikun, Grimstad kommune
Prosjektleder for ettervern rus, **Elisabeth Fevik**, Grimstad og Arendal kommune
Kommuneoverlege **Helene Rakeie**, Arendal kommune
Fagutvalget har hatt fullmakter til å involvere flere fagpersoner i kommunene ved behov.
Samhandlingskoordinator for Østre Agder, **Harry Svendsen** har vært sekretær for arbeidsgruppen.

3. Mandat KØH – utredning psykisk helse og rus døgn – tilbud

Fagutvalget for kommuneoverleger drøftet oppdraget i sitt møte i september, og la fram følgende forslag til mandat som *Helse og – omsorgslederforum* (HLF) godkjente i sitt møte 28.10:

«Fagutvalget skal med utgangspunkt i nasjonal veileder for tilbudet:

- Utrede muligheter for å etablere et felles døgntilbud for målgruppen
- Vurdere fordeler og ulemper ved samlokalisering og evt samorganisering med dagens KØH tilbud innenfor somatikk på Myratunet og Fevikun.
- Vurdere hvordan et tilbud kan bidra til forsterket samhandling med Arendal interkommunale legevakt og SSHF.

Utvalget skal også vurdere om det vil være realistisk å etablere tilbudet allerede fra 01.01.2017.

På bakgrunn av dette skal fagutvalget foreslå:

- Målgrupper, inklusjons- og eksklusjonskriterier
- Nødvendige ansvarsavklaringer
- Organisering, herunder lokalisering
- Kompetansekrav
- Ressursbehov

Det er en intensjon at utredningen kan danne grunnlaget for innholdet i en samarbeidsavtale mellom kommunene i Østre Agder og SSHF.

Utredningen har følgende avgrensinger:

Døgntilbud innenfor målgruppen må være en del av et helhetlig tilbud for pasienten. Utvalget skal likevel i denne utredningen kun vurdere selve etablering av døgnplasser.

4. Premisser og avgrensning

I tråd med mandatet fremlegges ikke en helhetlig oversikt over nåværende tilbud til målgruppen som spesialisthelsetjenesten og kommunene tilbyr i dag. Av hensyn til ressurser i utredningsarbeidet og den kort tidsfristen inneholder denne rapporten i hovedsak en vurdering hva kommunene kan tilby aktuelle målgrupper inkludert konkret forslag til etablering og organisering av nytt lovpålagte kommunalt døgntilbud.

Det forutsettes at spesialisthelsetjenesten opprettholder tilbud for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblematikk som kan legges inn som øyeblikkelig hjelp både i somatiske avdelinger, i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, akuttpsykiatriske

avdelinger i psykisk helsevern og ved DPS Aust Agder. Personer med alvorlig problematikk og/eller uavklarte tilstander skal fortsatt vurderes for øyeblikkelig hjelp/akuttbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at DPS – tilbud/tverrfaglige ambulante akutt- team og annen akutfunksjon samhandler tett med kommunene slik at etablering av KØH – tilbud innenfor psykisk helse og rus ikke medfører økt fragmentering, men bidrar til mer helhetlige pasientforløp.

5. Nåværende døgntilbud innenfor psykisk helse – og rusfeltet i kommunene i Østre Agder

Arendal kommune har et døgntilbud etablert på Post 4 lokalisert på Myratunet. Det er et tilbud med langtids – og korttidsplasser for pasienter som har en psykisk sykdom, evt i kombinasjon med rus, og som krever tett oppfølging og tilrettelegging i et trygt miljø. Tilbudet har følgende rammer:

- Døgnplasser for personer med sammensatte lidelser innenfor somatikk, psykisk helse og rus
- Målgruppe: Primært psykisk lidelse, med evt rusproblematikk som sekundærdiagnose.
- Pasientene er ferdig avklart og utredet, men trenger et tilrettelagt tilbud
- 2 korttidsplasser og 6 langtidsplasser, inkludert rullerende opphold med veksling mellom å bo hjemme og vende tilbake til sengetilbudet uten nytt vedtak.
- Alle pasienter har opphold basert på kommunalt vedtak om tjeneste.
- Tilbud om opphold forutsetter ikke innleggelse fra lege, men utskrivning alltid i samråd med lege.
- Sykepleiefaglig kompetanse i tjenesten (ikke psykiatrisk formalkompetanse), supplert med hjelpepleier/fagarbeidere og assistenter. Tilgang på lege en dag pr. uke og formalisert samarbeid med alderspsykiatrisk ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten (kvartalsvis møter)

Øvrige kommuner i Østre Agder har ikke tilsvarende døgntilbud, men de fleste kommunene har tilrettelagte boliger for målgruppen med evt boveiledertjeneste, og noen steder hvilende nattevakt.

6. Nåsituasjonen på KØH Myratunet og Feviktun

Myratunet

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus skal etableres med den allmenmedisinske og øvrige kompetansen som finnes i kommunen. Det kommunale døgntilbudet har andre faglige, rettslige og beredskapsmessige rammer enn akutte innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

Østre Agder har siden 2013 hatt et felles tilbud innenfor KØH med utgangspunkt i pasienter med somatiske diagnoser. I hele forsøksperioden fra 2013 og fram til nå har det erfaringsvis vært over 100 pasienter innlagt på KØH med et mer sammensatt diagnosemønster. Fra full utbygging i 2014, inkludert oppstart av tilbud om to senger ved Feviktun 2015, kan det gjennom diagnoselister anslås at det er minst en pasient pr uke i denne målgruppen, i overkant av 60 pasienter årlig.

Eksempler på *sekundærdiagnoser hos innlagte pasienter på KØH*:

- Depresjon og angstpasienter med behov for medisinjustering
- Oppstart av medikamentnedtrapping (opiater) – smerteproblematikk
- Kronisk alkoholmisbruk som behandles for fallskader
- Kronisk misbruk av vanedannende medikamenter

I tillegg har vi en stor gruppe eldre som ikke har en kjent demens eller en psykiatrisk diagnose, men har symptomer som utagerende atferd, hallusinasjoner og vrangforestillinger. Av nevnte pasientgrupper er middelaldrende og eldre pasienter med langvarig alkoholmisbruk den hyppigste.

Slike pasienter får tilbud for sine somatiske diagnoser. For noen pasienter er det imidlertid utfordrende å tilrettelegge for adekvat behandling av sekundærdiagnoser innen psykisk helse og rus.

Feviktun

I perioden desember 2015 - november 2016 har det vært 65 innleggelser ved KØH Feviktun. 17 av disse hadde sekundærdiagnose knyttet til rus og psykiatri, men få av dem hadde atferd som skapte utrygghet hos de øvrige pasientene.

Det er usikkert om alle diagnoser er registrert. Av 65 innleggelser har 10 pasienter ingen diagnose i Geric. Det tas forbehold om tallene da registreringsarbeidet sporadisk har manglet kontinuitet.

Pasientgruppen på KØH Feviktun har høy alder; mange pasienter har angst og depresjon som sekundærdiagnose. I tillegg har de ofte demens og/eller forvirring, med behov for tett oppfølging.

Av de 17 pasientene som er registrert med diagnose knyttet til rus og psykiatri, var smertelindring og omsorg etter fall og fraktur primær innleggelsesårsak hos 8

pasienter. 3 pasienter var primært innlagt grunnet obstipasjon, og 3 ble innlagt grunnet dehydrering. Øvrige pasienter ble innlagt grunnet infeksjoner.

7. Målgrupper, inklusjons – og eksklusjonskriterier

Med utgangspunkt i nasjonal veileder og drøftinger i fagutvalget og arbeidsgruppen foreslås følgende målgrupper for tilbudet:

Inklusjonskriterier for et nytt tilbud:

Pasienter som kan avklares og diagnostiseres av leger i kommunehelse-tjenesten/KØH – lege:

- Personer med somatiske diagnoser og med lettere psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, som sekundærdiagnoser.
- Personer med lettere psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, evt. med somatiske sekundærdiagnoser.
- Personer som *selv opplever* at psykososiale forhold utløser en psykisk krise/og eller funksjonsnedsettelse så som hjemmeforhold, stress, konflikter eller lignende.
- Personer med kjent diagnose og avklart tilstand som får *tilbakefall/forverring* av sine kjente lidelse/rusmiddelproblem hvor innleggelse er nødvendig for å roe/avhjelpe en vanskelig livssituasjon.

Ved tvil om pasienten er aktuell for KØH kan lege i kommunehelsetjenesten/ KØH-lege kontakte spesialisthelsetjenesten (Akutt ambulant team) i tråd med gjeldende samarbeidsavtale.

Eksklusjonskriterier

Pasientgrupper som **ikke** skal inn i tilbudet (listen er ikke uttømmende):

- Mistanke om psykose eller selvmordsfare
- Uavklarte tilstander og/eller alvorlig problematikk som krever diagnostisk kompetanse og behandling på spesialisthelsetjenestenivå
- Pasienter som kan være til fare for seg selv eller andre
- Pasienter med atferd som tilsier at de ikke kan tas hånd om i KØH av hensyn til medpasientene, inkludert barn og ungdom som omsorgspersoner ikke kan mestre uten hjelp fra psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten)
- Pasienter som er vurdert til å ikke ha nytte av tilbudet

8. Oppholdstid

I utgangspunktet inntil 3 døgns innleggelse.

9. Prosedyrer ved innleggelse

Innleggelsesprosedyren er den samme som ved somatiske innleggelser. KØH – legen fatter endelig beslutning om innleggelse i KØH på grunnlag av inklusjons-/eksklusjonskriterier og adekvat dokumentasjon fra innleggende lege.

10. Vurdere fordeler og ulemper ved å samorganisere/-lokalisere KØH for somatikk og psyk/rus på Myratunet og Feviktun

Fordeler

- Oppdraget er kjent
- Infrastruktur er etablert
- Nåværende KØH-avdelinger har allerede erfaring med pasientgruppen
- Samlokalisering bidrar til lavere driftskostnader
- En utvidelse er mindre ressurskrevende enn oppstart av nytt tilbud på flere steder
- Alle henvisende leger forholder seg til ett tilbud
- Større enheter gir mer robust vaktordning
- Større enheter gir mer robuste fagmiljøer
- Samlokalisering med post 4 gir mulighet for rasjonell samhandling (Myratunet)
- Løsningen gjør det relativt enkelt å samlokalisere med framtidig nytt legevaktsbygg
- Nærhet til sykehuset impliserer økt pasientsikkerhet
- Sykehuset forventes å foretrekke sykehusnær plassering av samhandlingsforløp

Ulemper

- Geografisk avstand til omegnskommunene kan bidra til redusert bruk av tilbudet
- Gir flere reiseetapper for pasienter og pårørende; økt fragmentering av pasientforløp
- Incitament til fagutvikling vil kunne svekkes utenfor vertskommunen
- Redusert engasjement fra fastleger i omegnskommunene
- Kan påvirke muligheten for å behandle pasienten i sitt lokalmiljø

11. Vurdere hvordan samorganisering/-lokalisering av KØH for somatikk og psyk/rus på Myratunet og Feviktun kan bidra til forsterket samhandling med Arendal interkommunale legevakt og SSHF.

- Geografisk nærhet bidrar til felles kultur for pasientbehandling
- Geografisk nærhet til sykehuset er gunstig for samhandling om konkrete pasientforløp
- Utvikling av nye samhandlingsformer, som eks «diagnostisk sløyfe», jfr medisinsk faggruppe 2013; 6.2

12. Organisering basert på nåværende infrastruktur

Myndighet til å legge inn pasienter i KØH ligger hos KØH –legen (jfr. pkt 9)

Feviktun og Myratunet

Allerede i dag har mange KØH-pasienter sekundærdiagnose innenfor psykiatri og rus. Disse behandles på Myratunet eller Feviktun, og bør fortsatt behandles der.

Post 4

Med primærdiagnose innenfor psykiatri og rus vil et framtidig tilbud hovedsakelig gis på post 4 (post 4 er beskrevet er beskrevet under pkt 5).

I et framtidig felles bygg for legevakt og KØH nær sykehuset, må det legges til rette for å kunne skjerme tilsvarende.

13. Personellbehov og kompetansekrav

Et utvidet KØH – tilbud som også omfatter pasienter med lettere psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer gir kommunene en svært beskjeden økning av driftsmidler. Det bør avsettes midler til kompetanseutvikling med målsetting om å sikre at det alltid er en tilgjengelig sykepleier med kompetanse innenfor psykisk helse og rus. jfr veiledningsmateriale fra HDIR.

14. Samhandling med SSHF

Helse – og omsorgstjenesteloven og nasjonal veileder for KØH pålegger at kommunene og lokalt helseforetak inngår en **tjenesteavtale** (Delavtale 4). Hensikten er å bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. I noen tilfeller vil det kunne være uklart om pasienter som er i behov for øyeblikkelig hjelp er kommunens eller spesialisthelsetjenestens ansvar. Tjenesteavtalen må derfor beskrive tjenestenes samlede omfang, hva den enkelte part har ansvar for, og når innlagte pasienter blir oppfattet å være for syke for et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud.

Nasjonal veileder forutsetter at oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus ikke endres; etablering av et nytt kommunalt tilbud ikke skal medføre nedbygging av tilbudet i spesialisthelsetjenesten.

I henhold til veileder er det viktig å avklare hvordan helseforetaket (SSHF) skal delta i planlegging, etablering og utvikling av tilbudet: Avtalen bør beskrive både helseforetakets og kommunenes komplementære tilbud (utbygd hjemmetjeneste, ulike samhandlings- og oppfølgingsteam innen psykisk helse og rusfeltet, aktivt oppsøkende behandlingsteam og forsterket tjeneste i pasientens hjem).

For et framtidig KØH bør det drøftes om det vil være hensiktsmessig med en *formalisert avklaring* der helseforetakets Akutt ambulant team bidrar til å avklare grunnlaget for innleggelse i KØH.

Samarbeidsavtalen bør også inneholde avklaringer om implementering, oppfølging, avvikshåndtering og korrigerende avtaler og tiltak.

15. Økonomi og ressursbehov

Etablering av tilbudet bygger på regelverket som Helse – og omsorgsdepartementet har lagt til grunn for KØH somatikk. Innfasing og finansiering skal skje i løpet av 2017. Inngått samarbeidsavtale (jfr pkt 14) mellom kommunene i Østre Agder og Sørlandet sykehus utløser en bevilgning på totalt 1.5 mill i en årsramme for alle kommunene i Østre Agder (se tabell under).

Fra 2018 vil summen inngå i rammetilskuddet til den enkelte kommune.

De økonomiske rammene for å utvide KØH – tilbudet er avgrenset til kr underkant av 1,5 millioner for alle kommunene i Østre Agder. Totalsummen fordeler seg slik (med forbehold om eksakt beløp):

Kommune	Tildelt sum	Fordelingsnøkkel basert på tildeling KØH 2016
Arendal	700.000.-	48,34 %
Grimstad	320.000.-	
Risør	130.000.-	
Tvedestrand	110.000.-	
Froland	80.000.-	
Gjerstad	45.000.-	
Vegårshei	33.000.-	
Åmli	30.000.-	

Sum: 1.448.000. -

Oppstartskostnader

Tiltak 1 – Kompetanseutvikling på Myratunet og Fevikun:

Kostnader til kompetanseutvikling på Myratunet og Fevikun er vanskelig å anslå.

Flere typer tiltak kan være aktuelle:

- systematisk veiledning fra spesialisthelsetjenesten
- kursvirksomhet internt i kommunen
- formalisert etterutdanning

Tiltak 2: Utvidet turnus på post 4 med opprettelse av nattsykepleier:

1.9 årsverk som vil tilsvare **ca 1.500.000.-**

15. Prosessplan videre

19.01.2017	Endelig behandling i fagutvalget for kommuneoverleger
27.01.2017	Behandling i Helse – og omsorgslederforum
Februar	Framleggelse av forslag til ansatte i KØH og evt legevakten
Mars/april	Arbeidsgruppe Østre Agder/SSHF som utformer forslag til samarbeidsavtale
April/mai	Framleggelse av forslag til organisering av tilbudet og samarbeidsavtale med SSHF til Rådmannsgruppen og styret i Østre Agder
Mai/juni	Politisk behandling i by/kommunestyret i alle 8 kommunene

01.09.2017	Oppstart av tilbudet
-------------------	----------------------

16.Brukermedvirkning

Brukerorganisasjonene vil bli invitert inn i arbeidet med utforming av samarbeidsavtale mellom kommunene og SSHF.

