

Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008

Solfrid Lilleeng
Solveig Osborg Ose
Haldis Hjort
Ragnild Bremnes
Ivar Pettersen
Jorid Kalseth

SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
7465 Trondheim
Rapport 3/09

ISBN 978-82-14-04783-7

ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning

Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Trykk og omslagsdesign: Tapir Uttrykk

**SINTEF****SINTEF RAPPORT****SINTEF Teknologi og samfunn**

Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim

Besøksadresse:

Teknobyen innovasjonssenter

Abels gt 5

7030 Trondheim

Telefon: 73 59 03 00

Telefaks: 932 70 800

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne i løpet av 14 dager i april 2008

FORFATTER(E)

Solfrid Lilleeng, Solveig Osborg Ose, Haldis Hjort, Ragnild Bremnes, Ivar Pettersen og Jorid Kalseth

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A11408	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Trude Hagen/Anne Solberg	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04783-7	PROSJEKTNR. 78i110.30	ANTALL SIDER OG BILAG 161 + vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE ...Telling 2007...Rapport A11408 Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Solfrid Lilleeng	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson
ARKIVKODE E	DATO 2009-11-18	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres det ikke-døgnbaserte behandlingstilbudet som tilbys pasienter i psykisk helsevern for voksne. Dette gjelder både pasienter ved voksenpsykiatriske poliklinikker og pasienter hos avtalespesialistene.

En tredjedel av de polikliniske pasientene behandles hos avtalespesialistene og denne pasientgruppen er noe forskjellig fra pasientpopulasjonen ved poliklinikkene både med hensyn på diagnosefordeling og sosiodemografiske variable. Pasienter som behandles ambulant har i minst grad inntekt av eget arbeid og i størst grad alvorlige psykisk lidelser og rusproblematikk, mens pasientene hos avtalespesialistene har i stor grad inntekt av eget arbeid, lang utdanning og lavere andel alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser.

Temaer som presenteres er bruk av individuell plan, tvungent psykisk helsevern og omfang av ruslidelser og rusmiddelmissbruk. Forskjeller i bruk av de offentlige polikliniske tjenestene er sammenholdt med årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene og dette viser at store kommuner har mange pasienter per innbyggere, høy andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser og færre årsverk i psykisk helsearbeid sammenlignet med små kommuner.

Pasienter med omsorg for barn yngre enn 18 år er nå kartlagt både ved døgnavdelingene og ved poliklinikkene. På bakgrunn av disse registreringene anslår vi at i alt 65 000 barn og unge har en forelder/omsorgsperson som mottar døgn tilbud eller behandling ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Poliklinikk	Outpatient care
EGENVALGTE	Psykisk helsevern	Mental Health Care
	Tverrsnittstudie	Cross-sectional study

Forord

Denne rapporten er en presentasjon av pasienttellingen i psykisk helsevern for voksne i 2008. Registreringen ble foretatt i perioden 14.-27. april 2008 ved alle voksenpsykiatriske institusjoner og avtalespesialister som tilbyr ikke-døgnbasert eller poliklinisk behandling. Registreringen er den siste delregistreringen i prosjektet *Pasienttellingen 2007/2008*, som er utført på oppdrag av Helsedirektoratet.

Jeg vil takke referansegruppen som bestod av psykiater Siri Nome, psykiater Olav M. Linaker og psykologspesialist Lasse Eriksen. Gruppen var svært sentral i diskusjonene omkring utviklingen av skjemaene. Jeg vil også takke kontaktpersonene ved helseforetakene og som har tatt ansvar for intern distribuering av skjemaene. Roar Håskjold ved Sentio AS har hatt ansvaret for å digitalisere papirskjemaene.

Psykologspesialist Haldis Hjort har gitt avtalespesialistene en grundig analyse og drøfting, som er på sin plass tatt i betraktning deres betydelige omfang innen det polikliniske behandlingstilbudet.

Og sist men ikke minst takk til Solveig Osborg Ose, som har bidratt som entusiastisk samtalepartner gjennom hele prosjektet.

Hanne Kvam og Tove E. Waagan har bistått i flere faser av prosjektet og i ferdigstillingen av rapporten.

Trondheim, oktober 2009

Solfrid Lilleeng
prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	5
Innholdsfortegnelse	7
Sammendrag	13
1 Innledning	25
1.1 Offentlig poliklinisk aktivitet og årsverk i perioden 2000-2007	25
1.2 Avtalespesialister - årsverk i perioden 2000-2007	26
1.3 Bakgrunnen for Pasienttelling 2008.....	27
1.4 Målet med rapporten.....	27
2 Data og metode.....	29
2.1 Datamaterialet	29
2.2 Representativitet 2008	30
2.3 Diagnoser og rusmiddelbruk.....	31
2.3.1 Diagnoser.....	31
2.3.2 Rusmiddel(mis)bruk	32
2.3.3 Ruslidelse (ROP I) eller middels/stort rusmiddelmisbruk (ROP II)	33
2.3.4 Avslutning	33
2.4 Statistiske metoder.....	33
3 Pasientsammensetningen 2008.....	35
3.1 Innledning.....	35
3.2 Offentlig poliklinisk behandling og avtalespesialister	35
3.3 Polikliniske behandlingsformer ved helseforetakene	42
3.4 Oppsummering	45

4 Utviklingstrekk 2000-2008	47
4.1 Pasienter og årsverk	47
4.2 Kjønn og alder	48
4.3 Diagnoser og rusmiddelmisbruk.....	50
4.4 Sosiodemografiske kjennetegn for menn og kvinner	51
4.5 Oppsummering av utviklingen i pasientpopulasjonen fra 2000-2008	56
4.6 Oppsummering	58
5 Rusreformen og poliklinisk behandling i psykisk helsevern	59
5.1 Innledning.....	59
5.2 Ruslidelse, stort og middels rusmiddelmisbruk - rusmiddelprofiler.....	59
5.3 Omfanget av rusdiagnoser og rusmiddelmisbruk	62
5.4 Pasienter med alvorlige psykisk lidelser – regionale forskjeller	63
5.5 Pasienter som mottar behandling ved ruspoliklinikk/rusteam	64
5.6 Oppsummering	68
6 Kommunale tilbud.....	71
6.1 Innledning.....	71
6.2 Datagrunnlag.....	72
6.3 Variasjon i antall polikliniske pasienter bosatt i ulike kommuner	73
6.4 Etablert og udekket behov i 2008	77
6.5 Kombinasjoner av tilbud i 2008	79
6.6 Etablert og udekket behov i helseregionene.....	79
6.7 Diskusjon og oppsummering	80
7 Individuell plan.....	83
7.1 Innledning.....	83
7.2 Forekomsten av individuell plan.....	83
7.3 Individuell plan for de ulike diagnosegruppene.....	85
7.4 Kommunalt tilbud til pasienter med individuell plan	86
7.5 Oppsummering	88

8	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.....	89
8.1	Innledning.....	89
8.2	Omfang	90
8.3	Pasientegenskaper.....	91
8.4	Tjenestetilbud og behandlingsforløp	95
8.4.1	Henvissende instans og tidligere behandling.....	95
8.4.2	Behandlingens varighet og gjennomførte behandlingstiltak.....	97
8.5	Hva slags bosituasjon har pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?.....	98
8.6	Geografisk variasjon	99
8.7	Oppsummering	102
9	Pasienter med omsorg for barn.....	105
9.1	Innledning.....	105
9.2	Pasienter med omsorg for barn under 18 år	105
9.3	Er tiltak iverksatt overfor barn som pasienten har omsorg for?.....	106
9.4	Nasjonale anslag på antall barn og unge med omsorgspersoner som får behandling i psykisk helsevern	108
9.5	Oppsummering	109
10	Samarbeid om barn og unge.....	111
10.1	Innledning	111
10.2	Psykisk helsevern for barn og unge: Samarbeid med psykisk helsevern for voksne... ..	111
10.3	Psykisk helsevern for barn og unge: Pasienter som får eller burde fått behandling i psykisk helsevern for voksne	111
10.4	Psykisk helsevern for voksne: Pasienter med behandlingstilbud eller henvisning fra BUP112	
10.5	Avtalespesialistene: Barn og unge som får behandling hos privatpraktiserende psykiater eller psykologspesialist	112
10.6	Oppsummering.....	114
11	Pasienter med opprinnelse utenfor Norge	115
11.1	Innledning	115
11.2	Asylsøkere/flyktninger	115

11.2.1 Generelt om asylsøkere/flyktninger (Fra kap 10.2 i Lilleeng et al. 2009.)	115
11.2.2 Pasienter med asylsøkerstatus/flyktninger/eller som har flyktningbakgrunn	116
11.3 Pasienter med fødeland utenfor Norge	116
11.3.1 Kommunale behov for pasientene ved poliklinikkene	118
11.3.2 Hvor i Norge bor pasientene som er født i ikke-vestlige deler av verden.	119
11.4 Oppsummering	120
12 Avtalespesialistene i psykisk helsevern	121
12.1 Metode, oppslutning og svarprosent	121
12.2 Problemstillingene vi ønsket å undersøke vedrørende behandlerne	122
12.3 Analyser og tolkninger av spørsmålene og problemstillingene	123
12.3.1 Antall årsverk for psykiatere og psykologer i 2008, sammenlignet med 2000	123
12.3.2 "Avtalespesialist-tetthet" ved helseregionene i forhold til behandlingsbehov	125
12.3.3 Sammenligning mellom <i>praksisprofilene</i> til psykiatere og psykologer	126
12.3.4 Har avtalespesialistene flere behandlingstimer enn driftstilskuddet tilsier?	127
12.3.5 Avtalespesialistenes direkte arbeid med pasientene	128
12.3.6 Antall behandlingssøkende som har tatt kontakt i løpet av siste 14 dager	128
12.3.7 Anslagsvis hvor lang tid avtalespesialister mener det er før man kan ta inn en ny pasient.	131
12.3.8 Andel avtalespesialistene som fører ventelister, og grunnene de har som ikke fører ventelister	131
12.4 Oppsummering	134
13 Pasientene i avtalepraksis	137
13.1 Problemstillingene vi ønsket å undersøke vedrørende pasientene	137
13.2 Analyser og tolkninger av spørsmålene og problemstillingene	137
13.2.1 Sosiodemografiske og sosioøkonomiske opplysninger om pasientene	137
13.2.2 Anslagsvis antall konsultasjoner/kontakter siden første kontakt.	142
13.2.3 Tidligere/annen behandling for psykisk lidelse/ruslidelse både siste år og siste fem år for pasientene	143
13.2.4 Hvem tok initiativ til første kontakt med avtalespesialisten?	145
13.2.5 Diagnoser som avtalespesialistene setter på pasientene, og sammenlignet med 2004 og 2000.	146
13.2.6 Rusmiddelbruk de siste ukene før behandlingsstart og/eller ruslidelse.	147

13.2.7 Suicidalproblemer hos avtalespesialistenes pasienter	148
13.3 Oppsummering.....	148
Referanser	151
Tabell- og figuroversikt	153
Tabelloversikt.....	153
Figuroversikt.....	160
Vedlegg	163

Sammendrag

FORMÅLET MED RAPPORTEN

Formålet med rapporten er å belyse det polikliniske behandlingstilbudet slik det fremstår per april 2008. Pasienttellingens formål var å belyse aktuelle helsepolitiske mål som ikke ble dekket gjennom årlige rapporter eller andre undersøkelser. For enkelte tema kan utviklings-trekk gjennom planperioden helt eller delvis beskrives. Andre spørsmål inngår for første gang i pasienttellingen for 2008. Rapporten beskriver pasientpopulasjonen gjennom opptrappings-planperioden og typiske trekk i forhold til blant annet bruk av individuell plan, bruk av kommunale tjenester og bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Rapporten inngår som grunnlag for vurdering av status etter nesten ti år med opptrapping i psykisk helsevern.

PASIENTER HOS AVTALESPELIALISTENE OG VED POLIKLINIKKENE 2008

Pasienter ved poliklinikkene er forskjellige fra pasientene som mottar behandling hos avtale-spesialistene på flere områder. I poliklinikkene utgjør kvinner 60 prosent av pasientene og både menn og kvinner har median alder på 37 år. Blant pasientene som mottar behandling hos avtalespesialistene, utgjør kvinner 69 prosent. Pasientene der er noe eldre enn ved poliklinikkene; median alder er 43 år for menn og 42 år for kvinner. For enkelte aldersgrupper utgjør avtalespesialistene nesten halvparten av behandlingstilbudet til kvinner. Avtalespesialistene har få unge pasienter, som altså i all hovedsak får sitt behandlingstilbud ved poliklinikken.

Menn og kvinner som får behandling ved poliklinikkene har ulik diagnosefordeling, men det er ingen slik forskjell hos avtalespesialistene. Menn med schizofrenidiagnose eller ruslidelse gjenfinnes i liten grad hos avtalespesialistene.

Halvparten av pasientene som behandles ved offentlige poliklinikker har gått til behandling i 31 uker eller mindre på det tidspunktet registreringen gjennomføres. Pasientene hos avtalespesialistene har i større grad hatt lengre behandlingsforløp sammenlignet med pasientene ved poliklinikkene. Halvparten av pasientene har hatt et behandlingsforløp på 66 uker eller mindre. I begge delene av den polikliniske spesialisthelsetjenesten har det vært fokus på antall konsultasjoner og volumet av direkte pasientkontakt for å sikre at behandlernes tid i størst mulig grad skulle komme pasientene til gode. Mens avtalespesialistene tenderer til å la henvisningsperiodene "stå åpne" slik at pasienten kan ta kontakt ved behov, er tradisjonen ved poliklinikkene "å lukke" henvisningsperioden dersom det ikke planlegges ny konsultasjon i nær fremtid. Å fokusere på å avslutte behandlingsserier fremfor å holde de åpne er til en viss grad drevet frem av ønsket om å bruke avsluttede henvisningsperioden som styringsdata. For pasienten vil det imidlertid medføre ekstra ressursbruk å innhente ny henvisning for å få åpnet en ny henvisningsperiode og på ny stille seg på ventelisten.

Henvisning til behandling ved poliklinikkene skjer primært via fastlegen. Døgnavdelingen eller en annen psykiatrisk poliklinikk er henviser i om lag ti prosent av tilfellene. Pasienten selv er oppført som henvendende instans i bare fem prosent av tilfellene og da ofte sammen med fastlegen.

Initiativet til kontakt med avtalespesialisten er det ofte fastlegen *eller* pasienten selv som tar. Fastlegen er involvert i halvparten av henvendelsene og pasienten selv er oppført som initiativtaker i 40 prosent av henvendelsene men det er sjelden at begge inngår i den samme henvisningen.

En fjerdedel av pasientene hos avtalespesialistene har ikke mottatt noen annen behandling for sine psykiske lidelser i løpet av de siste fem årene. For pasientene som *har* mottatt annen behandling i løpet av de siste årene, ligger dette ofte en del år tilbake i tid.

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. Omlag to tredjedeler av disse pasientene har fått behandlingstilbud fra annen poliklinikk siste året. Annet poliklinisk tilbud og kontakt med primærhelsetjenesten er den mest vanlige kombinasjonen av behandlingstilbud, som hele 30 prosent av alle pasientene har fått i løpet av det siste året.

UTVIKLINGSTREKK 2000-2008

Gjennom opptrappingsperioden har det vært et betydelig fokus på poliklinisk behandling innen det offentlige tilbudet i psykisk helsevern, mens det ikke har vært tilsvarende oppmerksomhet på avtalespesialistene. Antall polikliniske lege – og psykologårsverk har økt med 64 prosent mens årsverk knyttet til driftsavtalene for avtalespesialistene har økt med 3 prosent i samme periode.

Blant pasientene ved poliklinikkene er kvinner i overvekt (60 prosent) på samme vis som i 2000. Endringene i alderssammensetning består i at de yngste pasientene (18-29 år) og pasienter på 60 år og eldre har økt i omfang, mens aldersgruppen 30-39 år nå utgjør en litt mindre andel av pasientpopulasjonen sammenlignet med i 2000. Dette tyder på en økt innsøking for unge i starten av 20-årene i løpet av opptrappingsplanperioden.

Hos avtalespesialistene utgjør kvinner 69 prosent av pasientene og dette er lite endret siden 2000. Median alder er 43 år for menn, 42 år for kvinner og uendret siden 2000. Alderssammensetningen er endret siden 2000 ved at både unge og eldre pasienter har økt andelsmessig mens aldersgruppen 30-49 er blitt mindre. Dette bidrar til en svak utjevning av forskjellene mellom aldersgruppene med hensyn på tilgangen til behandling hos avtalespesialistene.

Utviklingen i hoveddiagnosesammensetningen fra 2000 til 2008 er karakterisert ved en redusert andel pasienter med schizofrenier og personlighetsforstyrrelser, både ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene. Andel pasienter med atferdsforstyrrelser har økt ved poliklinikkene. Kategorien nevrotiske lidelser inkluderer pasienter med post traumatisk stress lidelse (PTSD). Denne pasientgruppen har økt i omfang hos avtalespesialistene og utgjør nå en sjettedel av alle pasientene. En større andel pasienter har *rusmiddelmisbruk* hos avtalespesialistene i 2008 sammenlignet med 2004 og det kan tyde på økt oppmerksomhet omkring rusproblematikk.

Andel ugifte pasienter har økt fra 2000 til 2008. Ved poliklinikkene utgjør de ugifte pasienter en større andel enn samboende/gifte. Det er særlig ugifte menn som er en betydelig pasientgruppe. De utgjør 56 prosent av de mannlige pasientene, mens ugifte kvinner utgjør nesten 40 prosent av kvinnene. Videre er det en overhyppighet av separert/skilte blant pasientene som går til avtalespesialist.

Pasientene ved poliklinikkene har lavere utdanningsnivå enn befolkningen for øvrig, mens pasientene i avtalepraksis har et høyere utdanningsnivå. Mens en femtedel av pasientene i poliklinikkene har fullført en høyskole/universitetsutdanning, har nesten halvparten av pasientene i avtalepraksis tilsvarende utdanning. Forskjellene opprettholdes i perioden.

I 2008 er det en lavere andel av pasientene i avtalepraksis som har lønnet arbeid sammenlignet med 2000, mens andel med uføretrygd øker i samme periode. Dette gjelder både kvinner og menn. Andel pasienter med arbeidslivstilknytning er uendret ved poliklinikkene, mens andel med uføretrygd og sykepengen øker i perioden 2000-2008.

Utviklingen i pasientpopulasjonene kan ha flere bakenforliggende forklaringer og disse må man analysere særskilt for å kunne si noe sikkert om mekanismene bak pasienttilstrømmingen. De endringene som man ser i pasientpopulasjonen i perioden 2000-2008 må sammenholdes med utviklingen i befolkningen dersom man skal kunne konkludere i forhold til om det har skjedd en vesentlig reduksjon av forskjellene mellom pasientpopulasjonen i offentlig og privat poliklinisk regi.

BEHANDLINGSFORMER INNEN OFFENTLIG POLIKLINISK BEHANDLING 2008

Ett av målene med pasientregistreringen var å fange opp alle typer ikke-døgnbasert aktivitet og på bakgrunn av dette anslå omfanget av polikliniske behandlingsformer som *ikke* kommer til syne gjennom nasjonal statistikk. Det tilbud som fremkommer i nasjonale styringsdata er påvirket av de gjeldende finansieringssystemer slik som for eksempel dagbehandling. I og med at dagbehandling ikke har hatt en egen takstfinansiering, slik som polikliniske konsultasjoner, har dagbehandlingstilbudet gradvis blitt mindre synlig i nasjonal statistikk. Drøftinger av om det sannsynligvis reduserte dagbehandlingstilbudet er en ønsket dreining rent behandlingmessig og hvilke konsekvenser dette har, må behandles i en egen analyse som ligger utenfor denne rapporten.

I denne registreringen har de aller fleste pasientene (95 prosent) mottatt *vanlig* poliklinisk behandling i form av konsultasjon(er) ved eget oppmøte. I alt tolv prosent har mottatt behandling fra ambulante team. Dagbehandling; opphold ved institusjonene som varer minst tre timer, er angitt for åtte prosent av pasientene og er den behandlingsformen som har størst udekket behov. I tillegg er det en liten andel av pasientene som er knyttet til en døgnavdeling og som i tillegg har fått poliklinisk behandling.

Vanlig poliklinisk behandling er den vanligste behandlingsformen og utgjør den *eneste* behandlingsformen til 80 prosent av pasientene. Både dagbehandling og ambulant behandling forekommer ofte i kombinasjon med polikliniske konsultasjoner og hele 16 prosent av pasientene mottar mer enn en behandlingsform. Samlet sett har en femtedel av pasientene behov for annet ikke-døgnbasert tilbud enn den vanlig polikliniske konsultasjonen.

RUS I PSYKISK HELSEVERN

Pasientregistreringen bruker både forekomst av ruslidelse og stort/middels rusmiddelmissbruk som identifikator for å avdekke rusmiddelproblematikk i 2008. Rusproblematikk angår i alt 22 prosent av pasientene som får poliklinisk behandling. Rusmiddelprofiler avdekker at ulike rusmidler er typisk brukt av pasienter med hhv. ruslidelse, stort eller middels rusmiddelmissbruk. Alkohol er det mest brukte hovedrusmiddel for alle tre pasientkategoriene. Omfanget er minst hos de med ruslidelser og størst hos pasienter med middels rusmiddelmissbruk. Cannabis kommer på andreplass som det mest brukte rusmidlet og andelen er størst for pasienter med ruslidelser og avtar med avtagende alvorlighetsgrad i rusmiddelmissbruket. Som rusmiddel nummer to forekommer alkohol, cannabis og amfetaminer like hyppige hos pasienter med ruslidelser. Mens alkohol er like mye brukt for alle tre pasientgruppene, øker bruken av cannabis med redusert rusmiddelmissbruk, mens amfetaminbruken avtar med redusert rusmiddelmissbruk. Benzodiazepiner, som regel foreskrevet av lege, er rusmiddel nummer to for en fjerdedel av pasientene med rusmiddelproblematikk.

I denne registreringen er alle poliklinisk pasienter i *psykisk helsevern* registrert, og dersom noe av rusbehandlingstilbudet er organisert innen psykisk helsevern vil dette altså inngå i denne registreringen. Det dreier seg om poliklinisk behandling av ruspasienter når helseforetaket ikke har egne rusavdelinger for denne målgruppen, eller når målgruppen er pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidige rusmiddelproblemer.

En god arbeidsdeling mellom russektoren og psykisk helsevern vil være at rusavdelingene tar hånd om ruspasientene med lettere psykiske lidelser slik at ruspasientene i psykisk helsevern i overveiende grad har alvorlige psykisk lidelser. Minst 18 prosent av pasientene har en alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusproblematikk i helseregion Sør-Øst, mens det er maksimum 17 prosent i Midt-Norge. Dette tyder på at arbeidsdelingen mellom tjenesteområdene synes å fungere bedre i Sør-Øst sammenlignet med Midt-Norge. Med en uklar arbeidsdeling mellom tjenesteområdene blir særlig poliklinisk rusbehandling kamuflert som aktivitet i psykisk helsevern. Dette kan gå på bekostning av tilbudet til pasientene som psykisk helsevern primært har ansvar for og hindrer at behovet for poliklinisk rusbehandling synliggjøres både med hensyn på volum og reell ressursbruk.

Pasientene som får behandling ved rusteamene er kjennetegnet ved at det er overvekt av menn, halvparten er 30 år eller yngre, mange går på sosialstønad og i mindre grad på uføretrygd sammenlignet med pasientene ved poliklinikkene. Totalt 72 prosent har en rusdiagnose og svært få har en alvorlig psykisk lidelse. Ambulante team tilbyr tjenester like ofte til menn som til kvinner, en fjerdedel er yngre enn 30 år, de er oftere underlagt tvungent psykisk helsevern når behandlingsepisoden starter, de bor oftere alene, er i stor grad uføretrygdet, nesten halvparten har alvorlige psykiske lidelser og flere har et rusmiddelmissbruk sammenlignet med pasienter ved rusteam og poliklinikker.

En betydelig andel av pasientene ved rusteam/ruspoliklinikker er pasienter som tilhører tverrfaglig spesialisert rusbehandling og et klarere skille mellom tjenesteområdene vil gi et bedre grunnlag for å følge utviklingen av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i årene fremover.

KOMMUNALE TILBUD

Informasjonen fra pasientregistreringen om etablerte kommunale tjenester og tiltak for de polikliniske pasientene viser at bolig og hjemmetjenester er de største kommunale tiltakene for pasientene. Om lag 40 prosent av pasientene har etablert slike tjenester. I alt åtte prosent av pasientene har etablert en eller annen form for omsorgsbolig, mens 14 prosent av pasientene mottar hjemmetjenester på registreringstidspunktet. Omtrent ni prosent av pasientene mottar dagtilbud fra kommunen mens seks prosent av pasientene har støttekontakt. Tre prosent av pasientene beregnes å være mottakere av arbeidstiltak i kommunal regi, mens ni prosent får arbeidstiltak i NAV regi. Kun to prosent av pasientene bor på sykehjem eller servicesenter.

Hver fjerde pasient som har omsorgsbolig mottar i tillegg hjemmetjenester, 17 prosent mottar støttekontakt og 11 prosent har etablert arbeidstiltak. Blant de som har egen bolig (med eller uten tilsyn) mottar 19 prosent hjemmetjenester, 11 prosent har dagtilbud og 8 prosent har støttekontakt. Tolv prosent av de som har egen kommunal bolig deltar på arbeidstiltak.

Blant de fjorten prosent av pasientene som mottar hjemmetjenester har 34 prosent egen bolig og 14 prosent bor i omsorgsbolig. I alt 21 prosent av de som mottar hjemmetjenester har også dagtilbud, 17 prosent har støttekontakt mens 12 prosent av pasientene som mottar hjemmetjenester også har arbeidstiltak i kommunal regi eller i NAV regi.

Blant de seks prosent av pasientene som mottar støttekontakt har 43 prosent også hjemmetjenester og 24 prosent har omsorgsbolig. 19 prosent av de som mottar støttekontakt har også etablert arbeidstiltak.

For de tolv prosent av pasientene som har arbeidstiltak i kommunal regi eller i regi av NAV (hver fjerde i kommunal regi), ser vi at 23 prosent bor i egen bolig og 13 prosent mottar hjemmetjenester. Ni prosent av disse har kommunalt dagtilbud og åtte prosent har samtidig støttekontakt.

Denne registreringen ga informasjon om etablerte kommunale tiltak for pasientene, kombinasjoner av tiltak og omfanget av udekkede behov. På bakgrunn av disse resultatene og kommunevise oversikter basert på kommunestørrelse heller enn tilknytningsregion, er det grunnlag for nye spørsmål i forhold til å forstå mekanismene som ligger bak det kommunale tilbudet på den ene siden, spesialisthelsetjenesten på den annen side og samvirket mellom disse to aktørene i forhold til å gi innbyggerne gode helsetjenester.

Våre sammenstillinger av data viser at store kommuner har flere pasienter per innbygger i poliklinisk behandling enn små kommuner, og at de har en større andel pasienter med alvorlige psykiske problemer. Samtidig ser vi at antall årsverk innenfor psykisk helsearbeid er mindre i de store kommunene. Skyldes dette at ansvarsdelingen mellom poliklinikkene og psykisk helsearbeid er avhengig av kommunestørrelse? Kan geografiske variasjoner i tilgjengelighet til poliklinikk og/eller avtalespesialister forklare forskjellene? Kan den høye ressursinnsatsen i de minste kommunene forklare hvorfor brukerratene er relativt lave blant pasienter bosatt i små kommuner? Eller er småkommunene overkompensert i forhold til smådriftsulemper? Hvorfor har ikke kommunene med høye brukerrater for psykiatrisk poliklinikk også relativt høyt ressursbruk innenfor psykisk helsearbeid? Er det en større andel pasienter med lettere lidelser fra småkommuner fordi de har høyere terskel (pga gjennom-siktighet og stigmatisering) for å søke hjelp i kommunale tjenester og heller søker hjelp i poliklinikkene i psykisk helsevern?

En slik deskriptiv analyse kan ikke danne grunnlag for å trekke konklusjoner om kausale sammenhenger. Det kan være fristende å trekke konklusjoner basert på slike resultater, men hva som er utfall eller årsak til variasjonene er vanskelig å si. Det trengs mer sofistikerte analyser for å nærme oss en forståelse av sammenhengene mellom ressursbruk, etter-spørsel og samordning mellom spesialisthelsetjeneste og psykisk helsearbeid i kommunen. De fleste utfall – ressursbruk eller brukerrater – kan drives av både tilbuds- og etter-spørselseffekter. For å isolere effektene av en kanal må vi benytte oss av multivariate analyser med spesielt fokus på identifikasjon av etterspørsel eller tilbud.

Som skissert over er problemstillingene mange. Innsikt i sammenhengene er knyttet til samordning mellom ulike nivå på tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, kjennetegn ved kommunene og befolkningen. For eksempel kan relativt få pasienter fra små kommuner skyldes godt utbygde – også forebyggende – kommunale tjenester, manglende lokalt tilbud av polikliniske tjenester, sosiale forhold, migrasjon, fare for stigmatisering og lignende.

De udekkede behovene for kommunale tjenester blant pasienter som mottar poliklinisk behandling er størst for arbeidstiltak, støttekontakter og dagtilbud. Dette tyder på at kommunene har fått til god dekning på bolig og hjemmetjenester, men at de har et stykke å gå i forhold til utbygging og tilgang på aktiviteter for psykisk syke innbyggere. Dette stemmer med andre anslag som viser at dekningsgraden er lavest for voksenopplæring og arbeid.

INDIVIDUELL PLAN

Formålet med utarbeidelsen av individuell plan er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienten og å plassere ansvaret for oppfølgingen hos en av de involverte tjenesteyterne. Videre er formålet med en individuell plan å kartlegge pasientens mål, ressurser og behov samt å vurdere koordinerte tiltak som dekker behovene. Bruken av individuell plan skal også bidra til å styrke samhandlingen innen og på tvers av forvaltningsnivåene. Sist men ikke minst er pasientens egen deltagelse i planarbeidet viktig, slik at man sikrer at planen blir meningsfull for den enkelte tjenestemottaker. Det er til syvende og sist bare på individnivå man kan måle i hvilken grad man har lyktes med plan-

prosessen og hvorvidt planen har bidratt til å dekke den enkelte pasients behov slik intensjonen var.

Ansvar for å etablere en individuell plan ligger i tjenesteapparatet. Den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket som pasienten henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med individuell plan igangsettes. Forutsetningen er imidlertid at vedkommende har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Omlag en tredjedel av de polikliniske pasientene som er aktuelle i forhold til utarbeidelse av individuell plan, har fått igangsatt arbeidet med en slik plan. Det er en større andel med utarbeidet individuell plan blant menn sammenlignet med kvinner.

Pasienter med individuell plan har hatt et behandlingsforløp med median varighet på over ett år når registreringen gjøres, mens pasienter uten individuell plan har hatt kortere behandlingsserier; median hittil varighet er på under 6 måneder. Når behandlerne har angitt at de ikke kjenner til hvorvidt en plan er under utarbeidelse for denne pasienten, dreier det seg om pasienter som nettopp har startet i poliklinisk behandling.

Ved utskrivning fra døgnavdeling skal en rekke forhold vedrørende det videre oppfølgingsarbeidet være avklart. Hvorvidt individuell plan er etablert er ett av punktene. Pasienter som er henvist fra døgnavdelingen har ofte en individuell plan utarbeidet. Omfanget av individuell plan avhenger av hvilken oppfølging pasienten får etter utskrivning; ved vanlig poliklinisk behandling er det om lag 55 prosent som har individuell plan, ved dagbehandling er andelen på 66 prosent. Ved ambulant behandling er andel pasienter med individuell plan på hele 80 prosent. Denne differensieringen i type oppfølging er også et uttrykk for alvorlighetsgraden eller pasientens funksjonsnivå på grunn av lidelsen.

Andel pasienter hvor individuell plan ikke er aktuelt, utgjør seks prosent. Bare fire prosent av pasientene er uten svar på spørsmål om individuell plan. Dette tyder på at oppmerksomheten og bruken av individuell plan er relativt god.

Blant de ulike hoveddiagnosegruppene er det pasienter med schizofrenier som i størst grad har fått utarbeidet en individuell plan. Blant pasienter i denne diagnosegruppen er det mange pasienter som ikke ønsker en individuell plan, men samtidig få pasienter hvor en slik plan er uaktuelt. Det er åpenbart en utfordring i å klare å tilby denne pasientgruppen den oppfølging de bør ha og samtidig klare å mobilisere pasientens egen vilje og medvirkning.

Blant pasienter med ruslidelse eller personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose mangler omlag halvparten en individuell plan. Pasienter med atferdsforstyrrelser, affektive eller nevrotiske lidelser som hoveddiagnose har en betydelig andel pasienter hvor en individuell plan ikke er aktuelt og hvor andelen med individuell plan avtar proporsjonalt med andel pasienter hvor individuell plan er uaktuelt.

Koordinator for pasientens samlede tilbud er etablert for 84 prosent av pasientene med individuell plan. Pasienter som reserverer seg, eller hvor en individuell plan er uaktuelt har koordinator i 20 prosent av tilfellene. Pasienter med schizofreni som hoveddiagnose og som har individuell plan har en koordinator i 91 prosent av tilfellene. Hele 40 prosent av pasientene som reserverer seg, eller som er uaktuelle, har en koordinator som ivaretar det samlede tjenestetilbudet. For pasienter med personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser er det i en tredjedel av tilfellene uaktuelt å utarbeide en plan. Men nesten en fjerdedel av disse har en koordinator for det samlede tilbudet.

Pasienter med individuell plan har i større grad fått etablert kommunale tilbud sammenlignet med pasienter uten individuell plan. Omsorgsbolig og kommunale dagtjenester er hyppigere etablert for pasienter med individuell plan sammenlignet med pasientene uten individuell plan.

De største udekte behov er på arbeid i kommunal/NAV regi. Når det gjelder støttekontakter og kommunale dagtilbud er det betydelige udekte behov særlig for pasienter med individuell plan. Mens hovedvekten av det etablerte tilbudet for pasienter uten individuell plan ligger på egen bolig og i noe mindre grad på hjemmetjenester, er hjemmetjenester og andre dagtilbud viktige etablerte tilbud for pasienter med individuell plan. Mens pasienter uten individuell

plan ofte får etablert ett enkelt tilbud, får pasienter med individuell plan ofte tilpasset kombinasjoner av tilbud hvor ofte hjemmetjenester inngår.

Om lag en femtedel av pasientene med og uten individuell plan har fått etablert egen bolig. Mens pasienter uten individuell plan i stor grad har bare dette tilbudet, er det for pasienter med individuell plan etablert i kombinasjon med kommunale dagtilbud og arbeid i kommunal/NAV regi. Hjemmetjenester og kommunalt dagtilbud/støttekontakt tilbys i en viss grad som eneste tilbud til begge pasientgrupper, men pasienter med individuell plan får i tillegg disse tjenestene i kombinasjon med andre tjenester.

Pasienter med individuell plan har både fått koordinator og fått identifisert behov for kommunale tjenester. En del udekkede behov for dagtjenester og arbeid i kommunal/NAV regi finnes, mens botilbudet er godt dekket med unntak av omsorgsbolig med døgnbemanning.

TVANG

I alt 4,3 prosent av de polikliniske pasientene registrert i pasienttellingen for 2008 var under tvungent vern ved behandlingsstart, og 2,6 prosent av pasientene var fortsatt i tvungen behandling på registreringstidspunktet. Dette er høyere andeler enn ved pasientregistreringen av polikliniske pasienter fra 2004.

For at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres må pasienten, i tillegg til å ha en alvorlig psykisk lidelse, også oppfylle behandlingskriteriet og/eller farekriteriet. 2008-registreringen viser at vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg blir fattet med begrunnelse i behandlingskriteriet for de aller fleste av pasientene under tvungent vern, totalt 89 prosent av pasientene. Farekriteriet ble alene, eller i tillegg til behandlingskriteriet, lagt til grunn for 43 prosent av pasientene. Dette representerer en relativ økning i bruken av farekriteriet sammenlignet med registrert begrunnelse for vedtak om tvungent vern i pasientregistreringen fra 2004. 17 prosent av pasientene, som på registreringstidspunktet var i tvungen behandling, var vurdert å være en *fare for andre* da vedtaket om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg ble fattet.

Mer enn 80 prosent av pasientene med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg oppfylder de definerte kriterier for alvorlig psykisk lidelse, og schizofrenier er den mest vanlige lidelsen hos denne pasientgruppen. I registreringen fra 2008 var om lag hver sjettede polikliniske pasient i denne diagnosegruppen under tvungent vern. Rusmiddelproblematikk er også knyttet til en høyere andel pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg enn til pasienter i frivillig poliklinisk behandling.

Selv om det er registrert flere kvinner enn menn i pasientregistreringen av polikliniske pasienter fra 2008, gjelder flere av vedtakene om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg menn enn kvinner. Pasienter under tvungent vern har også en høyere gjennomsnittsalder enn polikliniske pasienter i frivillig behandling.

Slik som i 2004, finner vi også denne gangen sosioøkonomiske forskjeller mellom pasienter under tvungent vern og pasienter i frivillig behandling. Det er relativt flere enslige og flere uføretrygdede i gruppen av pasienter under tvungent vern, og utdanningsnivået er også lavere sammenlignet med gruppen av pasienter i frivillig behandling.

Pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern var i overveiende grad henvist fra spesialisthelsetjenesten og da primært fra en døgnavdeling. Samlet sett hadde 87 prosent vært innlagt ved en psykiatrisk døgninstitusjon i løpet av de siste fem årene. Én prosent hadde ikke mottatt annen behandling siste fem år.

Median varighet av aktuell behandlingssekvens var i 2008, som i 2004, lengre for pasienter som var eller hadde vært under tvungent vern, enn for den samlede gruppen av frivillig behandlede pasienter. Et vedtak om tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år dersom kontrollkommisjonen ikke samtykker i at vernet forlenges. Oppimot halvparten av pasientene

som på registreringstidspunktet var under tvungent vern hadde vært under slikt vern i mer enn ett år.

Pasientregistreringen for 2008 viser at behandling med medikamenter er mer vanlig for pasienter under tvungent vern enn for pasienter i frivillig behandling, mens omfanget av samtale med behandler og gruppeterapi er mindre.

I Psykisk helsevernloven av 1999 heter det at tvungent psykisk helsevern kan skje uten døgnopphold dersom *dette er et bedre alternativ for pasienten*. Gitt føringer som legges gjennom lovgrunnlaget kan man forvente at pasienter under tvungent vern har en tilfredsstillende bosituasjon. Gjennomgang av pasientenes bosituasjon i registreringen fra 2008, viser at bostedsløshet ikke er et problem for pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg. Pasienter uten egen fast bolig i denne pasientgruppen var enten innlagt i institusjon eller hadde et kommunalt botilbud med eller uten bemanning. I registreringen av døgnpasienter fra 2007 er relativt mange pasienter under tvungent vern registrert uten fast bolig. Det antas at pasienter under tvungent psykisk helsevern er en gruppe med sammensatte og til dels omfattende hjelpebehov, og at muligheten for hjelp i egen bolig vil kunne være avgjørende for at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres uten døgnopphold. Mangel på tilrettelagte botilbud utenfor institusjonen kan tenkes å være en årsak til at vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg opprettholdes fremfor omgjøring til et vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg.

Analysen av bruken av tvang i det psykiske helsevernet har vist at det til dels er store geografiske forskjeller i omfanget av tvangsbruk. Gjennomgangen av data fra pasientregistreringen av polikliniske pasienter fra 2008 viser betydelige forskjeller mellom helseregionene i omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg. Omfanget er størst i helseregion Sør-Øst. Regionale forskjeller i omfanget av tvangsbruk kan skyldes forskjeller i pasientpopulasjonen, og pasientregistreringen viser at det er relativt flere pasienter med alvorlig psykisk lidelse i helseregion Sør-Øst enn i de øvrige helseregionene. Det er imidlertid også en høyere andel av disse pasientene som er under tvungent vern i denne regionen. Dette kan skyldes praksisforskjeller. For i større grad å kunne avdekke mekanismer som genererer geografiske forskjeller i bruken av tvang, kreves mer dyptgående analyser og bruk av flere datakilder.

PASIENTER MED OMSORG FOR BARN

Sosial- og helsedirektoratets anbefaling til psykisk helsevern for voksne var å etablere rutiner for å sikre at man fanger opp tilfeller der det er behov for oppfølging av barn (Rundskriv IS-5/2006). Endringer av personelloven for å styrke rettsstillingen til barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet, ble lagt frem våren 2009. I dette forslaget ligger det en vektlegging av helsepersonellens plikt til å vurdere barns behov.

Pasienter med omsorg for barn under 18 år utgjør 33 prosent av de polikliniske pasientene. Blant kvinnene er andelen på 38 prosent og for menn er andelen på 24 prosent. Pasienter med omsorg for barn under 18 år har et lettere sykdomsbilde, i mindre grad rusproblematikk, er noen år eldre og har i større grad en arbeidstilknytning sammenlignet med pasienter uten barn. Det kan være flere mekanismer som ligger bak denne forskjellen mellom pasienter med og uten barn. Det vil kanskje være slik at det er de friskeste som er i stand til å ivareta omsorgen for sine barn, men samtidig vil omsorgsoppgaven i seg selv bidra til at fokuset flyttet bort fra egne problemer.

For en tredjedel av pasientene med omsorg for barn, har behandlerne rapportert at det er *intet behov* for å iverksette tiltak for oppfølging av barna. Behovene for oppfølging av barna synes å være noe mindre for menn enn for kvinner, mindre behov for oppfølging for samboende/gifte enn aleneboende. Dessuten har pasienter uten rusproblematikk mindre behov for oppfølging enn pasienter med ruslidelse/rusmiddelmisbruk.

Blant pasientene hvor det er *behov* for å iverksette tiltak for oppfølging av barn, er det i større grad satt i verk tiltak overfor kvinner enn menn. Kvinner som bor alene (med eller uten barn) har i større grad fått iverksatt tiltak overfor barna sammenlignet med kvinner som bor med ektefelle/samboer. Både innslag av rus og alvorligheten i den psykiske lidelsen er forhold som øker omfanget av iverksatte tiltak for oppfølging av barna. For en betydelig andel av pasientene er det imidlertid ikke iverksatt tiltak for barna ennå, selv om det er behov. Manglende samtykke fra pasienten kan tenkes å være en av årsakene til oppfølgningene ennå ikke er iverksatt.

Mangelen på beskrivelser av hvilke typer tiltak det er snakk om, kan bidra til stor variasjon i andel pasienter med tiltak. Fokuset er imidlertid satt på barna, uansett hvilke tiltak det dreier seg om. For en tredjedel av pasientene er det besluttet at det ikke behov for tiltak. Dette dreier seg stort sett om barn som bor med to omsorgspersoner. For en fjerdedel av pasientene med rusproblematikk er det også betraktet som unødvendige å følge opp barna pasienten har omsorg for. Særlig når pasienten har fått en rusdiagnose synes denne andelen å være høy.

Et nasjonalt minimumsanslag på omfanget av barn og unge med omsorgspersoner i behandling i psykisk helsevern for voksne, er på 65 000 barn. Omlag 20 000 barn har fått iverksatt tiltak for oppfølging og for nesten like mange er det ikke behov for oppfølging. Dette anslaget inkluderer ikke barn av pasienter som går til avtalespesialist hvor i alt halvparten har omsorg for barn.

SAMARBEID OM BARN OG UNGE

Samlet sett er det i overkant av to prosent (omlag 540 pasienter) av pasientene ved voksenpsykiatriske poliklinikker som har hatt kontakt med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i løpet av det siste året eller i tilknytning til denne aktuelle behandlingsperioden. I tillegg er det om lag 100 pasienter hos avtalespesialistene som også har hatt en slik kontakt med BUP.

Blant pasientene i aldersgruppen 18-23 år er det kun ti prosent som har hatt en slik kontakt med BUP. Dette kan tyde på at de unge pasientene for en stor del henvises direkte til voksenpsykiatrien, uten at BUP er involvert. For de unge jentene, som for øvrig er en voksende pasientgruppe i voksenpsykiatrien, og som oftest kommer i kontakt med BUP først i tenårene, kan det tenkes at kontakten i stedet rettes direkte mot voksenpsykiatrien. For guttene, hvor den typiske kontakten med BUP inntreffer tidligere, og hvor atferdsforstyrrelser er en av de vanligste grunnene til kontakt, er det verd å merke seg at svært få viderehenvises for videre oppfølging i voksenpsykiatrien.

Det rapporteres i liten grad om et etablert behandlingstilbud fra voksenpsykiatrien for pasientene i BUP, og det udekkede behovet er beskjedent. Kun fire prosent av pasientene over 17 år mangler tilbud fra psykisk helsevern for voksne. Dette kan delvis skyldes manglende besvarelser, men resultatene signaliserer uansett et marginalt fokus på samarbeid med voksenpsykiatrien i behandlingstilbudet.

Mange spørsmål, som krever egne undersøkelser, reises i kjølvannet av disse resultatene: Er pasientene ferdigbehandlet når BUP avslutter behandlingsperioden? Bli familien i for stor grad overlatt til seg selv i arbeidet med å få hjelp for sine unge? Bli behandlingsforløpet byråkratisert ved at fastlegen må involveres og viderehenvise til voksenpsykiatrien i stedet for en direktekontakt fra BUP? Har BUP noen rolle i arbeidet med tiltak overfor barn som pasientene i voksenpsykiatrien har omsorg for?

Dette er noen spørsmål som er viktige å besvare for å avdekke mer om innholdet i samarbeidet mellom voksenpsykiatrien og BUP. På bakgrunn av at andel ungdommer øker i BUP og bruk av voksenpsykiatriske tjenester har økt blant de unge voksne i løpet av planperioden, er dette en gruppe pasienter som øker i volum og som trenger et særlig fokus fordi de er i starten av sin utdanning og sitt yrkesliv.

En femtedel av avtalespesialistene har spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri og de aller fleste har dette i tillegg til spesialistkompetanse i voksenpsykiatri. Om lag 420 pasienter hos avtalespesialistene er under 18 år, og disse utgjør om lag 3 prosent av alle pasientene. Det er i hovedsak psykologspesialister som har denne kompetansen. På tross av at kun 10 prosent av pasientene er henvist fra BUP, har over 20 prosent av psykologspesialistenes pasienter mottatt behandlingstilbud fra BUP i løpet av det siste året. BUP henviser barn og unge oftere til psykiater sammenlignet med psykologspesialister, på tross av at omfanget av psykiatere er lite og at de i mindre grad er spesialisert innen barn og unge.

PASIENTER MED OPPRINNELSE UTENFOR NORGE

Personer født i den ikke-vestlige verden og som er bosatt i Norge utgjør 8,5 prosent av Norges befolkning i 2007. I pasientregistreringen utgjør denne pasientgruppen 7,7 prosent av alle polikliniske pasienter og har dermed samme omfang som i Pasienttellingen ved døgnavdelingene. Omfanget er på 9 prosent ved poliklinikkene og 4 prosent hos avtalespesialistene. Flyktninger og asylsøkere utgjør 45 prosent av pasientene født i den ikke-vestlige verden.

Pasienter fra den ikke-vestlige verden er i større grad underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn. Dette må ses på som en konsekvens av den relativt sett høye andelen tvangsinnlagte blant disse pasientene. Pasienter født i den ikke-vestlige verden har i mindre grad rusproblematikk sammenlignet med pasienter født i Norge og har ikke større omfang av de mest alvorlige psykiske lidelsene sammenlignet med pasienter født i Norge. PTSD og selvmordstanker er hyppigere forekommende blant pasienter født i den ikke-vestlige verden sammenlignet med pasienter som er født i Norge. Dette kan tyde på at de ikke-vestlige pasientenes behov for behandling i større grad kan tilskrives alvorlige livshendelser og reaksjoner i kjølvannet av disse opplevelsene. Pasienter fra den ikke-vestlige verden har i noe mindre grad arbeidslivstilknytning sammenlignet med pasienter født i Norge. Det er særlig andel pasienter med sykemelding som er større blant de ikke-vestlige pasientene. Det er altså en betydelig gruppe som står i fare for å falle ut av arbeidslivet blant disse pasientene og de gjenfinnes både ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene. Spørsmålet er om fokuset på arbeid blir ivaretatt samtidig med behandlingstilbudet for de psykiske problemene. Også når vi ser på kommunale tilbud, er det særlig arbeid denne pasientgruppen etterspør.

I alt 72 prosent av pasientene fra den ikke-vestlige verden bor i helseregion Sør-Øst og nesten halvparten av pasientene født i den ikke-vestlige verden bor i en av de fire største byene; Oslo, Trondheim, Bergen og Stavanger. Dette betyr at behandlingstilbudet i storbyer har et spesielt ansvar for denne pasientgruppen.

AVTALESPEKIALISTENE I PSYKISK HELSEVERN

Avtalespesialister er gruppen av psykiater- og psykologspesialister som har både driftstilskudd og refusjonsrett, slik at pasientene bare må betale egenandel for behandling.

Svarprosenten var bedre enn ved de to tidligere registreringene; blant psykiaterne var svarprosenten 71 prosent, blant psykologspesialistene 65 prosent, og samlet svarprosent var 66; sammenlignet med 43 prosent og 21 prosent i hhv. 2004 og 2000.

Undersøkelse av "*avtalespesialist-tettheten*" i helseregionene i forhold til behandlingsvolum, polikliniske årsverk ved helseforetakene og folketall viser at Helse Nord har flere årsverk ved poliklinikkene sammenlignet med de øvrige regionene. Dette er imidlertid ikke nok til å kompensere for at regionen har færre avtalespesialister enn de øvrige regionene. Helse Sør-

Øst og Helse Vest har flere årsverk med driftstilskudd per innbyggerenhet enn de to andre, så avtalehjemler er relativt skjevt fordelt i forhold til pasientpopulasjonen.

Ved undersøkelse av avtalespesialistenes *praksisprofiler*, viser det seg at deres *alder* i hovedsak er 50 år eller eldre, og blant psykiaterne er over 40 prosent 60 år eller eldre. Avtalespesialistene representerer således en tilårskommen alderskohort.

Med hensyn på *kjønn*, er det blant psykologene like mange kvinner som menn, og en overvekt av menn blant psykiaterne.

Men hensyn på *spesialistenes størrelse på avtalehjemmel*, er det et større omfang av 20 prosent-stillinger hos psykiaterne enn hos psykologspesialistene. Det kan nok henge sammen med at flere psykiatere enn psykologer har overordnede stillinger der en liten jobb med avtalepraksis på si passer. Kvinnene, både psykiatere og psykologer, har oftere enn mennene noe redusert stilling, og sjeldnere enn menn overordnede stillinger.

Nærmere halvparten av avtalespesialistene mener at *de har mer direkte arbeid med pasientene enn normaltallene* forventer å dekke. Det betyr at de ofte har en type overtidarbeid som ikke blir kompensert for lønnsmessig. Den store etterspørselen etter behandling hos avtalespesialist kan være en årsak.

Antall *behandlingssøkende som selv har søkt kontakt* i løpet av 14 dager; pr. telefon, brev, e-post eller på annen måte, viser at det er flere som tar kontakt med psykologer (medianverdi på 4) enn psykiatere (medianverdi på 2). Det er atskillig flere behandlingssøkende som tar kontakt direkte med behandlerne enn via fastleger.

Behandlingssøkende formidler ofte at det er frustrerende at avtalespesialistene ikke kan si noe sikkert om når de har en ledig plass. På spørsmål til behandlerne om *hvor lenge til de kan ta imot en ny pasient til vurdering og/eller behandling*, sier ni prosent at de kan ta imot med en gang, 45 prosent kan ta imot i løpet av de nærmeste fire ukene og medianen er to måneder. Det er ingen forskjell mellom psykolog og psykiater.

I alt 80 prosent av avtalespesialistene sier at de har tatt imot nye pasienter til vurdering og/eller behandling de siste 14 dagene.

Når det gjelder *spørsmål til avtalespesialistene om de fører ventelister*, svarer at 70 prosent ja. Et tolkningsproblem kan være at "føre venteliste" kan bety både å bare *registrere* alle brev, telefoner og andre typer henvendelser, eller at avtalespesialisten lager en køliste, der de behandlingssøkende *får beskjed om sin plass i køen* og hvor lang tid som antas, eller også at behandleren *innkaller alle* på listen til en utredende time, og ut fra det setter dem på en *inntaksliste*. Hvis det delvis tolkes ut fra to siste alternativer, vil prosentandelen være lavere.

PASIENTENE HOS PSYKIATERE OG PSYKOLOGSPESIALISTER I AVTALEPRAKSIS

Det er dobbelt så mange kvinnelige som mannlige pasienter hos psykiaterne, og hos psykologer er kvinneovervekten enda større. Når det gjelder *alder* hos pasientene, er menn noe eldre enn kvinner, og det gjelder pasientene hos begge profesjonene. De som oppsøker psykiater er eldre enn de som oppsøker psykologspesialist.

Hva angår pasientenes *bosituasjon* med hensyn til hvem de bor sammen med, er det en større andel alene-boende som oppsøker psykologspesialist og følgelig en større andel samboende pasienter som oppsøker psykiater. Kvinner som bor alene oppsøker avtalespesialister hyppigere enn menn som bor alene.

I alt 60 prosent av pasientene som mottar behandling hos psykiater har hatt inntekt av eget arbeid store deler av siste år eller har vært sykemeldt. For pasientene hos psykologspesialist gjelder dette nesten 70 prosent. Det går en gradient gjennom alle polikliniske tilbud; fra ambulant team, poliklinikk og opp til avtalespesialistene, der pasientene har høyest prosent med hensyn til å ha inntekt av eget arbeid, og dermed lavere prosent av trygdeytelser.

I alt 45 prosent av avtalespesialistenes pasienter har fullført eksamen fra høyskole/universitet. I befolkningen er det ca. 27 prosent av voksne innbyggere som har dette utdanningsnivået. Og som ved andelen av de som har inntekt av eget arbeid, har gradienten fra ambulant team, via poliklinikk og til avtalespesialistene samme retning: De høyest utdannede pasientene er hyppigst i behandling hos avtalespesialistene.

Det ble stilt spørsmål om *tidligere/annen behandling* for psykisk lidelse/ ruslidelse både siste år og siste fem år for pasientene. For 55 prosent av pasientene er behandling siste år knyttet til bare ett tilbud i tillegg til avtalespesialisten. Særlig pasienter som har hatt tilbud fra primærhelsetjenesten, har kun hatt dette tilbudet. I siste *fem* år har en fjerdedel av pasientene hatt to eller flere behandlinger i sitt pasientforløp. Både poliklinisk og døgntil behandling i psykisk helsevern er inkludert i forløpet, særlig i pasientpopulasjonen hos psykiaterne, men også hos psykologene. Halvparten av pasientene har kun ett behandlingstilbud i sitt pasientforløp siste fem år i tillegg til avtalespesialisten. Mer enn en fjerdedel av pasientene hos psykologspesialist har ikke mottatt annen behandling for psykisk lidelse i løpet av de siste fem år. Dette er tilfellet for kun en sjettedel av psykiaternes pasienter.

Beklageligvis har svært mange av behandlerne ikke svart på spørsmålene om pasientens tidligere behandling. Angående behandling siste år, har så mye som 42 prosent av psykiaterne ikke svart, og hos psykologene er det 33 prosent. Litt flere har svart på spørsmål om behandling siste fem år. Faglig sett er det viktig at behandleren har gode anamnesticke opplysninger slik at han/hun har oversikt over hva som har vært prøvd og gjort i pasientenes behandlings- og rehabiliteringsprosesser. Helsestatistisk er det også viktig å ha slike opplysninger for å kunne si noe om pasientpopulasjonens behandlingsforløp i psykisk helsevern.

På spørsmål om *hvem som tok initiativ til første kontakt* med avtalespesialisten, har behandling hos psykiater som regel kommet i gang etter initiativ fra fastlegen (60 prosent). Pasienten selv er i større grad initiativtaker overfor psykologspesialist.

Pasienter med affektive og nevrotiske lidelser er de gruppene som avtalespesialistene konsentrerer seg om. Det er også de to største diagnosegruppene i poliklinikkene, så disse to gruppene ser ut til å være de mest vanlige i befolkningspopulasjonen. Slik har det vært siden 2000. Pasienter med affektive lidelser utgjør en større andel hos psykiaterne med en viss økning fra 2000 (i 2008 nærmere halvparten av pasientene), og tilsvarende hos psykologene når det gjelder de nevrotiske lidelsene (også nærmere halvparten).

Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser har økt fra 2000 til 2008 hos avtalespesialistene og det er hos psykiaterne at denne økningen finner sted. Psykologene har hele tiden fra 2000 til 2008 hatt en betydelig større andel av behandlingen med pasienter med PTSD. Det er positivt at avtalespesialistene har økt andel av disse to viktige lidelsestypene i sine praksiser. En del av disse pasientene ble behandlet oftere i døgningstusjoner før, og det viser at gode polikliniske tilbud har et stort potensial for å hjelpe pasienter med slike lidelser.

Tabell 1.2 Polikliniske årsverk i psykisk helsevern for voksne. Leger/psykologer og totaltall. Antall årsverk per 100 000 innbyggere 18 år eller eldre og endring i prosent. Regioner. 2000 og 2007.

	Årsverk per 100 000 innbyggere 18 år eller eldre					
	2000		2007		Endring fra 2000-2007	
	Leger og psykologer	Totalt	Leger og psykologer	Totalt	Leger og psykologer	Totalt
Region Sør-Øst	23,3	47,9	34,5	75,1	48 %	57 %
Region Vest	20,6	42,1	34,3	74,6	66 %	77 %
Region Midt-Norge	21,6	47,2	34,6	80,0	60 %	69 %
Region Nord	22,8	59,8	39,8	118,5	75 %	98 %
Totalt	22,5	47,9	35,0	79,9	56 %	67 %

KILDE: SAMDATA og SSB

Satsningen på poliklinisk personell viser en økning på 56 prosent når det gjelder lege- og psykologårsverk og hele 67 prosent når vi ser på alle personellgrupper samlet. Den største endringen i kapasitet, målt ved polikliniske årsverk, ser vi i region Vest og region Nord. Etter 8 år med opptrapping er region Vest på linje med region Sør-Øst og region Midt-Norge, mens region Nord har flest årsverk per innbygger, både for leger, psykologer og det samlede antall polikliniske årsverk.

1.2 Avtalespesialister - årsverk i perioden 2000-2007

Gjennom opptrappingsplanperioden har det ikke vært tilsvarende fokus på avtalespesialistene. Antall årsverk har endret seg lite fra 2000 til 2007 og årsverk per voksne innbyggere er samlet sett redusert i perioden.

Tabell 1.3 Årsverk knyttet til avtalespesialistene i psykisk helsevern. Antall årsverk per 100 000 innbyggere 18 år eller eldre og endring i prosent. Regioner. 2000 og 2007.

	Årsverk per 100 000 innbyggere 18 år eller eldre		
	2000	2007	Endring fra 2000-2007
Region Sør-Øst	20,7	19,5	-6 %
Region Vest	16,7	16,8	1 %
Region Midt-Norge	7,3	8,4	15 %
Region Nord	5,1	5,6	11 %
Totalt	16,4	16,0	-2 %

KILDE: SSB

Som tabell 1.3 viser, er det store forskjeller mellom regionene. I kapittel 12, som omhandler avtalespesialistenes virksomhet, er utviklingen både for leger og psykologer presentert.

1.3 Bakgrunnen for Pasienttellingen 2008

Bakgrunnen for Pasienttellingen 2008 var å få belyst problemstillinger knyttet til satsningsområder i Opptrappingsplanen som ikke var belyst ved andre registreringer eller ved foreliggende statistikk. Registreringens formål var å innhente informasjon som kunne belyse eventuelle endringer i opptrappingsplanperioden, men særlig belyse status for det polikliniske tjenestetilbudet hvor både det offentlige polikliniske tilbudet og avtalespesialistene inngår.

Avtalespesialistenes hjemler er knyttet til de regionale helseforetak men var tenkt å skulle ha en aktiv rolle inn mot DPS-ene i form av samarbeid om tjenestene til opptaksområdet. Avtalespesialistene utgjør en tredjedel av alle lege og psykologårsverk i spesialisthelsetjenesten og dermed en betydelig andel av det offentlig finansierte psykiske helsevernet (se kapittel 12).

Rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004 og tilbudet til pasientgruppen med ruslidelser/rusmiddelmisbruk er viktig å monitorere. Den nye pasientgruppen som rusreformen brakte inn i spesialisthelsetjenesten tilhører det nyopprettede tjenesteområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Mange av ruspasienten har psykiske lidelser og dette kan bidra til å øke etterspørselen etter tjenester fra psykisk helsevern. På den annen side kan den økte oppmerksomheten omkring rusproblematikk også tenkes å bidra til at en større andel av pasientene i psykisk helsevern, både nye og gamle pasienter, får identifisert rusmiddelbruk.

I tillegg til kartlegging av pasientenes sosiodemografiske kjennetegn og informasjon knyttet til innleggelsen og behandlingstilbudet frem til nå, ble behandlerne ved poliklinikkene spurt om hvorvidt et annet tilbud ville være bedre og hva som var planlagt av kommunale tilbud ved utskrivning. Ved å etterspørre behandleres vurderinger, vil vi få et bedre grunnlag for å korrigere eksisterende tilbud basert på hvor i landet etterspørselen er, og for hvilke pasientgrupper behovene gjelder.

1.4 Målet med rapporten

Rapporten beskriver endringer i pasientpopulasjonen gjennom opptrappingsplanperioden, og typiske trekk i forhold til en del kvalitative aspekter ved helse- og sosialtjenesten slik som bruk av individuell plan, udekket behov innen kommunale tjenester, og bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgn. Rapporten vil inngå som grunnlag for vurdering av status for det polikliniske tilbudet til voksne.

I denne rapporteringen er analysene avgrenset i forhold til at prosjektets hovedinnsats har vært knyttet til innsamlingen av datamaterialet for 2008. Resultatene som legges frem her er et grunnlag for mer utvidede analyser av pasientpopulasjonen i psykisk helsevern for voksne.

2 Data og metode

Solfrid Lilleeng

2.1 Datamaterialet

Pasienttellingen 2008 er en tverrsnittsregistrering av polikliniske pasientene som får behandlingstilbud i psykisk helsevern for voksne i Norge i løpet 14 dager.

Alle tjenestesteder som tilbød *ikke-døgnbaserte* behandlingstilbudet ble invitert til å delta i registreringen gjennom flere informasjonsbrev. Ved helseforetakene ble det opprettet en kontaktperson som koordinerte intern distribuering av registrerings skjema og returnering av utfylte skjema. Anslagsvis omfang av antall pasienter i løpet av 14 dager ble innhentet i forkant, men det viste seg at statistikk over antall pasienter var lite tilgjengelig i helseforetakenes pasientadministrative system. Det var antall konsultasjoner som var den lettest tilgjengelige kilde, men anslag på antall pasienter ble allikevel oppgitt. Alle kontaktpersonene fikk tilsendt en eske med registrerings skjema, og disse skjemaene ble distribuert ut til alle enhetene. Det ble imidlertid behov for ny opptrykking og ettersending av skjema til en del poliklinikker på grunn av usikre/lave anslag på pasientvolumet den første gangen. På bakgrunn av alle skjema som gjennom flere omganger ble distribuert til sektoren, var det bare halvparten av skjemaene som faktisk ble benyttet.

For avtalespesialistene ble registrerings skjema distribuert i henhold til adresselistene som de regionale helseforetakene (RHF-ene) hadde på sine hjemmesider januar 2008. Avtalespesialistene returnerte de utfylte spørreskjema i frankerte svarkonvolutter.

Pasientene som ble inkludert i denne registreringen, var de som hadde mottatt polikliniske behandling/konsultasjon eller dagbehandling i løpet av perioden 14. april–27. april 2008. Inklusjonskriteriet var pasienter som mottok *minst en* direkte eller indirekte kontakt med behandlingsenheten/avtalespesialisten i løpet av disse to ukene. Kun *ett* skjema skulle fylles ut for hver av pasientene som var i kontakt med behandlingsenhetene eller avtalespesialisten i løpet av denne perioden.

Målet med registreringen var å identifisere all ikke-døgnbasert direkte pasientkontakt i løpet av 14 dager, uavhengig av finansiering og organisering av tjenestene.

Spørreskjemaet ble utformet slik at det skulle kunne besvare de utvalgte problemstillingene som var bakgrunnen for Pasienttellingen denne gangen, samt at materialet skulle, så langt det var mulig, være sammenlignbart med tidligere registreringer. Videre var det viktig at spørreskjemaet ikke ble for omfattende. Skjemaet ble begrenset til to A4-sider for behandlingsenhetene og en A4-side for avtalespesialistene.

Som bakenforliggende premiss for undersøkelsens resultater, ligger forholdet omkring oppslutningen om registreringen. Institusjonenes deltagelse i form av å returnere spørreskjema om alle pasientene er viktig. Men det er minst like avgjørende at kvaliteten og komplettheten i besvarelsene på de ulike spørsmål er god, slik at enkeltopplysningene dekker så stor del av pasientpopulasjonen som mulig. Dette designet er velkjent gjennom en rekke Pasienttellingene siden 1979, da den første registreringen ble gjennomført for å kartlegge pasientpopulasjonen ved psykiatriske sykehjem (Øgar 1981; Øgar et al. 1986). Undersøkelsene har tradisjonelt hatt en meget god oppslutning ved i det offentlige psykiske helsevernet. Dette

skyldes trolig undersøkelsens kortfattede form, konkrete spørsmål og avgrensede registreringsperiode (Hagen 1992; Hagen 1997; Hagen 2001; Hagen & Ruud 2004; Gråwe RW et al. 2005).

2.2 Representativitet 2008

Vi vil her ta for oss datainnsamlingen i 2008 og sammenligne resultatene fra denne med nasjonal statistikk for polikliniske konsultasjoner. I tabell 2.1 er volummål fra pasientregistreringen presentert sammen med estimert oppslutning. Oppslutningen om pasientregistreringen er estimert ved andel refusjonsberettiget poliklinisk virksomhet i pasientregistreringen av forventet virksomhet i en 14-dagers periode basert på nasjonal statistikk fra 2007.

Tabell 2.1 Antall pasienter, pasienter per innbyggere, andel pasienter med refusjon fra NAV, antall konsultasjoner per innbyggere og estimert oppslutningen om Pasienttellingen 2008. Regioner. Offentlige poliklinikker. 2008.

RHF	Antall pasienter	Antall pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre	Andel pasienter med refusjon fra NAV	Estimert oppslutning ²
Helse Sør-Øst	14 035	69	75	99
Helse Vest	4 356	59	76	102
Helse Midt-Norge	3 787	75	68	71
Helse Nord	2 554	72	68	82
Alle institusjoner	24 732	68	73	93

1) Refusjonsberettigede konsultasjoner

2) Estimert oppslutning er beregnet ved antall konsultasjoner med refusjon i pasienttellingen i forhold til gjennomsnittsvolum per 14 dager basert på årsdata fra 2007 (SSB og NPR)

Antall pasienter som fanges opp i designet som anvendes for pasienttellingen, er et resultat av institusjonenes kapasitet i form av polikliniske årsverk, aktuelt pasientbelegg, bruk av polikliniske tjenester som ikke er refusjonsberettiget (dagbehandling etc.) og oppslutningen om registreringen. I tabell 2.1 er oppslutningen estimert til anslagsvis 93 prosent i 2008. Den er estimert til 71 prosent i Helse Midt-Norge og altså lavest i denne regionen. I Helse Nord er oppslutningen på 82 prosent og i Sør-Øst og Vest er så å si all refusjonsberettiget poliklinisk aktivitet inkludert. Komplettheten er altså målt kun ved bruk av de refusjonsberettigede konsultasjonene fordi disse utgjør grunnlaget for de nasjonale styringsdata. I denne registreringen ble det i tillegg innhentet opplysninger om poliklinisk virksomhet som ikke gis refusjon for. Behandling til denne pasientgruppen, er i større grad inkludert i materialet fra Midt-Norge og Nord. Men også i regionene Sør-Øst og Vest er det en betydelig andel av pasientene som det ikke gis refusjon for. Dette dreier seg totalt sett om 27 prosent av pasientene i pasientregistreringen. Behandlingstilbudet til denne gruppen blir ikke synliggjort i den nasjonale statistikken.

Alle institusjoner er representert i materialet i 2008 og en oversikt på helseforetaksnivå er presentert i vedlegg 4.

Avtalespesialistenes årsverk og driftsavtaler er de opplysningene som finnes hos SSB om denne delen av spesialisthelsetjenesten. Fra 1. januar 2008 ble innhenting av pasientdata startet opp av NPR og volumtall på virksomheten i 2008 er publisert av NPR i august 2009 (Helsedirektoratet 2009). I tabell 2.2 er årsverk og oppslutning presentert fra pasienttellingen blant avtalespesialistene.

Tabell 2.2 Antall årsverk og oppslutning blant avtalespesialistene. Avtaleregioner, 2008.

RHF	Antall årsverk	Estimert oppslutning ¹
Helse Sør-Øst	398,7	66
Helse Vest	119,7	65
Helse Midt-Norge	38,6	68
Helse Nord	23,0	81
Totalt	580,0	66

1) Oppslutningen er basert på antall driftsavtaler som var operative/tilgjengelige og som mottok skjema.

Oppslutningen om pasienttelling var på 66 prosent, men en tredjedel valgte altså å ikke sende inn utfylte pasientskjema i svarkonvoluttene. Mer om svarprosent og deltagelsen fra avtalespesialistene er presentert i kapittel 12.

2.3 Diagnoser og rusmiddelbruk

2.3.1 Diagnoser

I pasientregistreringsskjemaet som ble sendt til poliklinikkene og avtalespesialistene ble behandlerne bedt om å fylle inn en hoveddiagnose og en bidiagnose som var relevant i forhold til behandlingen pasienten mottok på registreringstidspunktet. Diagnoser ble skrevet inn med bokstavprefiks og to siffer, og til en viss grad bruk av tredje og fjerdesiffer. For å kunne anvende informasjonen som ligger i diagnosene til karakterisering av pasientpopulasjonen, er ulike grupperinger av diagnosene brukt i rapporten.

DIAGNOSEGRUPPER

Diagnosene er gruppert i diagnosegrupper basert på kapittel F i ICD 10 kodeverket og omfatter følgende inndeling:

F00-F09	Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser
F10-F19	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (ruslidelser)
F20-F29	Schizofreni, schizotop lidelse og paranoide lidelser
F30-F39	Affektive lidelser
F40-F48	Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser
F50-F59	Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
F60-F69	Personlighets og atferdsforstyrrelser hos voksne
F70-F79	Psykisk utviklingshemming
F80-F89	Utviklingsforstyrrelser
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder
F99	Uspesifisert psykisk lidelse

Disse diagnosene er kun fra kapittel F i ICD 10 kodeverket. Noen pasienter har fått diagnose fra andre deler av ICD10 kodeverket og dette dreier seg om 5-7 prosent av pasientene. Både pasienter som mangler diagnose og de som har fått *tentative* diagnoser utenfor kapittel F er ikke inkludert i diagnosefordelingene og kategoriseringer basert på diagnosene.

Totalt sett er det bare fire prosent av pasientene ved poliklinikkene som mangler hoveddiagnose og bidiagnose er angitt for nesten 30 prosent av pasienten. Særlig pasienter med personlighetsforstyrrelser, ruslidelser og atferdsforstyrrelser har bidiagnose i tillegg til

hoveddiagnosen. Hos avtalespesialistene mangler diagnose for kun en prosent av pasientene og en femtedel av pasientene har i tillegg en bidiagnose.

ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER (SMI)

En pasient med alvorlige psykisk lidelse er her bestemt av hvorvidt pasienten har hoveddiagnose blant ICD10 kodene F20, F22-F29, F30-F31. Her er det altså kun de to første siffer i diagnosekoden som er benyttet ved identifisering av alvorlig psykisk lidelse, og grunnen til det er endel mangelfull utfylling av tredje- og fjerdesiffer og upresis bruk av tredje- og fjerdesifferposisjon ved utfylling av diagnosekoder i skjemaene.

I avgrensningen av alvorlige psykiske lidelser som er benyttet i denne rapporten er schizofrenier, paranoide lidelser, psykoser og maniske tilstander vektlagt, mens personlighetsforstyrrelser er holdt utenfor. Forkortelsen SMI (severe mental illness) er ofte brukt i internasjonal litteratur og vi har lånt denne og brukt den i en del oversikter og tabeller.

Denne pasientgruppen representerer de mest alvorlig syke i det psykiske helsevernet og i flere sammenhenger er det viktig å skille mellom alvorlige psykiske lidelser og øvrige psykiske lidelser fordi de to pasientgruppene trenger ulik ressursinnsats og er en nødvendig differensiering av pasientpopulasjonen. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser utgjør en femtedel av pasientene ved poliklinikkene, mens hos avtalespesialistene er andelen lavere. I overkant av ti prosent av pasientene hos psykiaterne har alvorlige psykiske lidelser, mens hos psykologspesialister har under fem prosent av pasientene alvorlige psykiske lidelser i henhold til denne definisjonen.

RUSDIAGNOSE

Rusdiagnose er her ICD10 kodene F10-F19. Pasienter med ruslidelse er her definert ved rusdiagnose som enten hoveddiagnose eller bidiagnose. Ruslidelse er nesten like ofte en bidiagnose som en hoveddiagnose. I om lag 40 prosent av tilfellene er ruslidelsen en bidiagnose hos pasienter ved poliklinikkene, men hos avtalespesialistene er den oftere brukt som bidiagnose. I underkant av ti prosent av pasientene ved poliklinikkene har en ruslidelse, mens hos avtalespesialistene brukes disse diagnosene, kun to prosent i 2008.

PTSD-POST TRAUMATISK STRESS LIDELSE

Denne pasientgruppen er her definert ved ICD10 kodene F43 og F44 som hoveddiagnose: Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning (F43) og dissosiative lidelser (F44). Dette er en mye benyttet diagnosegruppe, særlig blant psykologspesialistene.

2.3.2 Rusmiddel(mis)bruk

MIDDELS/STORT RUSMIDDELMISBRUK

I tillegg til rusdiagnoser er rusmiddelbruk kartlagt gjennom egne spørsmål. Spørsmålet om *Rusmiddelmisbruk de siste uker før behandlingsstart* med svaralternativene *Intet, Lite, Middels, Stort* og *Vet ikke*, er av generell karakter og vil gi en subjektiv vurdering av pasientens rusmiddelmisbruk sett fra behandlers ståsted. Spørsmålet ble benyttet ved Pasientellingen 2003/2004 og er videreført i denne registreringen slik at sammenligning med forrige registrering var mulig. Spørsmålet om rusmiddelmisbruk er godt utfyllt og svar mangler for bare fire prosent av pasientene ved poliklinikkene og to prosent av pasientene hos avtalespesialistene. Andel pasienter hvor behandler har benyttet alternativet *Vet ikke* er på fem prosent ved poliklinikkene, mens det er kun på en prosent hos avtalespesialistene. Det er pasienter med middels eller stort rusmiddelmisbruk som omfattes av betegnelsen rusmiddelmisbruk i denne rapporten.

TYPE RUSMIDDEL OG HVOR OFTE BRUKT?

I tillegg til spørsmålet om rusmiddelmissbruk, ble type rusmidler og hyppighet i bruken tatt inn i skjemaet i denne registreringen. Formuleringen var *Rusmiddelbruk de siste 4 uker før behandlingsstart* med mulighet for å fylle ut for inntil tre rusmidler med tilhørende hyppighet i bruk (*Sjeldnere enn 1 gang per uke, Omtrent ukentlig, 2-4 ganger i uken, Omtrent daglig, Ukjent*). Det mest brukte rusmidlet skulle forstås som det rusmiddel som ga mest rus-tid i 4-ukersperioden før behandlingsstart. Dette spørsmålet er hentet fra Klientkartleggings-skjemaet som er utviklet av SIRUS/Bergensklinikkene. Dette spørsmålet er en objektiv angivelse av rusmidler og hyppighet i bruk, som krever detaljert kjennskap til pasientens rusmiddelbruk.

2.3.3 Ruslidelse (ROP I) eller middels/stort rusmiddelmissbruk (ROP II)

I denne rapporten skiller vi mellom ruslidelse og rusmiddelmissbruk. Dersom pasienten har fått en rusdiagnose som hoveddiagnose eller bidiagnose sier vi at pasienten har en ruslidelse (ROP I). Dersom pasienten *ikke* har en ruslidelse, men derimot *har* middels eller stort rusmiddelmissbruk, klassifiserer vi pasienten i kategorien rusmiddelmissbruk (ROP II). Vi lar både ROP I og ROP II inngå når rusmiddelproblematikk skal identifiseres i pasientpopulasjonen.

Rusmiddelprofiler ved ruslidelse, stort eller middels rusmiddelmissbruk er presentert i kapittel 5.2.

2.3.4 Avslutning

Diagnosefeltene er ett av de viktigste punktene i registreringskjemaet og det veldig viktig at kodene er fylt ut nøyaktig slik at de er entydige og lette å lese elektronisk. Dessverre er det ikke alltid slik. Gode diagnoseopplysninger gir mulighet for å identifisere pasientgrupper og beskrive pasientpopulasjonen slik at analysene blir mer anvendbare og gjenkjennelige i det klinikknære arbeidet. Dette er forsøkt her, om enn i beskjeden grad, ved å identifisere alvorlige psykiske lidelser, ruslidelser og PTSD.

Identifisering av rusmiddelmissbruk gjort ved bruk av en subjektiv og skjønnsmessige vurdering av rusmiddelbruken. I tillegg er rusmiddelbruk identifisert og kvantifisert objektivt. Ved å kartlegge rusmiddelbruk i tillegg til ruslidelse, får vi et mer nyansert bilde av rusproblematikken i psykisk helsevern. Med regelmessig rusmiddelbruk har pasienten et avhengighetsproblem, som det altså må tas hensyn til i tillegg til den psykiske lidelsen.

2.4 Statistiske metoder

Statistiske metoder er valgt i henhold til hypotese som testes og variablenes fordelingsegenskaper. Kji-kvadrat test, Mann-Whitney's test og Kolmogorow-Smirnoff's test er benyttet. Tosidig signifikanstesting med 5 prosent signifikansnivå er benyttet som grunnlag for de kommenterte forskjeller. Prosentandeler er testet ved bruk av normalfordelingstilnærming. Analyseverktøy er SPSS versjon 15.0.1 og Microsoft Office Excel 2003.

3 Pasientsammensetningen 2008

Solfrid Lilleeng og Haldis Hjort

3.1 Innledning

Pasienttellingen 2008 er en registrering av all poliklinisk aktivitet ved helseforetakene og hos spesialistene som har driftsavtale med de regionale helseforetakene. I dette kapitlet vil vi beskrive pasientpopulasjonen som mottar dette behandlingstilbudet og se spesielt på behandlingsformene ved helseforetakene. Videre vil vi sammenligne det offentlige behandlingstilbudet (som hovedsaklig finner sted ved poliklinikkene) med avtalespesialistenes behandlingstilbud. Mer spesifikke oversikter over pasientene som mottar behandlingstilbud hos avtalespesialistenes, er presentert i kapittel 13.

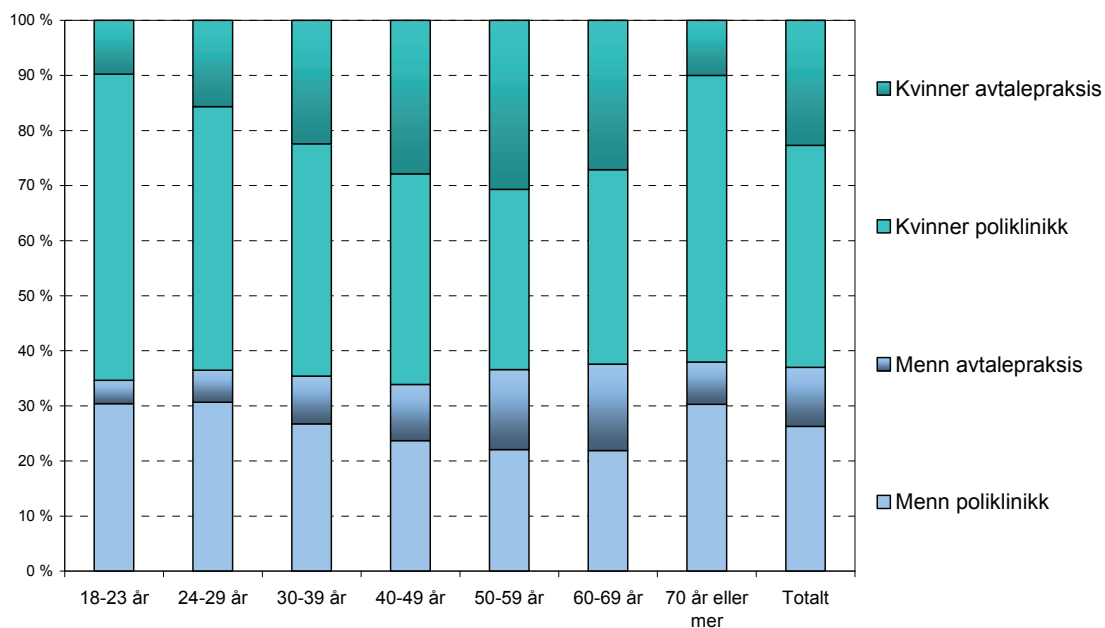
3.2 Offentlig poliklinisk behandling og avtalespesialister

Avtalespesialistene utgjør samlet sett en tredjedel av alle lege og psykologårsverk innen det polikliniske tilbudet i spesialisthelsetjenesten (kapittel 12). I pasientregistreringen i 2008 utgjør pasientene fra avtalespesialistene en tredjedel av alle pasientene vi har fått opplysninger om. I dette avsnittet blir pasientpopulasjonen fra det offentlige polikliniske behandlingstilbudet, som for enkelthets skyld omtales som *poliklinikkene*, (N=24 732) og avtalespesialistene (N=11 626) sammenlignet med hensyn på alder, kjønn, diagnoser, tidligere behandling, henvendende instans, varighet og intensitet i behandlingsserien. I kapittel 4 blir utviklingstrekk basert på perioden 2000 til 2008 presentert for disse to pasientpopulasjonene.

PASIENTENES KJØNN OG ALDER

Ved poliklinikkene er andel kvinner 60 prosent og både menn og kvinner har median alder på 37 år. Blant pasientene som mottar behandling hos avtalespesialistene, utgjør kvinner en større overvekt på hele 69 prosent. Pasientene er noe eldre enn ved poliklinikkene; median alder er 43 år for menn og 42 år for kvinner. Aldersfordelinger for hver av pasientpopulasjonene i 2000 og 2008 er presentert i kapittel 4.

Behandlere i avtalepraksis og behandlere ved offentlige poliklinikker tilbyr poliklinisk behandling til to ulike pasientpopulasjoner. I figur 3.1 er pasientenes fordeling mellom poliklinikker og avtalespesialister for menn og kvinner vist for hver aldersgruppe.

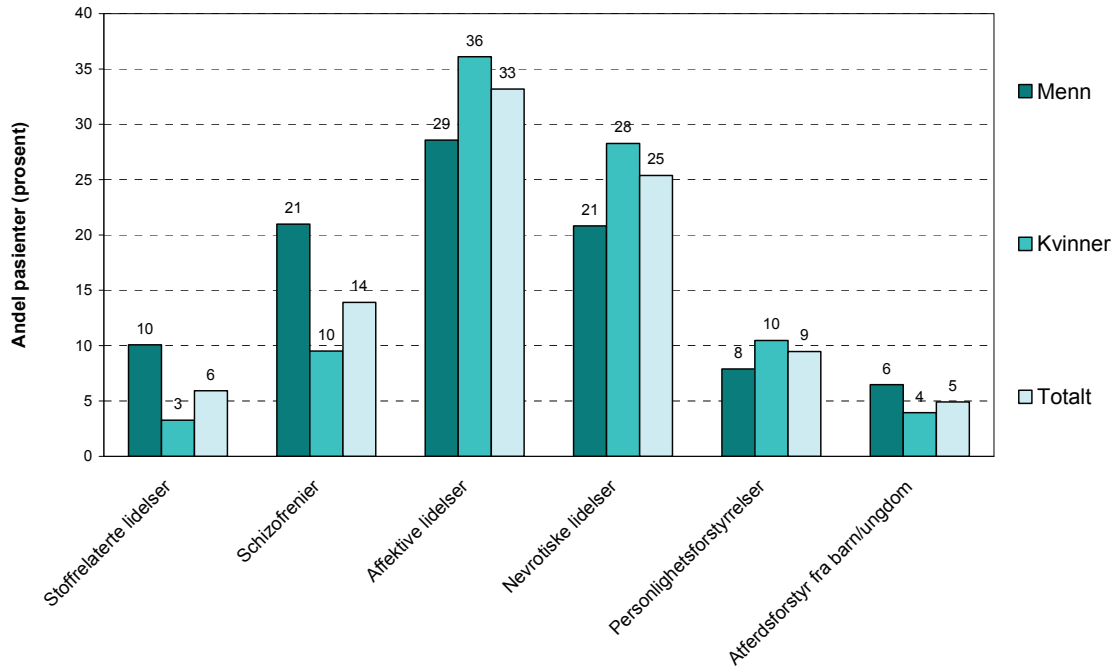


Figur 3.1 Polikliniske pasienter fordelt mellom offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Andel pasienter i prosent. Aldersgrupper. Pasienttellingen 2008.

Figuren viser at det er kvinner som i stor grad benytter behandlingstilbudet hos avtalespesialistene og for kvinner i aldersgruppen 50-59 år er det nesten like stor andel som får behandling hos avtalespesialist som får behandling ved poliklinikkene. Videre viser figuren at de unge pasientene primært får sitt behandlingstilbud ved poliklinikkene.

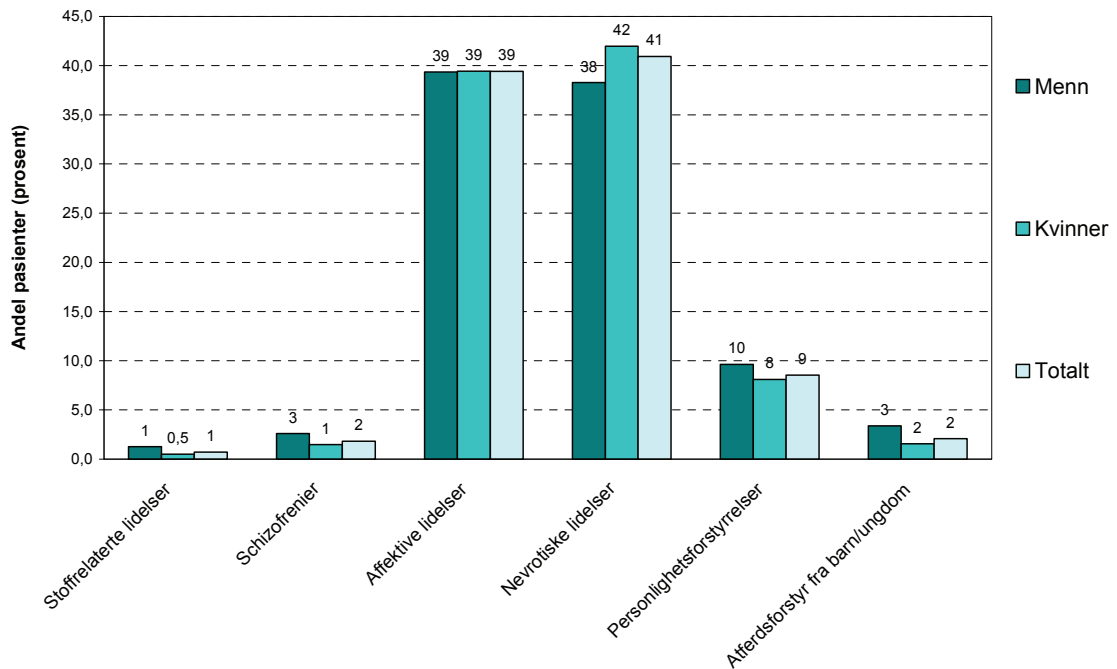
PASIENTENES DIAGNOSER

Pasientsammensetningen ved offentlige poliklinikker er ulik sammensetningen av pasientene som får behandling hos avtalespesialistene. Diagnosefordelingen i 2008 for menn og kvinner som mottar behandling ved poliklinikkene er presentert i figur 3.2. Tilsvarende diagnosefordeling for menn og kvinner som går i behandling hos avtalespesialistene er presentert i figur 3.3.



Figur 3.2 Hoveddiagnosegrupper (ICD 10 kap F) for pasientene ved offentlige poliklinikker. Kvinner og menn. Pasienttellingen 2008.

Det er ulik diagnosefordeling for menn og kvinner. Ruslidelser og schizofrenier utgjør en betydelig andel av menns diagnoser, mens kvinner dominerer blant nevrotiske lidelser og affektive lidelser ved poliklinikkene.



Figur 3.3 Hoveddiagnosegrupper (ICD 10 kap F) for pasienter hos avtalespesialistene. Kvinner og menn. Pasienttellingen 2008.

Hos avtalespesialistene er det liten forskjell mellom diagnosefordelingen for menn og kvinner. Diagnosefordelingen er forskjellig fra fordelingen ved poliklinikkene. Kvinner og særlig menn med schizofrenidiagnoser gjenfinnes i liten grad hos avtalespesialistene.

VARIGHET AV HENVISNINGSPERIODENE OG ANTALL KONSULTASJONER PASIENTEN MOTTAR

I tabell 3.1 er varigheten av behandlingsperiodene og intensiteten; antall kontakter per 14 dager, presentert for poliklinikkene og avtalespesialistene.

Tabell 3.1 Andel pasienter etter tid siden første kontakt. Median og variasjonsbredden (P_{05} , P_{95}) for intensiteten i pasientkontakten; antall kontakter per 14 dager, for hver kategori av tid siden første kontakt. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.

Tid siden første kontakt	Offentlige poliklinikker				Avtalespesialister			
	Andel pasienter	Antall kontakter per 14 dager ¹			Andel pasienter	Antall kontakter per 14 dager ¹		
		P_{05} ²	Median	P_{95} ²		P_{05} ²	Median	P_{95} ²
<=4 uker	15	0,7	1,6	5,0	9	0,6	1,5	3,8
1-3 mnd	7	0,5	1,2	2,9	4	0,4	1,2	2,6
3<-6 mnd	23	0,4	1,1	3,2	16	0,4	1,1	2,2
6<-12 mnd	18	0,4	1,0	3,1	14	0,3	1,1	2,2
1<-2 år	17	0,3	0,9	2,9	17	0,3	1,0	2,3
2<-5 år	15	0,3	0,9	2,6	23	0,3	0,9	2,3
mer enn 5 år	5	0,1	0,7	2,3	16	0,1	0,7	2,3
Totalt	100	0,3	1,0	3,0	100	0,3	1,0	2,3
Antall pasienter (N)	24 732				11 626			
Mangler dato for første kontakt/antall kontakter(n)	787	1 652			251	431		

1) Antall kontakter er beregnet når tid siden første kontakt er mer enn to uker.

2) P_{05} og P_{95} er hhv. 5 og 95 percentilen i fordelingen. Grenseverdiene angir intervallet som inkluderer 90 prosent av observasjonene og gir dermed et inntrykk av variasjonsbredden i fordelingen.

Tabell 3.1 viser hvor lenge pasientene har vært i behandling ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene og hvor hyppig kontakten med behandler har vært i løpet av behandlingstiden.

Halvparten av pasientene som behandles ved offentlige poliklinikker har hatt henvisningsperioder på inntil 31 uker og 9 prosent har startet behandlingen for mindre enn 14 dager siden. Pasientene hos avtalespesialistene har i større grad hatt lengre behandlingsforløp sammenlignet med pasientene ved poliklinikkene. Halvparten av pasientene har hatt en behandlingsserie på inntil 66 ukers varighet, og hos avtalespesialistene er det 6 prosent av pasientene som startet opp i løpet av de siste 14 dagene.

Varigheten av henvisningsperiodene hos behandlerne ved de offentlige er kortere enn behandlingsforløpene hos avtalespesialistene. I begge delene av den polikliniske spesialisthelsetjenesten har det vært fokus på konsultasjoner og volumet av direkte pasientkontakt for å sikre at behandlernes tid i størst mulig grad skulle komme pasientene til gode. Når det i tillegg er blitt fokusert på antall nyhenvisninger som mål på aktiviteten, er det naturlig at

dette oppfattes som et insentiv til å avslutte henvisningsperioden. Slik kan en ny henvisningsperiode opprettes dersom det blir behov for det på et senere tidspunkt i stedet for å la henvisningsperioden "stå åpen" slik at pasienten kan ta kontakt uten å måtte innhente ny henvisning. Dette fokuset har ikke vært like sentral hos avtalespesialistene, som i større grad har tilbudt pasientene å ta kontakt ved behov, selv når behandlingsopplegget har pågått en tid.

Antall konsultasjoner pasientene har hatt med sine behandlere, avhenger naturlig nok av hvor lenge de har vært pasient hos behandleren. For å få et mål på pasientrelatert kontakt, er intensiteten i behandlingen beregnet ved *antall kontakter per 14 dager*. Videre er intensiteten presentert etter hvor lenge pasienten har gått til behandling. Sammenligningen av pasienter ved offentlige poliklinikker og avtalespesialister er presentert i tabell 3.4 og det er ingen signifikant forskjell i intensitet i pasientkontakt mellom de to behandlingstilbudene. Men i og med at de offentlige poliklinikkene i overveiende grad tilbyr kortere behandlingstid, vil antall kontakter per behandlingsforløp bli færre sammenlignet med hos avtalespesialistene. Videre er pasientsammensetningen ved de offentlige poliklinikkene tyngre. Og med en større andel av pasientene med alvorlige lidelser (tabell 4.3) skulle dette heller tilsi behov for langvarige behandlingsopplegg.

HENVENDENDE INSTANS

I registreringsskjemaet til poliklinikkene ble behandler bedt om å fylle ut hvem som var *Henvendende instans ved første kontakt denne behandlingsserien*. En rekke potensielle instanser ble anført i skjemaet. Hensikten med dette spørsmålet var å fange opp hvilke instanser, i tillegg til henvisende instans, som hadde vært i kontakt med poliklinikken i forbindelse med oppstart av behandlingsserien for pasienten. I registreringsskjemaet til avtalespesialistene ble formuleringen *Hvem tok initiativet til første kontakt?* benyttet. Det var mulig å sette flere kryss dersom flere var involvert i oppstarten av behandlingsserien for pasienten.

Tabell 3.2 Henvendende instans ved første kontakt denne behandlingsserien. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.

Henvendende instans/Hvem tok initiativ til første kontakt?	Offentlige poliklinikker	Avtalespesialister
Pasienten selv	4,5	41,2
Fastlege/allmennlege	64,8	50,4
Dagavdeling	1,2	0,8
Privatpraktiserende psykiater	0,6	1,7
Privatpraktiserende psykolog	0,7	2,0
Psykiatrisk døgnavdeling	15,0	1,8
Helse- og sosialtjenesten	2,0	0,8
Flyktningemottak/asylmottak	0,1	<0,1
Krisesenter	<0,1	<0,1
NAV	0,3	0,9
Familie/pårørende	1,3	4,7
Psykiatrisk poliklinikk	9,8	4,7
Ambulant team	0,9	0,1
Ruspoliklinikk/rusteam	0,6	0,1
Rusavdeling/tiltak	0,5	0,1
BUP poliklinikk	1,3	0,3
Somatisk institusjon	2,1	1,4
Hjemmesykepleien	0,3	0,1
Fengsel/politietat/KIF	0,4	0,1
Antall pasienter (N)	24 732	11 624
Mangler informasjon (n)	536	125

Henvising til behandling ved poliklinikkene skjer primært via fastlegen som har henvist 65 prosent av pasientene. Døgnavdelingen eller en annen psykiatrisk poliklinikk er henviser i hhv. 15 og 10 prosent av tilfellene. I likhet med fastlegen er døgnavdelingen også oftest angitt som den eneste henvendende instans, mens annen poliklinikk ofte er involvert i tillegg til fastlegen eller andre. Pasienten selv er oppført som henvendende instans i fem prosent av tilfellene og fastlegen er involvert i en tredjedel av disse henvisningene. For over halvparten av disse behandlingsseriene er imidlertid pasienten oppført som eneste henvendende instans. Initiativet til kontakt med avtalespesialisten er det ofte fastlegen eller pasienten selv som tar. Som tabell 3.2 viser er fastlegen involvert i halvparten av henvendelsene og pasienten selv er oppført som initiativtaker i 40 prosent av henvendelsene. I noen tilfeller (sju prosent) er både fastlegen og pasienten oppført. Samlet sett er fastlegen eller pasienten involvert i initiativet til kontakt i 84 prosent av henvendelsene til avtalespesialistene. Forskjeller mellom psykiatere og psykologspesialister er omtalt nærmere i kapittel 13.

TIDLIGERE BEHANDLING

I registreringskjemaet ble behandler også bedt om å besvare følgende hvorvidt *Tidligere/annen behandling for psykisk lidelse/ruslidelse* krysse var aktuelt for denne

pasienten. To ulike tidsrom var angitt; *siste år* og *siste fem år*. Flere alternativer kunne avkrysses. Dette spørsmålet skulle kunne si litt om pasientkarrieren pasienten har hatt.

Pasientenes tidligere behandlingstilbud for psykisk lidelse eller ruslidelse i løpet av siste år og siste 5 år er presentert i tabell 3.3.

Tabell 3.3 Tidligere behandling for psykisk lidelse/ruslidelse. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.

Behandlingssted	Offentlige poliklinikker		Avtalespesialister	
	Siste år	Siste fem år	Siste år	Siste fem år
Behandlet i primærhelsetjenesten	49	43	57	42
Behandlet ved psykiatrisk poliklinikk	59	51	8	18
Behandlet hos privatpraktiserende psykiater	2	3	5	10
Behandlet hos privatpraktiserende psykolog	3	6	9	18
Innleggelse i psykisk helsevern for voksne	21	27	6	11
Behandling i psykisk helsevern for barn og unge	1	5	1	2
Dømt til psykisk helsevern	<1	1	N.A.	N.A.
Annen behandling psykisk helsevern	4	4	2	4
Behandling ved rusavdeling/rustiltak i spes.helsetjenesten	4	6	1	2
Tilbud ved kommunal rusomsorg / psykisk helsearbeid	8	6	2	2
Familiekontor	2	2	3	3
Ingen tidligere behandling	11	11	28	23
Vet ikke	1	2	1	1
Annet	2	2	2	2
Antall pasienter (N)	24 732	24 732	11 626	11 626
Mangler informasjon (n)	5 500	7 276	4 200	3 662

På tross av at mange behandlere ikke har besvart spørsmålet om pasientenes tidligere behandling, er det et betydelig datagrunnlag som avdekker noen mønstre i behandlingsforløp for pasientene ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene. For mer om forskjeller mellom psykologspesialister og psykiatere, se kapittel 13. Tabell 3.3; som er en oversikt over forekomsten av de ulike behandlingstilbud, inneholder flere avkryssninger for hver pasient. I tillegg til denne oversikten, er analyser av kombinasjoner av ulike behandlingssted et nødvendig grunnlag for å kunne avdekke typiske mønstre når det gjelder kombinasjoner av behandlingssteder.

En fjerdedel av pasientene hos avtalespesialistene har ikke mottatt noen annen behandling for sine psykiske lidelser i løpet av de siste fem årene. For pasientene som *har* mottatt annen behandling i løpet av de siste årene, ligger dette ofte en del år tilbake i tid. For eksempel er sjansen for at pasienten har vært innlagt ved døgnavdeling mye større dersom man ser på de siste fem årene, sammenlignet med det siste året. Disse pasientene har i tillegg ofte hatt behandlingstilbud fra poliklinikk, primærhelsetjenesten eller privatpraktiserende spesialist i løpet av disse fem årene. Pasientene hos avtalespesialistene, som i tillegg har mottatt behandlingstilbud i primærhelsetjenesten, har i over halvparten av tilfellene hatt dette som det eneste annet behandlingstilbudet når vi ser på de siste fem årene. Når vi kun ser på det

siste året, øker andelen til 70 prosent. Pasienter som har mottatt behandling hos avtalespesialist de siste fem årene, har i halvparten av tilfellene hatt dette som det eneste behandlingstilbudet.

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. I løpet av det siste året er det en femtedel som har vært innlagt ved døgnavdeling, og mange av disse pasientene har også mottatt tilbud fra poliklinikk eller primærhelsetjeneste i løpet av denne perioden.

Når vi ser på omfang av *enkelstående* behandlingstilbud i løpet av de siste årene, er det behandling ved poliklinikk som hyppigst opptrer alene. Det er imidlertid bare en tredjedel av pasientene med tidligere behandling ved en psykiatrisk poliklinikk som *kun* har hatt dette tilbudet det siste året. Over halvparten har i tillegg fått tilbud fra primærhelsetjenesten og det er disse to tilbud som er den mest vanlige kombinasjonen av behandlingstilbud som hele 30 prosent av alle pasientene har fått i løpet av det siste året.

Den nest hyppigste kombinasjonen av tidligere behandlingstilbud er innleggelse og behandling ved psykiatrisk poliklinikk. I løpet av det siste året har 13 prosent av pasientene som har hatt dette tilbudet og går vi fem år tilbake i tid har hele 17 prosent av pasienten hatt denne kombinasjonen av behandlingstilbud. Sannsynligheten for at pasienten har hatt en innleggelse øker når vi går tilbake i tid.

Poliklinisk behandlingstilbud, kontakt med primærhelsetjenesten og innleggelse ved døgnavdeling er de tre hyppigst forekommende behandlingstilbud. I løpet av det siste året har over 80 prosent av pasientene hatt ett eller flere av disse tre tilbudene.

3.3 Polikliniske behandlingsformer ved helseforetakene

I Pasienttellingen var målet å kartlegge *all* poliklinisk aktivitet ved institusjonene i spesialisthelsetjenesten i løpet av en 14-dagers periode. Det man som regel tenker på når det er snakk om poliklinisk aktivitet, er behandlingstilbudet ved poliklinikkene. Det er denne virksomheten som er vektlagt i den nasjonale statistikken hvor kun refusjonsberettigede konsultasjoner presenteres. Som vi så i kapittel 2.2 er over en fjerdedel av pasientene uten refusjonsrett og disse pasientene vil ikke bidra i den nasjonale statistikken over det polikliniske behandlingstilbudet. Omfanget på helseforetaksnivå er presentert i vedlegg 4. Denne registreringen gir imidlertid et innblikk i det totale *ikke-døgnbaserte* behandlingstilbudet. Registreringen vil avdekke poliklinisk behandling til døgnpasienter, dagbehandling og ambulant behandling samt omfanget av *flere* typer behandlingstilbud til samme pasient.

Pasientenes etablerte tilbud på registreringstidspunktet, er presentert i tabell 3.4, og oversikten viser omfanget av hvert behandlingstilbud. Videre er ideelt/ønsket behandlingstilbud for pasienter som *ikke* har mottatt tilbudet, presentert i form av udekket behov.

Tabell 3.4 Etablert og udekket behov innen spesialisthelsetjenesten. Andel pasienter (prosent) innen hvert tilbud. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

	Etablert	Udekket behov
Poliklinisk tilbud	95	1
Dagtilbud	8	5
Ambulante team	12	2
Åpen døgn	3	2
Lukket døgn	1	<1
Antall pasienter (N)	24 732	
Mangler informasjon om etablerte tilbud (n)	436	

De aller fleste pasientene (95 prosent) har mottatt poliklinisk behandling og 12 prosent har mottatt behandling fra ambulante team. Dagbehandling er angitt for åtte prosent av pasientene og er den behandlingsformen som har størst udekket behov. I tillegg er det en liten andel av pasientene som er knyttet til en døgnavdeling og som i tillegg har fått poliklinisk behandling.

Etterspørselen etter dagbehandling er interessant å merke seg i lys av det manglende fokus det har vært på dette behandlingstilbudet. Behandlingstilbudet er i utgangspunktet en rammefinansiert behandlingsform. Tilbudet har blitt gradvis mindre synlig i den nasjonale statistikken fra spesialisthelsetjenesten og den manglende oppmerksomhet om driftsformen har bidratt til en svært ulik praksis med hensyn på registrering av dette tilbudet (Hagen 2006). Dagbehandling er ikke en standardisert behandlingsform, men det kan synes som strukturerte behandlingstilbud er mer typisk i dag enn ved starten av opptrappingsplanen.

Udekket behov for døgntilbud gjelder to prosent av pasientene som mottar et poliklinisk tilbud. I alt tre prosent av pasientene mottar et døgntilbud på registreringstidspunktet, men ideelt sett burde altså fem prosent av pasientene ha et døgntilbud i tillegg til det polikliniske tilbudet.

I tabell 3.5 er de mest typiske kombinasjoner av tilbud presentert.

Tabell 3.5 De vanligste kombinasjonene av behandlingstilbud til pasientene. Poliklinikk. Pasienttellingen 2008.

Poliklinisk tilbud	Dagtilbud	Ambulante team	Åpen døgninstitusjon	Andel pasienter
X	0	0	0	80
X	X	0	0	5
X	0	X	0	6
X	0	0	X	2
0	0	X	0	3
0	X	0	0	1

Poliklinisk behandling er den vanligste behandlingsformen og utgjør det eneste tilbudet til 80 prosent av pasientene. Både dagbehandling og ambulant behandling forekommer ofte i kombinasjon med poliklinisk behandling. Dagbehandling og ambulant behandling er i mindre grad pasientens eneste polikliniske tilbud. Noen pasienter har flere behandlingstilbud fra psykiisk helsevern og hele 16 prosent har mer enn ett poliklinisk tilbud.

Pasienter som mottar dagbehandling eller som behandles ambulant skiller seg fra de polikliniske pasientene på flere områder. Kjennetegnet ved de tre pasientgruppene er presentert i tabell 3.6.

Tabell 3.6 Karakteristika ved pasientene etter behandlingsform ved poliklinikkene. Andel pasienter i hver kategori. Vanlig poliklinisk behandling, dagbehandling og behandling hvor pasienten oppsøkes annet sted. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

Variable	Kategorier	Poliklinisk behandling	Dagbehandling	Ambulant behandling
Kjønn	Menn	38	34	50
Alder	18-29 år	32	24	25
	50 år og eldre	20	28	31
Sivilstatus	Ugift	44	44	65
	Gift/samboende	40	36	17
Formalitet ved behandlingsstart	Tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg	3	4	15
Boforhold	Hos familie/venner	12	10	10
	Uten egen bopel	3	3	9
Bosituasjon	Alene	44	51	70
Høyeste utdanning	Grunnskole	33	34	55
Hovedinntektskilde	Egen inntekt	30	17	9
	Arbeidslivstilknytning ¹	56	49	21
	Uføretrygd	20	26	57
	Sosialstønad	4	2	5
Diagnose og rus ²	Alvorlig psykisk lidelse (SMI)	18	25	51
	Ruslidelse (ROP I)	9	4	13
	Rusmiddelmisbruk (ROPII)	12	12	16
	SMI & ROP (I eller II)	3	4	12

1) Egen inntekt, arbeidsledighetstrygd eller syke- /rehabiliteringspenger

2) Se kapittel 2.3

Blant dagpasientene er det flere kvinner, få yngre pasienter, flere som bor alene, i større grad alvorlige psykiske lidelser og større andel uføretrygdede sammenlignet med de polikliniske pasientene.

Pasienter som behandles ambulant er karakterisert ved en av overvekt av menn, få yngre pasienter, en stor andel ugifte og mange som bor alene, mange som var underlagt tvang ved behandlingsstart, mange uten egen bopel, lav utdanning, i stor grad uføretrygdet, mange har alvorlig psykisk lidelse, ruslidelse og rusmiddelmisbruk sammenlignet med de to øvrige behandlingsformene.

De ambulant behandlede pasientene fremstår som en pasientgruppe med særlige behov for oppfølging på grunn av betydelig innslag av alvorlige psykiske lidelser og særlig i kombinasjon med rusproblematikk. For enkelte pasientgrupper er dette tilbudet nødvendig for opprettholde kontinuiteten i behandlingen. Manglende oppmøte ved stasjonær poliklinisk behandling, som særlig er utbredt for pasienter med rusmiddelbruk, kan imøtekommes ved å oppsøke pasienten utenfor kontoret (Kulbrandstad 2008). Denne registreringen viser

imidlertid at det er et beskjedent udekket behov for ambulant behandling og at den ambulante virksomheten som er etablert er forbeholdt pasientene med sammensatte og de mest alvorlige lidelsene.

3.4 Oppsummering

Ved poliklinikkene er andel kvinner 60 prosent og både menn og kvinner har median alder på 37 år. Blant pasientene som mottar behandling hos avtalespesialistene, utgjør kvinner en større overvekt på hele 69 prosent. Pasientene er noe eldre enn ved poliklinikkene; median alder er 43 år for menn og 42 år for kvinner. For enkelte aldersgrupper utgjør avtalespesialistene nesten halvparten av behandlingstilbudet til kvinner. Avtalespesialistene har få unge pasienter, som altså i all hovedsak får sitt behandlingstilbud ved poliklinikken.

Menn og kvinner har ulik diagnosefordeling ved poliklinikkene, men det er ingen slik forskjell hos avtalespesialistene. Menn med schizofrenidiagnose eller ruslidelse gjenfinnes i liten grad hos avtalespesialistene.

Halvparten av pasientene som behandles ved offentlige poliklinikker har hatt henvisningsperioder på inntil 31 uker og 9 prosent har startet behandlingen for mindre enn 14 dager siden. Pasientene hos avtalespesialistene har i større grad hatt lengre behandlingsforløp sammenlignet med pasientene ved poliklinikkene. Halvparten av pasientene har hatt en behandlingsserie på inntil 66 ukers varighet, og hos avtalespesialistene er det 6 prosent av pasientene som startet opp i løpet av de siste 14 dagene.

Varigheten av henvisningsperiodene hos behandlerne ved de offentlige er kortere enn behandlingsforløpene hos avtalespesialistene. I begge delene av den polikliniske spesialisthelsetjenesten har det vært fokus på konsultasjoner og volumet av direkte pasientkontakt for å sikre at behandlerens tid i størst mulig grad skulle komme pasientene til gode. Mens avtalespesialistene tenderer til å la henvisningsperiodene "stå åpne" slik at pasienten kan ta kontakt ved behov, er tradisjonen ved poliklinikkene "å lukke" henvisningsperioden dersom det tar for lang tid siden forrige konsultasjon. Videre er pasientsammensetningen ved de offentlige poliklinikkene tyngre, med en større andel pasienter med alvorlige lidelser, og dette skulle heller tilsi behov for lengre behandlingsopplegg for pasientene.

Det er ingen forskjell i hyppigheten i pasientkontakten mellom avtalespesialister og poliklinikkene.

Henvisning til behandling ved poliklinikkene skjer primært via fastlegen som har henvist 65 prosent av pasientene. Døgnavdelingen eller en annen psykiatrisk poliklinikk er henviser i hhv. 15 og 10 prosent av tilfellene. I likhet med fastlegen er døgnavdelingen også oftest angitt som den eneste henvendende instans, mens annen poliklinikk ofte er involvert i tillegg til fastlegen eller andre. Pasienten selv er oppført som henvendende instans i fem prosent av tilfellene og fastlegen er involvert i en tredjedel av disse henvisningene. For over halvparten av disse behandlingsseriene er imidlertid pasienten oppført som eneste henvendende instans.

Initiativet til kontakt med avtalespesialisten er det ofte fastlegen eller pasienten selv som tar. Fastlegen er involvert i halvparten av henvendelsene og pasienten selv er oppført som initiativtaker i 40 prosent av henvendelsene. I noen tilfeller (sju prosent) er både fastlegen og pasienten oppført. Samlet sett er fastlegen eller pasienten involvert i henvisningene ovenfor 84 prosent av pasientene til avtalespesialistene.

En fjerdedel av pasientene hos avtalespesialistene har ikke mottatt noen annen behandling for sine psykiske lidelser i løpet av de siste fem årene. For pasientene som *har* mottatt annen behandling i løpet av de siste årene, ligger dette ofte en del år tilbake i tid. For eksempel er sjansen for at pasienten har vært innlagt ved døgnavdeling mye større dersom man ser på de siste fem årene sammenlignet med det siste året. Disse pasientene har i tillegg ofte hatt behandlingstilbud fra poliklinikk, primærhelsetjenesten eller privatpraktiserende spesialist i løpet av disse fem årene.

Pasientene hos avtalespesialistene, som i tillegg har mottatt behandlingstilbud i primærhelsetjenesten, har i over halvparten av tilfellene hatt dette som det eneste annet behandlingstilbudet når vi ser på de siste fem årene. Når vi kun ser på det siste året, øker andelen til 70 prosent. Pasienter som har mottatt behandling hos avtalespesialist de siste fem årene, har i halvparten av tilfellene hatt dette som det eneste behandlingstilbudet.

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. I løpet av det siste året er det en femtedel som har vært innlagt ved døgnavdeling, og mange av disse pasientene har også mottatt tilbud fra poliklinikk eller primærhelsetjeneste i løpet av denne perioden.

Når vi ser på omfang av *enkelstående* behandlingstilbud i løpet av de siste årene, er det behandling ved poliklinikk som hyppigst opptrer som eneste tidligere behandling for psykisk lidelse eller ruslidelse. Det er imidlertid bare en tredjedel av pasientene med tidligere behandling ved en psykiatrisk poliklinikk som *kun* har hatt dette tilbudet det siste året. Over halvparten har i tillegg fått tilbud fra primærhelsetjenesten og det er disse to tilbud som er den mest vanlige kombinasjonen av behandlingstilbud som hele 30 prosent av alle pasientene har fått i løpet av det siste året.

Poliklinisk behandlingstilbud, kontakt med primærhelsetjenesten og innleggelse ved døgnavdeling er de tre hyppigst forekommende behandlingstilbud. I løpet av det siste året har over 80 prosent av pasientene hatt ett eller flere av disse tre tilbudene. De aller fleste pasientene (95 prosent) har mottatt poliklinisk behandling og 12 prosent har mottatt behandling fra ambulante team. Dagbehandling er angitt for åtte prosent av pasientene og er den behandlingsformen som har størst udekket behov. I tillegg er det en liten andel av pasientene som er knyttet til en døgnavdeling og som i tillegg har fått poliklinisk behandling.

Poliklinisk behandling er den vanligste behandlingsformen og utgjør den eneste behandlingsformen til 80 prosent av pasientene. Både dagbehandling og ambulant behandling forekommer ofte i kombinasjon med polikliniske konsultasjoner og hele 16 prosent av pasientene mottar mer enn en behandlingsform.

Etterspørselen etter dagbehandling er interessant å merke seg i lys av det manglende fokus det har vært på dette behandlingstilbudet. Behandlingstilbudet er i utgangspunktet en rammefinansiert behandlingsform. Tilbudet har blitt gradvis mindre synlig i den nasjonale statistikken fra spesialisthelsetjenesten og den manglende oppmerksomhet om driftsformen har bidratt til en svært ulik praksis med hensyn på registrering av dette tilbudet (Hagen 2006). Dagbehandling er ikke en standardisert behandlingsform, men det kan synes som strukturerte behandlingstilbud er mer typisk i dag enn ved starten av opptrappingsplanen.

For enkelte pasientgrupper er dette tilbudet nødvendig for opprettholde kontinuiteten i behandlingen. Manglende oppmøte ved stasjonær poliklinisk behandling, som særlig er utbredt for pasienter med rusmiddelbruk, kan imøtekommes ved å oppsøke pasienten utenfor kontoret (Kulbrandstad 2008). Denne registreringen viser imidlertid at det er et beskjedent udekket behov for ambulant behandling og at den ambulante virksomheten som er etablert er forbeholdt pasientene med sammensatte og de mest alvorlige lidelsene.

4 Utviklingstrekk 2000-2008

Solfrid Lilleeng

4.1 Pasienter og årsverk

I dette kapitlet er utviklingstrekk for pasientene behandlet ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene i 2008 sammenlignet med pasienttellingen i 2000. Oppslutningen om pasienttellingen ved poliklinikkene i 2008 er estimert til omlag 90 prosent (kapittel 2.2). Døgnregistreringen hadde bedre svarprosent i 1999 sammenlignet med registreringen som ble gjennomført i 2007 (Lilleeng et al 2009). Det er grunn til å tro at dette også kan gjelde poliklinikkregistreringen. Registreringen hos *avtalespesialistene* i 2000 hadde imidlertid lavere oppslutning sammenlignet med resultatet for 2008. Mens økningen i antall pasienter hos psykiatere med avtalepraksis er på 16 prosent, er økningen hos psykologspesialistene på 135 prosent. Antall årsverk i avtalepraksis er uendret i samme periode (tabell 4.1).

Tabell 4.1 Antall pasienter og antall lege- og psykologårsverk. Poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2000 og 2008.

	Poliklinikk			Avtalespesialist		
	2000	2008	Endring	2000	2008	Endring
Pasienter	13 135	24 732	88 %	6 458	11 624	80 %
Andel hos psykolog	30 %	N.A.	N.A.	54 %	70 %	16 pp
Årsverk	774,6	1 273,2	64 %	565,3	583,5	3 %
Andel psykologårsverk	56 %	64 %	8 pp	70 %	70 %	0 pp

Kilde: SSB og SAMDATA

Ved poliklinikkene er antall pasienter økt med 88 prosent siden registreringen i 2000. I samme periode har antall legeårsverk økt med 35 prosent, og antall psykologårsverk økt med 88 prosent og samlet sett har økningen vært på 64 prosent. Lege og psykologårsverk utgjør imidlertid mindre enn halvparten av det samlede antall årsverk ved poliklinikkene. Når også de øvrige personellgruppene ved poliklinikkene inkluderes, har vi en økning i polikliniske årsverk på 76 prosent.

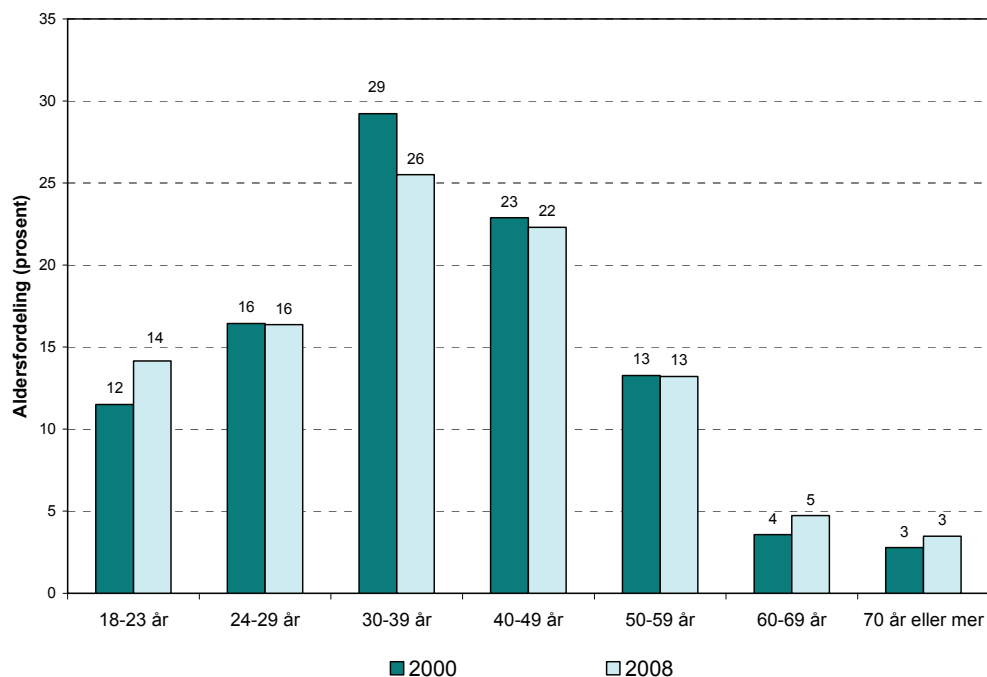
Endringene fra registreringene i 2000 til registreringene i 2008 kan delvis tilskrives økt oppslutning fra psykologene i avtalepraksis som dermed vil kunne påvirke pasientsammensetningen. I kapittel 13 er pasienter som går til psykiater og psykologspesialist presentert hver for seg og man kan dermed få et nærmere innblikk i forskjellene.

Ved poliklinikkene har det i perioden vært en betydelig økning i årsverk, og særlig blant psykologer, som delvis vil kunne forklare økningen i antall pasienter. På samme måte som for avtalespesialistene vil dette kunne påvirke pasientsammensetningen i de to registre-

ringene. I de senere år er det også mer vanlig at samme pasient mottar ulike tilbud på samme tid. Men det totale omfanget av dette kan ikke kartlegges uten bruk av registerdata².

4.2 Kjønn og alder

Aldersfordelingen for pasienter som mottar behandling ved poliklinikkene i 2000 og 2008 er presentert i figur 4.1.

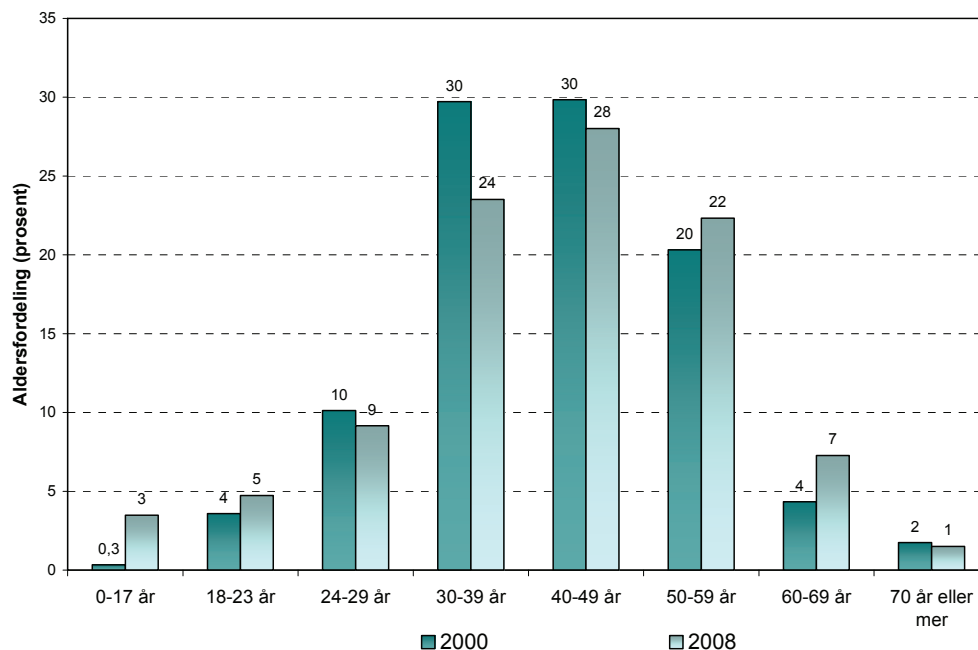


Figur 4.1 Aldersfordelingen for polikliniske pasienter. Poliklinikker. Pasienttellingen 2000 og 2008.

I perioden 2000 til 2008 er pasientenes aldersfordeling endret en del, mens median alder er på 37 år og er uendret siden 2000. Endringene i fordeling består i at de yngste (18-23 år) og eldste (60 år +) har økt litt i omfang, mens aldersgruppen 30-39 år nå utgjør en litt mindre andel av pasientpopulasjonen. Dette gjelder både kvinner og menn. Blant de polikliniske pasientene er kvinner i overvekt (60 prosent).

Andelen av befolkningen i aldersgruppen 18-23 år har økt betydelig i denne perioden, men allikevel fremstår dette som er klar prioritering av de unge pasientene og særlig kvinnene i dette alderintervallet (ikke vist). Når befolkningsgrunnlaget tas med i betraktning, fremkommer det at også aldersgruppen 24-29 er en prioritert gruppe (ikke vist). Dette tyder på en økt innsøking for unge i starten av 20-årene i løpet av opptrappingsplanperioden. De eldste har imidlertid ikke fått økt tilbud i denne perioden. Det reduserte døgntilbudet til denne aldersgruppen gjennom opptrappingsplanperioden har altså ikke gitt seg utslag i økt poliklinisk tilbud.

² Norsk pasientregister, Forskrift om pasienttydige data trådte i kraft 15.april 2009.



Figur 4.2 Aldersfordelingen for polikliniske pasienter. Avtalepraksis. Pasienttellingen 2000 og 2008.

I figur 4.2 er aldersfordelingen for pasienter hos avtalespesialistene i 2000 og 2008 presentert. *Hele* pasientpopulasjonen inngår i denne figuren. I alle øvrige presentasjoner, analyser og statistikk hvor avtalespesialistenes pasientpopulasjon beskrives eller sammenlignes med pasientene som får behandling ved voksenpsykiatriske poliklinikker, er pasientpopulasjonen avgrenset til aldersgruppen 18 år og eldre. Pasienter yngre enn 18 år er beskrevet særskilt i kapittel 10.

Blant pasientene som mottar behandling hos avtalespesialistene, er kvinner i overvekt (69 prosent). Median alder er 43 år for menn, 42 år for kvinner og uendret siden 2000. Både unge og eldre pasienter har økt andelsmessig når vi ser på aldersfordelingen. Når vi tar hensyn til befolkningsgrunnlaget i hver av aldersgruppene, ser vi at aldersgruppen 30-49 er mindre representert mens både yngre og eldre pasienter er mer representert. Dette bidrar til en svak utjevning av forskjellene mellom aldersgruppene med hensyn på tilgangen til behandling hos avtalespesialistene.

4.3 Diagnoser og rusmiddelmissbruk

Pasientenes hoveddiagnose er gruppert i henhold til diagnosegruppene (kapittel 2.3) og resultatene for perioden 2000 og 2008 er vist i tabell 4.2.

Tabell 4.2 Andel pasienter etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. Poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2000 og 2008.

Hoveddiagnosegrupper	Poliklinikk		Avtalespesialist	
	2000	2008	2000	2008
Stoffrelaterte lidelser	7	6	1	1
Schizofrenier	16	14	3	2
Affektive lidelser	32	33	41	39
Nevrotiske lidelser	28	25	37	41
Personlighetsforstyrrelser	12	9	13	9
Atferdsforstyrrelser fra barn/ungdomsår	1	5	1	2
Antall pasienter (N)	13 135	24 732	6 458	11 624
Mangler hoveddiagnose (n)	657	1 042	583	144

Utviklingen i pasientsammensetning fra 2000 til 2008 er karakterisert ved en redusert andel pasienter med schizofrenier og personlighetsforstyrrelser, både ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene. Andel pasienter med personlighetsforstyrrelser er redusert fra 12 til 9 prosent siden 2000.

Andel pasienter med nevrotiske lidelser er redusert ved poliklinikkene mens pasientgruppen har økt andelsmessig hos avtalespesialistene. Kategorien nevrotiske lidelser inkluderer pasienter med post traumatisk stresslidelse (PTSD) som hos avtalespesialistene har økt fra 14 til 17 prosent i løpet av denne perioden. Dette er en betydelig pasientgruppe, særlig hos psykologspesialistene (se kapittel 13.2.5).

Pasienter med atferdsforstyrrelser har økt i andel siden 2000 og utgjør i 2008 fem prosent av pasientene ved poliklinikkene. Medikamentell behandling av denne pasientgruppen var i 2000 på utprøvningsstadiet og det er nok en grunn til det beskjedne omfanget. I de senere år er det imidlertid blitt mer oppmerksomhet om at ikke alle barna vokser dette av seg og dermed tar denne lidelsen inn i voksenlivet. Med akseptert medikamentell behandling til denne pasientgruppen, øker også diagnostiseringen. Det er imidlertid ved poliklinikkene vi ser en økning i forekomst i voksenpopulasjonen. Barn og unge som går til psykiater eller psykologspesialist er presentert i kapittel 10.

I tabell 4.3 er alvorlige psykiske lidelser, ruslidelser og rusmiddelmissbruk presentert.

Tabell 4.3 Alvorlig psykisk lidelse, ruslidelse og rusmiddelmisbruk. Andel pasienter i prosent. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2000, 2004 og 2008.

	Poliklinikk			Avtalespesialister		
	2000	2004	2008	2000	2004	2008
Alvorlig psykisk lidelse (SMI) ¹	20	N.A.	21	5	N.A.	7
Ruslidelse ¹	10	13 ²	9	2	3 ⁴	2
Ruslidelse ¹ uten SMI	9	N.A.	8	2	N.A.	2
Rusmiddelmisbruk ¹	N.A.	12	13	N.A.	9	13
Antall pasienter (N)	13 135	21 527	24 732	6 458	10 003	11 624
Mangler hoveddiagnose (n)	657	1 735	1 042	583	312	144

N.A.= not available

1) Se kapittel 2.3

2) Forekomsten dette året er overestimert i sammenligning med 2000 og 2008. I 2004 ble hoveddiagnose og bidiagnose innhentet ved at behandler krysset av for aktuell diagnosekategori fra underkapitlene i ICD 10 kap F. Dette hadde den konsekvens at mange diagnoser kunne velges for hver pasient.

Utviklingen i perioden 2000 til 2008 er karakterisert ved svært små forskjeller mellom 2000 og 2008 når det gjelder andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller ruslidelser. I 2004 ble diagnosene innhentet ved avkrysning på registreringskjemaet. Dette hadde den konsekvens at pasientene fikk mange flere diagnoser sammenlignet med registreringene hvor diagnosene ble innhentet på den tradisjonelle måten; ved angivelse av ICD10 kode for hoveddiagnose og inntil to bidiagnoser. Dette kan delvis forklare den høye andelen ruslidelser for dette året sammenlignet med 2000 og 2008.

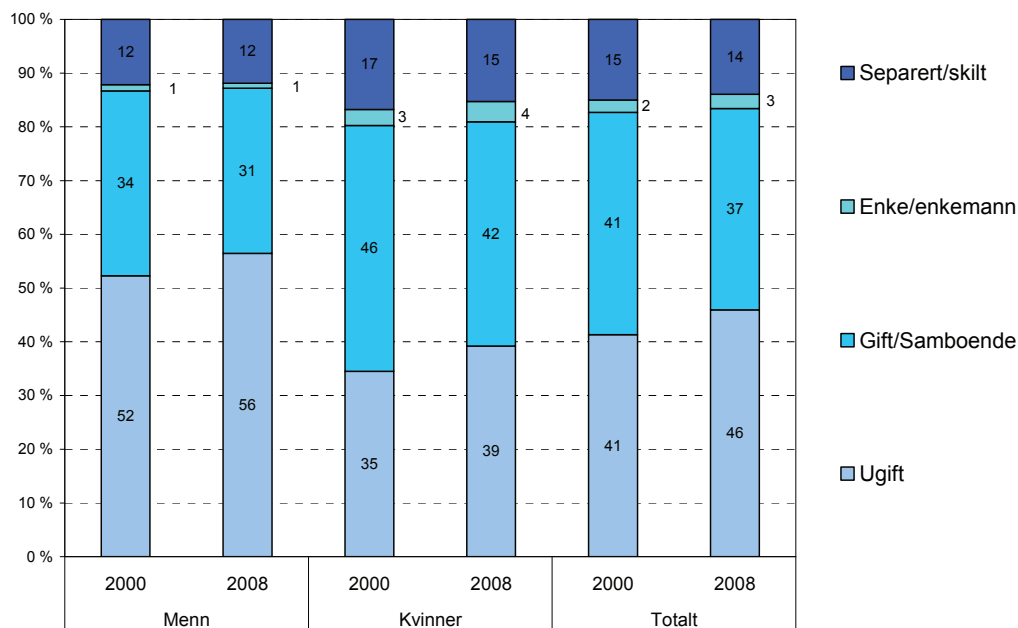
De offentlige poliklinikkene behandler en større andel pasienter med alvorlige psykisk lidelser sammenlignet med avtalespesialistene, men det må bemerkes at psykiatere i avtalepraksis har en betydelig andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser (se kapittel 13.2.5)

Pasienter med rusmiddelmisbruk som ikke kvalifiserer for ruslidelse, er imidlertid fanget opp i noe større grad i 2008 sammenlignet med 2004 hos avtalespesialistene (se kapittel 13.2.5).

4.4 Sosiodemografiske kjennetegn for menn og kvinner

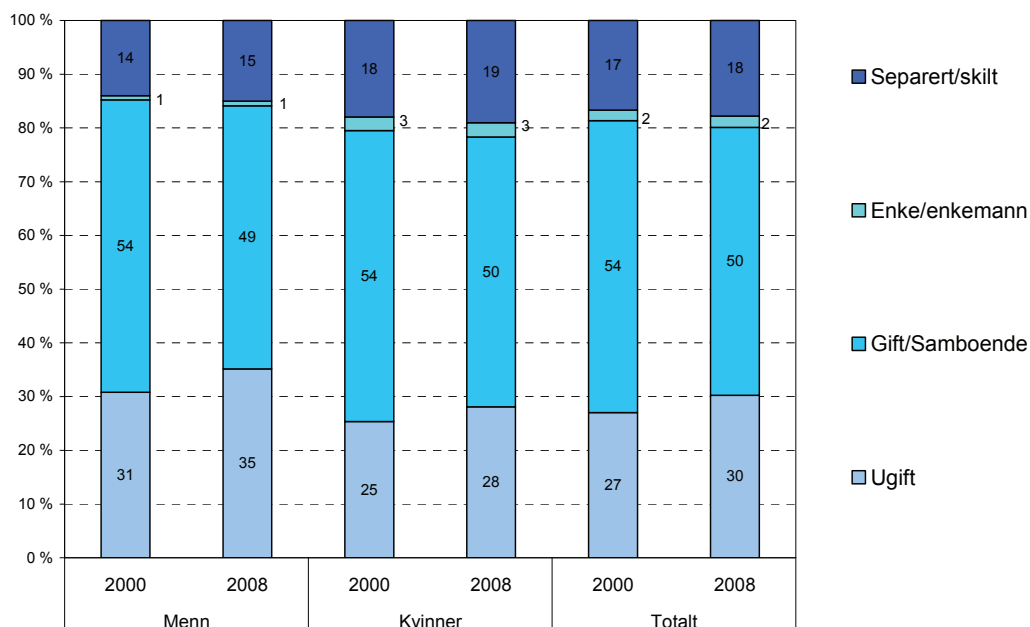
SIVILSTATUS

Figur 4.3 og figur 4.4 viser sivilstatus for kvinner og menn ved hhv. poliklinikker og avtalespesialister i 2000 og 2008.



Figur 4.3 Sivilstatus. Kvinner og menn. Poliklinikker. Pasienttellingen 2000 og 2008.

Ved poliklinikkene har andel ugifte pasienter økt fra 2000 til 2008. Ved poliklinikkene utgjør de ugifte pasienter en større andel enn samboende/gifte. Det er særlig ugifte menn som er en betydelig pasientgruppe og som utgjør 56 prosent. Men også ugifte kvinner er en betydelig pasientgruppe på nesten 40 prosent av de kvinnelige pasientene, og er nesten like stor som gifte/samboende kvinner. De unge pasientene bidrar en del til denne økningen. De ugifte er overrepresentert blant pasientene ved poliklinikkene, både for kvinner og menn.



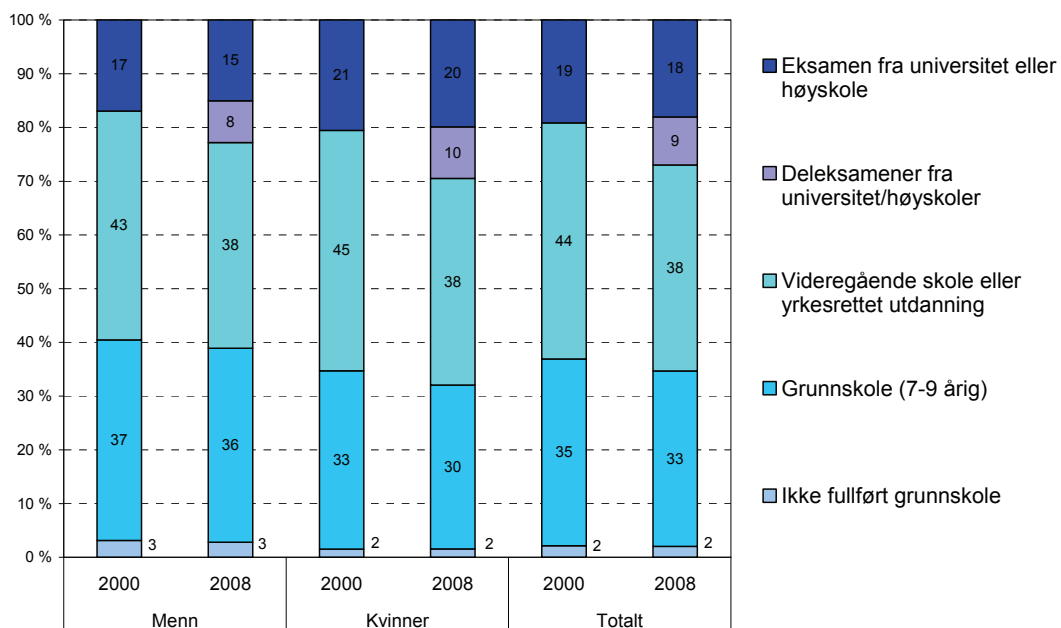
Figur 4.4 Sivilstatus. Kvinner og menn. Avtalespesialister. Pasienttellingen 2000 og 2008.

Pasienter hos avtalespesialistene er mer lik befolkningen når vi ser på sivilstatus (Lilleeng et al. 2009). Selv om det hos avtalespesialistene, slik som ved poliklinikkene, er en overrepresentasjon av ugifte i pasientpopulasjonen når vi sammenligner med befolkningen forøvrig, utgjør gifte/samboende en betydelig andel av avtalespesialistenes pasienter. Videre er det en overhyppighet av separert/skilte blant pasientene som går til avtalespesialist. Dette finner vi ikke ved poliklinikkene. Dette kan tyde på at pasienter med problemer i parforhold/familie i større grad oppsøker avtalespesialistene for å få hjelp.

UTDANNING

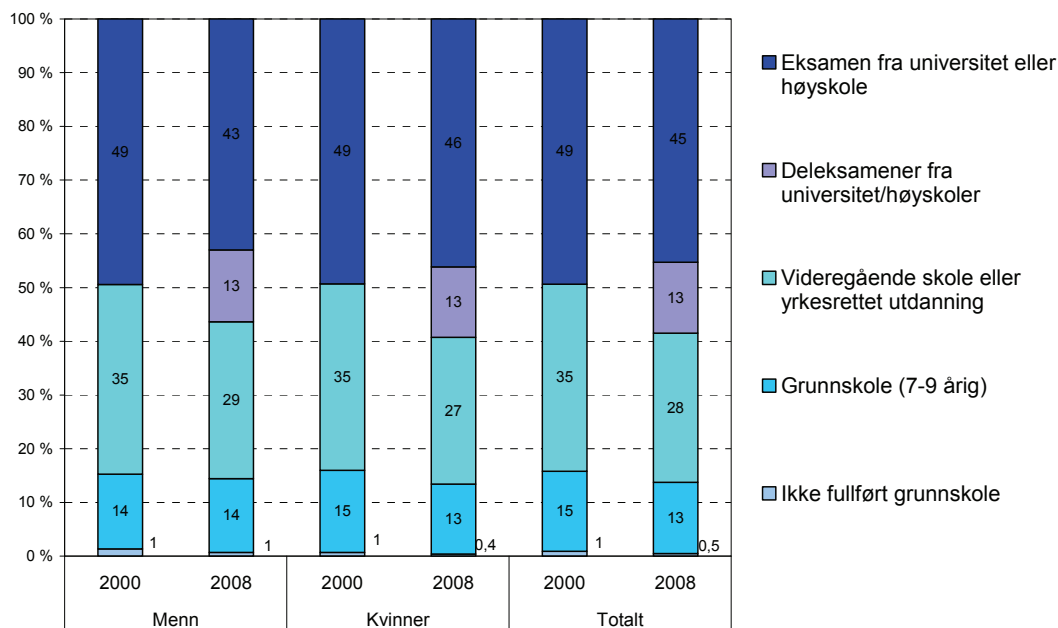
I perioden 2000 til 2008 har utdanningsnivået i Norge endret seg. I 1999 hadde 23 prosent av befolkningen eksamen fra høyskole eller universitet, mens i 2007 er andelen på 27 prosent. Andelen av befolkningen med kun grunnskole var på 31 prosent i 1999 og i 2007 var denne andelen redusert til 27 prosent.

I figur 4.5 og 4.6 er utdanningsnivået for menn og kvinner i behandling ved hhv. poliklinikkene og avtalespesialistene presentert.



Figur 4.5 Utdanning. Kvinner og menn. Poliklinikker. Pasienttellingen 2000 og 2008.

Andel med eksamener (inklusive deleksamener) fra høyskole eller universitet, har økt i perioden 2000 til 2008 og særlig for kvinner. Når vi sammenligner pasientene ved poliklinikkene, har pasientpopulasjonen en lavere andel fullførte universitets/høyskole-utdanninger sammenlignet med befolkningen, mens andel med grunnskole stadig er overrepresentert i pasientpopulasjonen.



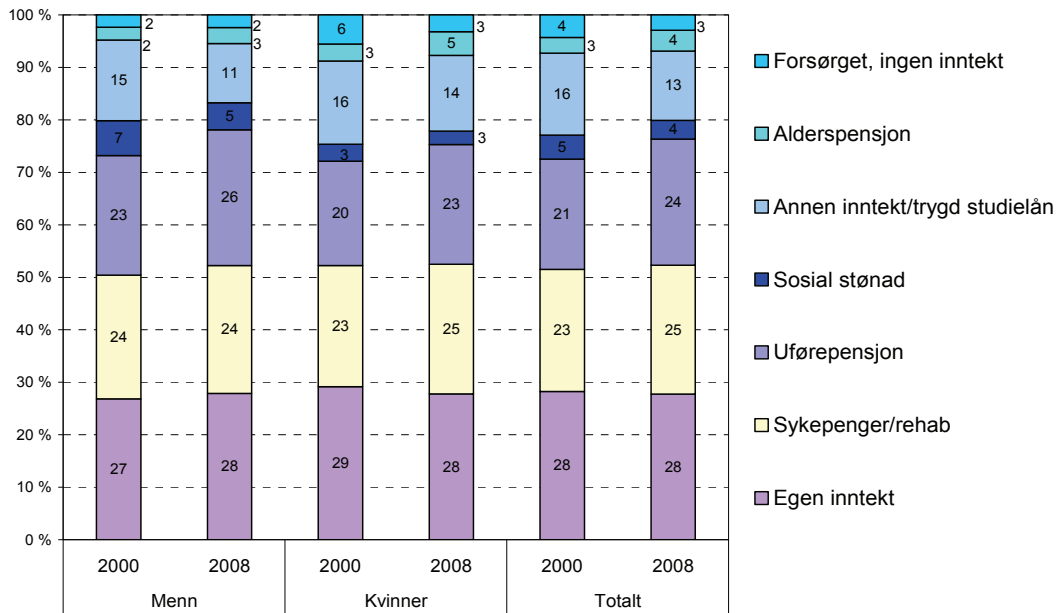
Figur 4.6 Utdanning. Kvinner og menn. Avtalespesialister. Pasienttellingen 2000 og 2008.

I 2000 har halvparten av pasientene som behandles hos avtalespesialistene eksamen/deleksamen fra høyskole eller universitet. Når deleksamen fra universitet/høyskoler inkluderes gis det ett inntrykk av det faktiske utdanningsnivået i pasientpopulasjonen. Andel med fullført universitet/høyskoleutdanning har ikke økt i periode.

En gjennomgang av utdanningsnivået blant døgnpasientene konkluderte med at endringer i alderssammensetning ikke kunne forklare det økte utdanningsnivået som har funnet sted i løpet av de siste 10 år (Pedersen et al. 2008). Det er grunn til å tro at det generelt sett økte utdanningsnivået i befolkningen forklarer en del av det vi ser av endringer i pasientpopulasjonen. Blant pasientene hos avtalespesialistene er personer med eksamen fra universitet og høyskoler sterkt overrepresentert. Dette gjelder begge kjønn, men særlig kvinner.

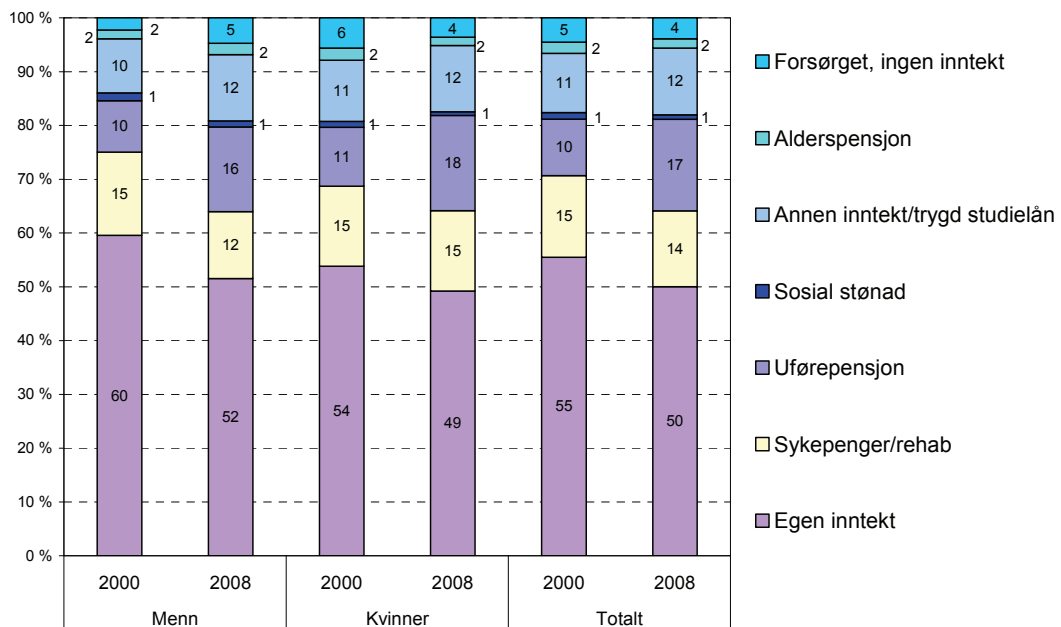
HOVEDINNTEKTSKILDE

I figur 4.7 og 4.8 er pasientenes hovedinntektskilde presentert for hhv. pasienter ved poliklinikkene og hos avtalespesialist.



Figur 4.7 Hovedinntektskilde. Kvinner og menn. Poliklinikker. Pasienttellingen 2000 og 2008.

Ved poliklinikkene er endringene små fra 2000 til 2008, men andel pasienter med sykepenger og uføretrygd som hovedinntektskilde, øker noen prosent. Andel pasienter med uføretrygd har økt, både for kvinner og menn.



Figur 4.8 Hovedinntektskilde. Kvinner og menn. Avtalepraksis. Pasienttellingen 2000 og 2008.

Pasienter hos avtalespesialistene er fremdeles betydelig forskjellige fra pasientene som behandles ved poliklinikkene, men forskjellene er i ferd med å bli mindre. Fra 2000 er det en reduksjon i andel pasienter som har lønnet arbeid mens andel med uføretrygd øker. Dette gjelder både kvinner og menn.

4.5 Oppsummering av utviklingen i pasientpopulasjonen fra 2000-2008

Pasientene som mottar behandling ved poliklinikkene er forskjellige fra pasientene i avtalepraksis på flere områder. Pasientene i avtalepraksisene er kjennetegnet ved at det er flere kvinner, pasientene er eldre, det er mindre omfang av alvorlige psykiske lidelser, færre ugifte, flere skilte/separerte, høyere andel med arbeidstilknytning og flere med høyere utdanning. Spørsmålet er om forskjellene fra 2000 gjenfinnes i 2008 etter en periode med opptrapping for psykisk helsevern. Fokuset i opptrappingen har imidlertid ikke vært på avtalespesialistene og målt i årsverk, er dette behandlingstilbudet uendret gjennom planperioden. Oppmerksomheten omkring psykiske problemer kan imidlertid ha medført at personer fra alle samfunnslag søker hjelp hos avtalespesialistene og at pasientpopulasjonen på denne måten blir mer typisk og lik befolkningen ellers. Når psykiske problemer blir alminneliggjort vil terskelen for å søke hjelp også bli lavere.

Informasjon om pasientpopulasjonen hos avtalespesialistene er det lite statistikk over. Med pasientdata som innrapporteres til NPR fra og med 1.1.2008 er informasjon om volumet av denne tjenesten estimert (Helsedirektoratet 2009). Målt i antall refusjonsberettigede konsultasjoner fra pasientdata utgjør avtalespesialistene 38 prosent av det polikliniske behandlingstilbudet. Basert på pasienttellingene anslår vi at avtalespesialistene dekker en tredjedel av pasientene som får behandling i psykisk helsevern for voksne i 2008.

Pasientegenskapene for pasienter ved offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister for 2000 og 2008 er sammenlignet i tabell 4.4. Tabellen er et grunnlag for å kunne vurdere om det har skjedd endringer i pasientpopulasjonene i denne perioden.

Tabell 4.4 Kjennetegn ved pasientene. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen, 2000 og 2008.

Variable	Kategori	Poliklinikkene		Avtalespesialistene	
		2000	2008	2000	2008
Kjønn	Menn	38	39	31	30
Alder	18-29 år	28	31	14	14
	50+	20	21	26	32
Sivilstatus	Ugift	41	46	27	28
	Skilt/separert	15	14	17	18
	Gift/samboer	41	38	54	51
Utdanning	Grunnskole	37	35	16	14
	Videregående skole	44	38	35	28
	Universitet/høyskole ¹	19	18	49	45
Hovedinntektkilde	Egen inntekt	28	28	55	51
	Arbeidslivstilknytning ²	53	53	71	66
	Andel uføre	21	24	10	17
Hoveddiagnose	SMI ³	20	21	5	7
	PTSD ³	13	11	14	17
Bosituasjon	Alene	44	46	40	42

1) Fullført universitet/høyskoleutdanning

2) Egen inntekt, arbeidsledighetstrygd og syke-rehabiliteringspenger

3) Se kapittel 2.3

Resultatet for 2008 viser at kjønnsfordelingen er uendret fra 2000. Tabell 4.4 viser også at mens de unge øker i pasientpopulasjonen ved poliklinikkene er det aldersgruppen 50 år og eldre som øker hos avtalespesialistene. Andel ugifte har økt betydelig ved poliklinikkene, mens de gifte utgjør en mindre gruppe i 2008 sammenlignet med 2000. Når vi ser på aleneboende er dette en betydelig gruppe både ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene. Ugifte som går i behandling hos avtalespesialist er ofte aleneboende. Skilte/separerte som bor alene med barn er oftere pasient hos avtalespesialist sammenlignet med poliklinikken. Pasientene ved poliklinikkene har fremdeles mye lavere utdanningsnivå enn befolkningen for øvrig, mens pasientene i avtalepraksis fremdeles har et høyere utdanningsnivå enn befolkningen. Dersom vi inkluderer deleksamener i tillegg til fullførte studier fra universitet/høyskoler, blir forskjellene mellom de to pasientpopulasjonene noe mindre i 2008. Over en fjerdedel av pasientene ved poliklinikkene har minst deleksamen fra universitet/høyskole, mens en dobbelt så stor andel av pasientene i avtalepraksis har tilsvarende utdanning.

Det er fremdeles slik at ved poliklinikkene har en femtedel av pasientene alvorlige psykiske lidelser, og det på tross av at pasientpopulasjonen har blitt større siden 2000. Hos avtalespesialistene er det en betydelig mindre andel pasienter som har alvorlige psykiske lidelser. Andel pasienter med PTSD var på samme nivå hos avtalespesialistene og ved poliklinikkene i 2000. Ved poliklinikkene er andelen redusert, mens hos avtalespesialistene er andelen økt i perioden 2000-2008.

4.6 Oppsummering

Fra Pasienttellingen i 2000 til Pasienttellingen i 2008 er oppslutningen økt blant avtalespesialistene og da særlig psykologspesialistene. I 2008 behandler avtalespesialistene omlag en tredjedel av de polikliniske pasientene i psykisk helsevern for voksne. Antall årsverk i avtalepraksis er uendret i samme periode. I samme periode har antall årsverk ved poliklinikkene økt med 76 prosent.

Andel kvinner dominerer pasientpopulasjonen som mottar poliklinisk behandling og dette har endret seg lite fra 2000. Ved poliklinikkene er endringene i alderssammensetning knyttet til at de yngste (18-29 år) og de eldste (60 år +) har økt i omfang, mens aldersgruppen 30-39 år nå utgjør en litt mindre andel av pasientpopulasjonen sammenlignet med 2000. Dette tyder på en økt innsøkning for unge i starten av 20-årene i løpet av opptrappingsplanperioden. Median alder er i 2008 på 37 år og uendret siden 2000. Alderssammensetningen blant pasientene hos avtalespesialistene er endret siden 2000 ved at både unge og eldre pasienter har økt andelsmessig mens aldersgruppen 30-49 er mindre representert i pasientpopulasjonen. Dette bidrar til en svak utjevning av forskjellene mellom aldersgruppene med hensyn på tilgangen til behandling hos avtalespesialistene. Median alder er på 43 år i 2008 og har økt med 2 år siden 2000.

Utviklingen i pasientsammensetningen fra 2000 til 2008 er karakterisert ved en redusert andel pasienter med schizofrenier og personlighetsforstyrrelser, både ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene. Pasienter med atferdsforstyrrelser har økt i andel siden 2000 og utgjør i 2008 fem prosent av pasientene ved poliklinikkene.

Ved poliklinikkene har en femtedel av pasientene alvorlige psykiske lidelser, og er lite endret siden 2000 på tross av at pasientpopulasjonen har økt betydelig. Det betyr at flere pasienter har fått denne diagnosen. Hos avtalespesialistene er det en betydelig mindre andel pasienter med alvorlige psykisk lidelser, men til gjengjeld utgjør pasienter med PTSD nær en femtedel av pasientpopulasjonen. PTSD utgjør nå en større andel hos avtalespesialistene enn ved poliklinikkene, hvor det i tillegg har vært en nedgang siden 2000.

Andel ugifte pasienter har økt fra 2000 til 2008. Ved poliklinikkene utgjør de ugifte pasienter en større andel enn samboende/gifte, mens det motsatte er tilfelle hos avtalespesialistene. Det er særlig ugifte menn som er en betydelig pasientgruppe som utgjør 56 prosent av pasientene. Men også ugifte kvinner er en betydelig pasientgruppe på nesten 40 prosent av pasientene. Videre er det en overhyppighet av separert/skilte blant pasientene som går til avtalespesialist. Dette kan tyde på at pasienter med problemer i tilknytning til parforhold/familie i større grad oppsøker avtalespesialistene for å få hjelp.

Når vi ser på aleneboende er dette en betydelig gruppe både ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene. Ugifte som går i behandling hos avtalespesialist er ofte aleneboende. Skilte/separerte som bor alene med barn er i større grad pasient hos avtalespesialist sammenlignet med poliklinikken.

Pasientene ved poliklinikkene har fremdeles mye lavere utdanningsnivå enn befolkningen for øvrig, mens pasientene i avtalepraksis fremdeles har et høyt utdanningsnivå. Dersom vi inkluderer deleksamener i tillegg til fullførte studier fra universitet/høyskoler, blir forskjellene mellom de to pasientpopulasjonene noe mindre, men de er fremdeles betydelige. Over en fjerdedel av pasientene ved poliklinikkene har minimum deleksamen fra universitet/høyskole, mens en dobbelt så stor andel av pasientene i avtalepraksis har tilsvarende utdanning.

Fra 2000 er det en reduksjon i andel pasienter som har lønnet arbeid mens andel med uføretrygd øker. Dette gjelder både kvinner og menn.

Pasienter hos avtalespesialistene er fremdeles betydelig forskjellige fra pasientene som behandles ved poliklinikkene, men forskjellene er i ferd med å bli mindre.

5 Rusreformen og poliklinisk behandling i psykisk helsevern

Solfrid Lilleeng

5.1 Innledning

Med rusreformen ble det opprettet et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk er betegnelsen på behandlingstilbudet til den nye pasientgruppen. Behandlingstilbudet består av et døgntilbud på i underkant 1 600 døgnplasser hvorav omlag 60 prosent av døgnplassene er tilknyttet private rustiltak, drevet av frivillige organisasjoner, og basert på tidsavgrensede driftsavtaler med de regionale helseforetak. De resterende 40 prosent av døgnplassene er tilknyttet helseforetakene og mange er "samorganisert" med psykisk helsevern. I og med at mange av de private rustiltakene ikke er tilknyttet helseforetakene på samme vis som de offentlige behandlingseenhetene, kan vi ikke sammenligne bruken av rusbehandling og tjenestetilbud innen psykisk helsevern på helseforetaksnivå ennå. Helseforetakenes polikliniske tilbud til ruspasientene er til en viss grad blitt organisert i form av ruspoliklinikker tilknyttet det nye tjenesteområdet, men ved mange helseforetak er dette tilbudet fremdeles en del av psykisk helsevern. Anslagsvis ti prosent av den polikliniske virksomheten i psykisk helsevern for voksne dreier seg om tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Lilleeng (red) 2008).

Poliklinisk virksomhet knyttet til ruspasienter vil være organisert i psykisk helsevern når helseforetaket ikke har egne rusavdelinger eller når avdelingens målgruppe er pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk. Dersom rusavdelingene tar hånd om ruspasientene med lettere psykiske lidelser, vil følgelig ruspasientene i psykisk helsevern i overveiende grad ha alvorlige psykisk lidelser.

Først skal vi imidlertid se nærmere på rusmiddelprofiler for pasienter med ruslidelse, stort rusmiddelmisbruk eller middels rusmiddelmisbruk.

5.2 Ruslidelse, stort og middels rusmiddelmisbruk - rusmiddelprofiler

Når omfanget av rusmiddelproblematikk blant pasienter i psykisk helsevern for voksne er anslått i denne rapporten, er forekomst av rusdiagnose og middels/stort rusmiddelmisbruk kombinert. For å vise hva som eventuelt skiller pasienter med ruslidelser fra pasienter med stort eller middels rusmiddelmisbruk er rusmiddelprofil for de tre gruppene presentert i tabell 5.1. Alvorligheten i rusmisbruket bestemmer pasientens tilhørighet ved bruk av denne kategoriseringen: Pasienter med ruslidelse befinner seg i den første kategorien, i den neste er pasienter med stort rusmiddelmisbruk uten samtidig ruslidelse, mens i den tredje gruppen er pasienter med kun middels rusmiddelmisbruk. Det er kun pasienter fra poliklinikkene som inngår her.

Tabell 5.1 Rusmiddelprofil for pasienter med ruslidelse eller middels/stort rusmiddelbruk de siste 4 uker før innleggelse. Andel pasienter (prosent) etter mest brukte rusmiddel (rusmiddelet som i perioden ga mest rus-tid eller påvirkningstid) og 2.mest brukte rusmiddel (rusmiddelet som i perioden ga 2. mest rus-tid eller påvirkningstid). Pasienter med ruslidelse eller middels/stort rusmiddelmisbruk før behandlingsstart. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

Rusmiddel	Ruslidelse		Stort rusmiddel- misbruk		Middels rusmiddel- misbruk	
	Mest brukt	2.mest brukt	Mest brukt	2.mest brukt	Mest brukt	2.mest brukt
Alkohol	42	24	61	23	71	20
Cannabis	25	20	14	23	12	29
Heroin/Opium	6	3	3	2	<1	1
Amfetaminer	13	20	8	16	3	12
Metadon ¹	4	1	1	2	<1	1
Benzodiazepiner ²	7	21	9	27	10	24
Antall pasienter (N)	2 087	2 087	858	858	1 901	1 901
Mangler informasjon om rusmiddel (%)	17	53	24	65	37	81

1) Metadon eller andre legemidler som er benyttet i LAR-program. I om lag halvparten av tilfellene er legemidlet foreskrevet utenfor LAR program.

2) I om lag 80 prosent av tilfellene dreier det seg om benzodiazepiner som er foreskrevet av lege.

Rusmiddelprofilen basert på det mest brukte rusmidlet, viser at pasienter med ruslidelse i større grad bruker cannabis og amfetaminer sammenlignet med pasientene som ikke har en diagnostisert ruslidelse. Alkohol det mest brukte rusmiddelet for to tredjedeler av pasientene som har rusmiddelmisbruk uten ruslidelse. Imidlertid er det 12 og 14 prosent av pasientene med henholdsvis middels og stort rusmiddelmisbruk som bruker cannabis. Blant pasienter med stort rusmiddelmisbruk bruker åtte prosent av pasientene amfetamin som hovedrusmiddel, men denne andelen er på tre prosent blant pasienter med middels rusmiddelmisbruk. Om lag en fjerdedel av pasientene benytter benzodiazepiner som det mest brukte rusmidlet.

Type rusmiddel mangler for 17 prosent av pasientene med ruslidelse, men det kan tenkes at det fra behandler side ble betraktet som godt nok når diagnosekoden ble angitt. Pasienter uten ruslidelse og med stort rusmiddelmisbruk mangler rusmiddel for en fjerdedel av pasientene mens når et middels rusmisbruk ble angitt, manglet informasjon om rusmiddel for i underkant av 40 prosent av pasientene.

Når vi ser på det nest mest brukte rusmidlet, mangler informasjon for halvparten av pasientene med ruslidelse og for hele 80 prosent av pasientene med middels rusmiddelmisbruk. Det kan selvsagt vært uaktuelt for en del av pasientene, men alternativet *ingen rusmidler* er i liten grad benyttet for å synliggjøre dette. Den objektive kvantifiseringen av rusmidler kan ennå ikke erstatte den subjektive innhenting av rusmiddelmisbruk. Registrering av rusmiddelbruk er ennå ikke tilstrekkelig innarbeidet i psykisk helsevern.

På tross av manglende opplysninger, kan rusmiddelprofilen blant de som har opplysninger om det annet rusmiddel være interessant og resultatene viser en påfallende lik rusmiddelprofil. Amfetaminer og cannabis kommer sterkt inn i bildet som rusmiddel nummer to for pasienter med middels eller stort rusmiddelmisbruk.

RUSLIDELSE, STORT OG MIDDELS RUSMIDDELMISBRUK - HVOR OFTE ER RUSMIDLET BRUKT?

Oversikten over rusmiddelprofilen gir bare innsikt i en del av rusmiddelbildet for disse pasientene. Hvor ofte de ulike rusmidler brukes har stor betydning for å få innsikt i hva som kjennetegner pasientene med rusmiddelproblematikk. I tabell 5.2 er hyppigheten i bruken av de meste brukte rusmidlene i løpet av de siste fire uker før behandlingsstart presentert.

Tabell 5.2 Hyppighet i bruk av det mest brukte rusmidlet de siste 4 uker før behandlingsstart. Andel pasienter etter hyppighet når dette er kjent. Antall pasienter totalt for hvert rusmiddel og andel pasienter uten angitt hyppighet. Pasienter med ruslidelse eller middels/stort rusmiddelmisbruk før innleggelse. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

Mest brukte rusmiddel	Hvor ofte brukt?	Ruslidelse	Rusmiddelmisbruk	
			Stort	Middels
Alkohol	Ikke brukt	4	9	11
	Sjeldnere enn 1 gang/uke	10	3	10
	Omtrent ukentlig	37	15	18
	2-4 ganger i uken	25	34	27
	Omtrent daglig	24	39	35
	Antall pasienter (N)	846	400	716
	Mangler info om hyppighet (%)	10	11	6
Cannabis	Ikke brukt	14	13	12
	Sjeldnere enn 1 gang/uke	8	3	5
	Omtrent ukentlig	27	4	13
	2-4 ganger i uken	27	9	18
	Omtrent daglig	24	72	53
	Antall pasienter (N)	142	91	427
	Mangler info om hyppighet (%)	10	10	8
Amfetaminer	Ikke brukt	18	15	15
	Sjeldnere enn 1 gang/uke	7	8	19
	Omtrent ukentlig	17	10	19
	2-4 ganger i uken	23	23	27
	Omtrent daglig	35	45	19
	Antall pasienter (N)	218	50	36
	Mangler info om hyppighet (%)	10	16	22
Benzodiazepiner	Ikke brukt	9	16	6
	Sjeldnere enn 1 gang/uke	3	0	4
	Omtrent ukentlig	8	2	9
	2-4 ganger i uken	16	16	12
	Omtrent daglig	64	67	70
	Antall pasienter (N)	117	57	121
	Mangler info om hyppighet (%)	11	21	6

Rusmidler er i stor grad i daglig bruk for pasienter med stort rusmiddelmissbruk. Når vi ser på ukentlig bruk er det imidlertid liten forskjell mellom pasienter med stort og middels rusmiddelmissbruk. Begge pasientgruppene har i stor grad alkohol som hovedrusmiddel, noe som også kjennetegner pasientene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I forhold til å følge med om det skjer endringer i pasientsammensetningen som følge av rusreformen, vil pasienter med middels/stort rusmiddelmissbruk være viktige å inkludere. Samlet sett vil rusmiddelmissbruk og ruslidelse være to identifikatorer som samlet sett vil gi et godt anslag på forekomsten av pasienter med rusproblematikk i psykisk helsevern.

5.3 Omfanget av rusdiagnoser og rusmiddelmissbruk

Rusmiddelproblematikk, i form av forekomst av rusdiagnose eller rusmiddelmissbruk er estimert i pasientpopulasjonen og omfanget for 2008 er vist i tabell 5.3. Pasienttellingen i 2004 innhentet diagnoseopplysninger ved å angi kategorier som skulle avkrysses i skjema. Dette sikret en bedre anonymitet i helseopplysningene for pasientene og forenklet utfyllerens arbeid, men resulterte i mange hoveddiagnoser per pasient og hindrer muligheten for å identifisere undergrupper som for eksempel alvorlige psykiske lidelser. På grunn av at det er brukt ulike metoder ved innsamling av diagnosedata, kan man ikke være helt sikker på at endringene som kan lese ut av tabell 5.3 er en reell nedgang av samme type pasientpopulasjon. Resultatene *kan* tyde på at andel pasienter med rusmiddelproblematikk som behandles ved poliklinikkene i psykisk helsevern, er redusert siden rusreformen.

Tabell 5.3 Ruslidelse og/eller rusmiddelmissbruk. Pasienter med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI). Andel av alle pasienter i prosent. Poliklinikker. Pasienttellingen 2004 og 2008.

	2004	2008		
		SMI ³	Ikke SMI	Totalt
Ruslidelse ¹ (ROP I)	13 ⁴	1	8	9
Rusmiddelmissbruk uten ruslidelse ² (ROP II)	12	3	10	13
Ruslidelse og/eller rusmiddelmissbruk (ROP I & II)	25	4	18	22
Antall pasienter (N)	21 527		24 732	
Mangler diagnose og rusmiddelmissbruk (n)	1 429		1 042	

1) Pasienter med rusdiagnose ICD10: F10-F19, som hoved- og/eller bidiagnose har fått betegnelsen ROP I.

2) Rusmiddelmissbruk er her definert ved middels/stort rusmiddelmissbruk. Pasienter med rusmiddelmissbruk uten samtidig ruslidelse, har fått betegnelsen ROP II.

3) Alvorlige psykiske lidelser (se kap 2.3)

4) Forekomsten dette året kan være noe overestimert i sammenligning med 2008. I 2004 ble hoveddiagnose og bidiagnose innhentet ved at behandler *krysser av* for aktuell diagnosekategori fra underkapitlene i ICD 10 kap F. Dette hadde den konsekvens at mange diagnoser kunne velges for hver pasient, både flere hoveddiagnoser og bidiagnoser. Dette kan være medvirkende årsak til at flere rusdiagnoser er blitt fanget opp. Ved den tradisjonelle innhenting av diagnoser blir behandler bedt om å angi eksakt hoveddiagnosekode og inntil to bidiagnoser, noe som avgrensner antall mulige diagnoser for hver pasient og krever en prioritering fra behandlerens side.

Omfanget av pasienter som har fått diagnosen ruslidelse utgjør ni prosent av alle pasientene ved poliklinikkene i 2008. Inkluderer vi i tillegg pasienter med et middels/stort rusmiddelmissbruk i forkant av behandlingsstart, øker andel pasienter med rusproblematikk til 22 prosent. Til sammenligning var omfanget på 25 prosent i 2004, men på grunn av ulikheter i innhenting av diagnoseopplysninger er endringene fra 2004 usikre. Omfanget av pasienter med rusdiagnoser var på 10 prosent i 2000, slik at endringen i perioden 2000-2008 synes å være marginal når det gjelder ruslidelser.

Dersom pasientpopulasjonen med rusproblematikk deles i to grupper; alvorlige psykiske lidelser (SMI) og øvrige psykiske lidelser, er det spesielt den første pasientgruppen vi ønsker

å se på omfanget av. Denne pasientgruppen tilhører pasientpopulasjonen som psykisk helsevern har et spesielt ansvar for. Dersom rusavdelingene avlaster psykisk helsevern med hensyn på pasienter med lettere psykiske lidelser, vil andel pasienter i denne gruppen øke. Hvis derimot rusavdelingene viderehenviser ruspasienter med lettere psykiske lidelser til psykisk helsevern, vil andel pasienter i denne gruppen bli redusert. Vi kan imidlertid ikke sammenligne 2004 og 2008 med hensyn på disse fenomenene, men vi kan se om dette kan gjenfinnes i de regionale resultater for 2008 som presenteres i neste avsnitt.

5.4 Pasienter med alvorlige psykiske lidelser – regionale forskjeller

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser utgjør 18 prosent av pasientene med rusproblematikk (ROP I & ROP II). Dersom tverrfaglig spesialisert rusbehandling er etablert med et godt utbygd poliklinisk tilbud, vil det nye tjenesteområde ta hånd om ruspasientene med de lettere lidelsene. Dette betyr at andel pasienter med de alvorlige lidelsene vil være større i psykisk helsevern i disse områdene. Dersom poliklinisk tilbud til ruspasienter ikke er etablert i tilstrekkelig grad i det nye tjenesteområdet, vil psykisk helsevern få en økt belastning av ruspasienter med lettere psykiske lidelser.

Rusbehandling er organisert på ulike måter i de fire regionene og det finner sted en betydelig rusrelaterte poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern som egentlig tilhører tjenesteområdet rus (Lilleeng (red) 2008). Denne "subsidieringen" øker omfanget av pasienter med lettere psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk i psykisk helsevern. Vi vil i dette avsnittet se om det er forskjeller mellom regionene med hensyn på tilbudet til pasienter med alvorlige psykiske problemer og samtidige rusproblemer (tabell 5.4). Omfanget av pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som generelt sett kan gi en indikasjon på pasientsammensetningen, er også presentert i tabell 5.4.

Tabell 5.4 Andel pasienter med alvorlig psykisk lidelse (SMI) blant pasienter med ruslidelser (ROP I) eller kun rusmiddelmisbruk (ROP II), andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI) totalt og andel pasienter med ruslidelser (ROP I). Poliklinikker. Bostedsregion. Pasienttellingen 2008.

Pasientenes bostedsregion	Antall pasienter	Antall pasienter per 10 000 innb 18+	Andel pasienter med SMI ¹	Andel pasienter med ROP I ²	Omfanget av pasienter med SMI ¹ blant ROP I ² & II ³	
					Nedre grense 95 % CI ⁴	Øvre grense 95 % CI ⁴
Helseregion Sør-Øst	14 039	69	21	9	18	21
Helseregion Vest	4 348	59	24	10	14	19
Helseregion Midt-Norge	3 776	75	17	8	12	17
Helseregion Nord	2 569	73	17	9	12	19
Totalt	24 732	68	21	9	16	19

1) Alvorlige psykiske lidelser (se kap 2.3)

2) Pasienter med rusdiagnose ICD10: F10-F19, som hoved- og/eller bidiagnose har fått betegnelsen ROP I.

3) Rusmiddelmisbruk er her definert ved middels/stort rusmiddelmisbruk. Pasienter med rusmiddelmisbruk uten samtidig ruslidelse, har fått betegnelsen ROP II.

4) 95 % CI er 95 prosent konfidensintervall. Dette er et intervall som estimatet med 95 prosent sikkerhet vil befinne seg innenfor.

Helseregion Sør-Øst har en relativt høy andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser blant pasienten med rusmiddelproblematikk. Helse Sør-Øst RHF har også den beste dekningen av poliklinisk rusbehandling *utenfor* psykisk helsevern og samtidig det minste omfanget av poliklinisk rusbehandling i psykisk helsevern (Lilleeng (red) 2008). Årsaken ligger i regionens fokus på etablering av ruspoliklinikker som i stor grad er organisert i tjenesteområdet rus og

tjenesteområdene synes å lykkes med å fordele pasientene mellom seg. En oversikt over helseforetaksområdene er ikke vist her, med det er særlig i helseforetaksområdene Oslo/Follo og Sørlandet hvor de mest alvorlig psykisk syke dominerer blant pasientene med rusproblematikk i psykisk helsevern når vi sammenligner med de øvrige helseforetaksområdene i regionen.

Helseregion Vest har mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men dette gjenspeiles ikke blant pasientene med rusmiddelproblematikk. Helse Vest RHF har den laveste dekningsraten³ av polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne og i tillegg den høyeste andel rusrelaterte konsultasjoner (Lilleeng (red) 2008). Regionen gir befolkningen en relativt sett god dekning av poliklinisk rusrelatert behandling, men en del av dette er kamouflert i psykisk helsevern.

Helseregion Midt-Norge har en relativt lav andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser blant pasientene med rusmiddelproblematikk. Regionen har betydelig omfang av rusrelatert poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern (Lilleeng (red) 2008). I tillegg har regionen en høy dekningsrate på poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern. Disse tre forhold kan bidra til å forklare at pasienter med alvorlige lidelser ikke blir dominerende blant pasientene med rusproblematikk.

Helseregion Nord har et moderat omfang av rusrelatert poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern, lav andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser og god dekningsgrad på poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern. Dekningsraten med hensyn på poliklinisk rusbehandling er lav, selv når rusrelatert virksomhet i psykisk helsevern inkluderes.

Samlet viser denne oversikten at andel pasienter med rusdiagnose (ROP I) i psykisk helsevern er på ti prosent i helseregion Vest og åtte prosent i helseregion Midt-Norge. Videre er andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser høyest i Helseregion Vest og lavest i Helseregion Midt-Norge og Helseregion Nord. Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser blant pasienter med rusmiddelproblematikk er høyest i Helseregion Sør-Øst og lavest i Helseregion Midt-Norge. Dette tyder på at arbeidsdelingen mellom tjenesteområdene fungerer bedre i Sør-Øst sammenlignet med de øvrige regionene.

5.5 Pasienter som mottar behandling ved ruspoliklinikk/rusteam

Rusteam/ruspoliklinikker som er organisert innen psykisk helsevern, har også rapportert sine pasienter i denne kartleggingen. Ved utfylling av pasientskjema anga utfyller hvilken type behandlingssenheter pasienten mottok behandling ved. De ulike enheter som man kunne velge imellom var *psykiatrisk poliklinikk*, *ruspoliklinikk/rusteam*, *ambulant team/oppsøkende virksomhet*, *dagenhet* og *døgnet*.

Totalt er det sju prosent av de polikliniske pasientene som har fått behandlingstilbud ved rusteam/ruspoliklinikker i psykisk helsevern. Dette samsvarer bra med estimatet på 8 prosent basert på konsultasjoner i løpet av aktivitetsåret 2007 (Lilleeng (red) 2008)).

PASIENTKJENNETEGN

I dette avsnittet blir pasientsammensetningen ved rusteamene sammenlignet med de psykiatriske poliklinikkene og de ambulante team. Formålet med denne sammenligningen er å få mer innsikt i hva som kjennetegner pasientene som teamene behandler og på denne måten gi grunnlag for en bedre differensiering og dimensjonering av behandlingstilbudet og avgrensningen mot tjenesteområdet rus.

³ Dekningsrate med hensyn på poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern for voksne, er her antall konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne per innbygger som er 18 år og eldre.

Tabell 5.5 Pasientkjennetegn. Pasienter behandlet ved psykiatrisk poliklinikk, ruspoliklinikk/rusteam eller ambulant team. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.

Variabel	Kategori	Psykiatrisk poliklinikk	Ruspoliklinikk/rusteam	Ambulant team
Kjønn	Mann	36	58	49
Alder	18-29 år	31	51	26
	50 år og eldre	21	13	29
Sivilstatus	Ugift	53	62	43
	Gift/samboende	41	24	21
	Separert/skilt	14	12	15
Formalitet ved behandlingsstart	Tvungent psykisk helsevern	3	1	12
Høyeste utdanning	Grunnskole	32	50	49
	Videregående skole	39	35	34
	Universitet/høyskole ¹	20	9	11
Bosituasjon	Alene	43	52	65
Hovedinntektskilde	Egen inntekt	30	30	14
	Arbeidslivstilknytning ²	56	59	28
	Uføretrygd	21	11	51
	Sosialstønad	3	12	4
Hoveddiagnose	SMI ³	19	5	45
Rus og psykiatri	ROP I ⁴	4	72	11
	ROP II ⁵	12	12	17
Antall pasienter (N)		18 757	1 474	2 281

1) Fullført universitet/høyskoleutdanning

2) Egen inntekt, arbeidsledighetstrygd og syke- /rehabiliteringspenger

3) Alvorlig psykisk lidelse (se kap 2.3)

4) Pasienter med rusdiagnose ICD10: F10-F19, som hoved- og/eller bidiagnose har fått betegnelsen ROP I

5) Pasienter med rusmiddelmissbruk uten samtidig ruslidelse, har fått betegnelsen ROP II

Pasientene som får behandling ved rusteamene er kjennetegnet ved at det er overvekt av menn, halvparten er 30 år eller yngre, mange går på sosialstønad og i mindre grad på uføretrygd sammenlignet med pasientene ved poliklinikkene. Totalt 72 prosent har en rusdiagnose og svært få har en alvorlig psykisk lidelse.

Pasienter som får behandling ved ambulante team er i betydelig grad underlagt tvungent psykisk helsevern når behandlingsepisoden starter, de bor alene, er i stor grad uføretrygdet, nesten halvparten har alvorlige psykiske lidelser og mange har et rusmiddelmissbruk.

HENVENDENDE INSTANS

I dette avsnittet vil vi se på hvem det er som tar kontakt med rusteamene sammenlignet med de ambulante teamene og poliklinikkene for øvrig. Henvendende instans forteller hvem

som etterspør disse tjenestene på vegne av pasienten og hvor pasienten har fått behandling tidligere.

Tabell 5.6 Henvendende instans ved første kontakt. Pasienter behandlet ved psykiatrisk poliklinikk, ruspoliklinikk/rusteam eller ambulant team. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.

Kategori	Henvendende instans (utvalgte instanser)	Psyk poliklinikk	Ruspoliklinikk/rusteam	Ambulant team
PHV	Døgnavdeling psykisk helsevern	13	7	29
	Psykiatrisk poliklinikk	8	7	12
	BUP poliklinikk	1	1	1
Psykisk helsevern samlet		26	16	45
RUS	Ruspoliklinikk/rusteam	0	2	1
	Rusavdeling/tiltak	0	4	1
RUS samlet		1	5	1
Eksterne instanser	Pasienten selv	3	4	12
	Familie/pårørende	1	2	4
	Fastlege/allmennlege	71	65	34
	Helse- og sosialtjenesten	1	11	5
	Fengsel/politietat/KIF	0	2	1
	NAV	0	1	0
	Somatisk institusjon	2	1	3
Eksterne instanser samlet		76	81	57
Antall pasienter (N)		18 757	1 474	2 281
Mangler informasjon om henvendende instans (n)		381	37	55

Fastlegen står for over 70 prosent (inklusive pasienten selv og familie pårørende) av henvisningene til rusteam/ruspoliklinikker, og 11 prosent av henvisningene kommer fra helse- og sosialtjenesten. Dette er henvisninger til polikliniske rusbehandling og det vil være naturlig å definere dette som oppgaver innen tjenesteområdet rus. Fem prosent av pasientene er henvist fra en rusavdeling/ruspoliklinikk og er sannsynligvis en viderehenvisning av ruspasienter til psykisk helsevern. Dette er et eksempel samarbeid om ruspasientene på tvers av tjenesteområdene.

Døgnavdelingen og psykiatrisk poliklinikk henviser pasientene til ambulante team og samlet sett står henvisning fra andre enheter innen psykisk helsevern for 45 prosent av alle henvisningene til de ambulante team. Eksterne instanser står for over halvparten av henvisningene til de ambulante teamene. Fastlegen er sentral som henvisende instans blant de eksterne instansene, men pasienten selv synes å være mer delaktig i forhold til henvendelsen til ambulante team sammenlignet med henvendelsen til rusteam/ruspoliklinikk og de psykiatriske poliklinikkene.

TIDLIGERE/ANNEN BEHANDLING FOR PSYKISK LIDELSE/RUSLIDELSE

Vi vil i dette avsnittet se på tidligere behandling som pasienten har mottatt for sin psykiske lidelse eller ruslidelse. Spesielt er vi her opptatt av om pasientens tidligere behandling kan sannsynliggjøre hvorvidt det er snakk en viderehenvisning fra tjenesteområdet rus til psykisk helsevern eller vice versa.

Tabell 5.7 Tidligere/annen behandling for psykisk lidelse/ruslidelse i løpet av det siste året/siste fem år. Andel pasienter i prosent. Pasienter behandlet ved psykiatrisk poliklinikk, ruspoliklinikk/rusteam eller ambulant team. Pasienttellingen 2008.

	Psykiatrisk poliklinikk		Ruspoliklinikk/ rusteam		Ambulant team	
	Siste år	Siste fem år	Siste år	Siste fem år	Siste år	Siste fem år
Primærhelsetjenesten	48	43	46	41	53	45
Psykiatrisk poliklinikk	62	52	38	40	52	48
Privatpraktiserende psykiater	1	3	1	2	2	3
Privatpraktiserende psykolog	3	6	2	5	2	4
Innleggelse i psykisk helsevern for voksne	18	24	16	18	38	50
Psykisk helsevern for barn og unge	1	6	2	7	1	6
Dømt til psykisk helsevern	0	1	0	1	1	2
Annen behandling psykisk helsevern	3	3	3	5	10	7
Rusavdeling/rustiltak i spesialisthelsetj.	2	4	38	36	4	5
Kommunal rusomsorg/psykisk helsearbeid	6	5	17	13	17	13
Familiekontor	2	2	1	1	1	1
Ingen tidligere behandling	11	12	11	11	7	8
Vet ikke	1	1	1	2	2	2
Annet	2	2	2	3	2	2
Antall pasienter (N)	18 757	18 757	1 474	1 474	2 281	2 281
Mangler informasjon (n)	4 246	5 658	293	418	436	548

Når vi ser på tidligere behandling blant pasienter ved rusteam/ ruspoliklinikker, har nesten 40 prosent vært innlagt ved et rustiltak det siste året. Dette kan være pasienter som er henvisning til psykisk helsevern med behov for oppfølging av psykiske lidelser. Det kan også være et uttrykk for etterspørsel etter poliklinisk rusbehandling.

Nesten 40 prosent av pasientene ved rusteam/ruspoliklinikk har hatt et behandlingstilbud ved psykiatrisk poliklinikk det siste året. Denne gruppen har eller har hatt et behandlingstilbud i psykisk helsevern og man kunne tenke seg at disse pasientene har fått igangsatt en behandlingsserie ved rusteamet/ruspoliklinikken fordi de betraktes som tjenesteområdet rus sitt ansvarsområde.

En sjettedel av pasientene ved rusteam/ruspoliklinikkene har hatt døgnopphold i psykisk helsevern det siste året. I og med at det var behov for innleggelse ved behandling av den psykiske lidelsen, er det grunn til å tro at pasienten også fremover trenger oppfølging av psykisk helsevern og ikke kan betraktes som tjenesteområdet rus sitt ansvarsområde.

FAKTISKE BEHANDLINGSTILTAK

Behandlingstiltak som er tilbudt pasientene ved poliklinikkene, ruspoliklinikkene/rusteamene og de ambulante team er presentert i tabell 5.8.

Tabell 5.8 Faktiske behandlingstiltak. Pasienter behandlet ved psykiatrisk poliklinikk, ruspoliklinikk/rusteam eller ambulant team. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.

	Psyk poliklinikk	Ruspoliklinikk/rusteam	Ambulant team
Nevropsykologisk test	6	6	8
Behandling med medikamenter	53	32	68
Samtaleterapi med en behandler	87	93	76
Gruppebehandling	15	8	8
Samtaleterapi der pasientens nærmeste deltar	9	9	15
Treningsopplegg/mestringstrening	8	7	17
Arbeidstrening	4	8	11
Behandlingsopplegg for rusproblem	2	40	4
Antall pasienter (N)	18 757	1 474	2 281
Mangler informasjon om behandlingstiltak (n)	1 013	82	272

Det er ulik vinkling i behandlingstilbudet ved de tre typene poliklinisk drift. Samtaleterapi og behandlingsopplegg for rusproblem er de dominerende behandlingstiltakene ved rusteamene. Samtaleterapi med gruppe/familie brukes sjeldnere ved rusteam sammenlignet med poliklinikkene og de ambulante team.

Pasienter ved ambulante team behandles i større grad med medisiner og pasientene er i større grad inne i etablerte treningsopplegg/mestringstrening og arbeidstrening.

5.6 Oppsummering

Forekomst av ruslidelse eller middels/stort rusmiddelmissbruk brukes for å identifisere rusmiddelproblematikk blant pasientene. Rusmiddelprofiler avdekker at ulike rusmidler er typisk brukt av pasienter med ruslidelse, stort eller middels rusmiddelmissbruk. Alkohol er det mest brukte rusmidlet for alle tre kategoriene, men omfanget minst hos de med ruslidelser og størst hos pasienter med middels rusmiddelmissbruk. Cannabis er nummer to som det mest brukte rusmidlet og andelen er størst for pasienter med ruslidelser og avtar med alvorlighetsgraden i rusmiddelmissbruk. Som det nest mest brukte rusmiddel er alkohol, cannabis og amfetaminer like vanlig hos pasienter med ruslidelser. Mens alkohol er like mye brukt for alle tre pasientgruppene, øker bruken av cannabis med redusert rusmiddelmissbruk, mens amfetaminbruken avtar med redusert rusmiddelmissbruk. Benzodiazepiner, som regel foreskrevet av lege, er rusmiddel nummer to for en fjerdedel av pasientene med rusmiddelproblematikk.

Poliklinisk virksomhet knyttet til ruspasienter vil være organisert i psykisk helsevern når helseforetaket ikke har egne rusavdelinger eller når avdelingens målgruppe er pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk. Dersom rusavdelingene tar hånd om ruspasientene med lettere psykiske lidelser, vil følgelig ruspasientene i psykisk helsevern i overveiende grad ha alvorlige psykisk lidelser.

Omfanget av pasienter som har fått diagnostisert en ruslidelse utgjør ni prosent av alle pasientene ved poliklinikkene i 2008. Inkluderer vi i tillegg pasienter med et middels/stort rusmiddelmissbruk i forkant av behandlingsstart, øker andel pasienter med rusproblematikk til

22 prosent. I alt 18 prosent av disse har en alvorlig psykisk lidelse og andelen er høyest i helseregion Sør-Øst, mens den er lavest i Midt-Norge. Dette tyder på at arbeidsdelingen mellom tjenesteområdene synes å fungere bedre i Sør-Øst sammenlignet med de øvrige regionene. Med en uklar arbeidsdeling mellom tjenesteområdene blir særlig poliklinisk rusbehandling kamuflert som aktivitet i psykisk helsevern. Dette kan gå på bekostning av tilbudet til pasientene som psykisk helsevern primært har ansvar for og hindrer at behovet for poliklinisk rusbehandling synliggjøres både med hensyn på volum og reell ressursbruk.

Pasientene som får behandling ved rusteamene er kjennetegnet ved at det er overvekt av menn, halvparten er 30 år eller yngre, mange går på sosialstønad og i mindre grad på uføretrygd sammenlignet med pasientene ved poliklinikkene. Totalt 72 prosent har en rusdiagnose og svært få har en alvorlig psykisk lidelse.

Pasienter som får behandling ved ambulante team er i relativt stor grad underlagt tvungent psykisk helsevern når behandlingsepisoden starter, de bor alene, er i stor grad uføretrygdet, nesten halvparten har alvorlige psykiske lidelser og flere har et rusmiddelmisbruk sammenlignet med pasienter ved rusteam og poliklinikker.

Fastlegen står for over 70 prosent av henvisningene til rusteam/ruspoliklinikker. I alt elleve prosent av henvisningene kommer fra helse- og sosialtjenesten og dette er henvisninger til polikliniske rusbehandling og tilhører tjenesteområdet rus. Fem prosent er henvist fra en rusavdeling/ruspoliklinikk og er sannsynligvis en viderehenvisning av ruspasienter til psykisk helsevern. Døgnavdelingen og psykiatrisk poliklinikk er hyppige henvisere av pasienter til ambulante team og samlet sett står henvisninger fra andre enheter innen psykisk helsevern for 45 prosent av alle henvisningene til de ambulante team.

Når vi ser på tidligere behandling blant pasienter ved rusteam/ ruspoliklinikker, har nesten 40 prosent vært innlagt ved et rustiltak det siste året. Dette kan være pasienter som er henvist til psykisk helsevern med behov for oppfølging av psykiske lidelser. Det kan også være et uttrykk for behov for poliklinisk rusbehandling, som ikke tilbys innen tjenesteområdet rus.

Nesten 40 prosent av pasientene ved rusteam/ruspoliklinikker har hatt et behandlingstilbud ved psykiatrisk poliklinikk det siste året. Denne gruppen har eller har hatt et behandlingstilbud tilbud i psykisk helsevern og man kunne tenke seg at disse pasientene har fått igangsatt en behandlingsserie ved rusteamet/ruspoliklinikken fordi de betraktes som tjenesteområdet rus sitt ansvarsområde.

En sjettedel av pasientene ved rusteam/ruspoliklinikkene har hatt døgnopphold i psykisk helsevern det siste året. I og med at det var behov for innleggelse ved behandling av den psykiske lidelsen, er det grunn til å tro at pasienten også fremover trenger oppfølging av psykisk helsevern og ikke kan betraktes som tjenesteområdet rus sitt ansvarsområde.

Det er ulik vinkling i behandlingstilbudet ved de tre typene poliklinisk drift. Samtaleterapi med en behandler og behandlingssopplegg for rusproblem er de dominerende behandlingstiltakene ved rusteamene. Samtaleterapi med gruppe/familie, brukes sjeldnere ved rusteam sammenlignet med poliklinikkene og de ambulante team. Pasienter ved ambulante team behandles i større grad med medisiner og pasientene er i større grad inne i etablerte treningsopplegg/mestringstrening og arbeidstrening.

6 Kommunale tilbud

Solveig Osborg Ose, Ivar Pettersen, Jorid Kalseth og Solfrid Lilleeng

6.1 Innledning

Det har gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse skjedd en betydelig utbygging av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser og vansker i kommunene.

RESSURSSINNSATS

Årsverksinnsatsen i det kommunale psykiske helsearbeidet rapporteres å være over 12 000 årsverk ved utgangen av 2007 (Ose et al. 2009). Dette tilsvarer omtrent fire prosent av alle kommunale årsverk. 9 070 av disse årsverkene er innen tiltak og tjenester rettet mot voksne. Omtrent halvparten av alle årsverkene i det kommunale psykiske helsearbeidet var finansiert av statlige øremerkede midler i 2007 (ibid.).

VEKST I TJENESTENE

I 1999 mottok kommunene omtrent 500 millioner kroner i øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen. I 2008, dvs. siste år i Opptappingsplanperioden, har de øremerkede midlene økt til 3,4 milliarder kroner. Hvordan kommunene har disponert de øremerkede midlene er detaljert beskrevet i Kaspersen et al., 2008.

Brukerrater og dekningsgrader for de kommunale tjenestene rettet mot mennesker med psykiske lidelser og problemer har økt gjennom planperioden (Kalseth et al. 2008).

STORE FORSKJELLER MELLOM KOMMUNENE

Analyser av brukerrater og dekningsgrader viser at det er store forskjeller i tilbudet mellom kommunene, men at disse forskjellene i liten grad forklares ut fra kommunekaraktistika som inntekt, alderssammensetning mv (Kalseth et al. 2008).

I en ny analyse basert på rapporterte årsverk i kommunene, fremkommer det at variasjonen i relativ årsverksinnsats mellom kommunene til en viss grad er styrt av etterspørselsforhold og i mindre grad variasjon i inntekter og kostnader. En viktig indikator for hvor høy årsverksinnsatsen i de enkelte kommunene er, viser seg å være andel uføre med psykiske lidelser. I tillegg har arbeidsledigheten i noen tilfeller påvirkning på årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid, større lokal ledighet øker årsverksinnsatsen og andel egenfinansierte årsverk i psykisk helsearbeid - særlig innen tjenester rettet mot barn og unge (Ose et al. 2009).

MÅLENE I OPPTRAPPINGSPLANEN

Målene for det kommunale psykiske helsearbeidet er i Opptappingsplanen formulert som *økning* i årsverk. Målene innebærer en totalvekst på 4 770 årsverk. 3 710 av disse årsverkene skulle gå til tjenester til voksne. Ved utgangen av 2007 beregnes kommunene å ha

nådd 83 prosent av måltallet og anslag tyder på at målet omtrent nås ved utgangen av Opptrappingsplanperioden (Kaspersen et al. 2008). I tillegg kommer alle årsverkene kommunene finansierer med egne midler som ikke er målsatt.

Det er også målsatt at det skal komme 3 400 nye omsorgsboliger i Opptrappingsplanperioden. 86 prosent av de godkjente boligene var ferdigstilt ved utgangen av 2007 (Husbankens kvartalsrapport). Husbanken opplyser at i november 2008 gjenstår det omtrent 400 boliger for å nå målet. Av disse har 285 boliger fått utsatt ferdigstilling, mens 114 planlagte boliger ikke vil bli bygget grunnet omprosjektering etter godkjenning eller at prosjektet er annullert (Kaspersen et al. 2008). Dette betyr at ved utgangen av 2008 er nesten 90 prosent av de nye omsorgsboligene på plass.

SENTRALE KOMMUNALE TJENESTER TIL MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER OG PROBLEMER

De tjenestene og tiltakene i kommunene som omfatter flest voksne personer med psykiske lidelser og problemer er hjemmetjenester (10,6), dagsenter (3,9), arbeidstiltak (2,1), støttekontakt (2,1), boligtiltak (1,7) og voksenopplæring (0,5). Antall brukere per 1 000 innbyggere (brukerrater) fremkommer i parentes bak tiltaket og er beregnet i Kalseth et al. 2008. Dette er basert på anslag fra kommunene og det er derfor ikke mulig å se på ulike kombinasjoner av tiltak og tjenester som mottas av enkelte brukere. Da trenger vi informasjon på individnivå og dette er temaet i kapittel 6.5.

Årsverksstatistikken fra kommunenes rapportering for kommunale tiltak i psykisk helsearbeid i 2007 (IS-24/2008) viser at det er omtrent 40 prosent av disse årsverkene er knyttet til boliger men også mange årsverk settes inn på oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid og koordinering/faglig ledelse. Nesten ti prosent av årsverkene til voksne er knyttet til aktivitetssenter og/eller dagsenter, mens seks prosent av årsverkene er knyttet til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak.

UDEKKEDE BEHOV

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

I dette kapitlet ser vi videre på kommunale tilbud til pasientene som er i poliklinisk behandling. Vi setter denne informasjonen i sammenheng med de datakildene som er referert til over og grupperer de polikliniske pasientene etter hvilken kommune de er bosatt i. Vi er dermed ett steg nærmere en nødvendig kobling av analyser fra kommunalt psykisk helsearbeid og psykisk helsevern.

6.2 Datagrunnlag

I registreringen av pasienter ved poliklinikkene i psykisk helsevern er det i 2008 spurt om ulike kommunale tilbud som inkluderer de vanligste tilbudene til denne pasientgruppen. I spørreskjemaet blir det spurt om hvorvidt dette tilbudet er *Etablert*, om det er *Ideelt (ønsket)* og om det er *Pasientens ønske*.

I veiledningen er det beskrevet hvordan etablert, ideelt og pasientens ønske skal tolkes av utfyller. Det skal krysses av for "Etablert" dersom pasienten mottar tilbudet i registrerings-

perioden. "Ideelt" skal avkrysses for tilbud som etter behandlers vurdering er best for pasienten på registreringstidspunktet, uavhengig om dette tilbudet faktisk er tilgjengelig. Det er også med en egen kategori for "Pasientens ønske" som skal brukes for å oppgi pasientens faktiske ønske, uavhengig om dette faktisk er tilgjengelig og/eller realistisk.

En utfordring med denne type skjema er at vi ikke kan være sikre på hvordan vi skal tolke manglende avkryssning. Dersom utfyller ikke har krysset av for noen av disse tre alternativene, kan det bety at utfyller ikke har svart på spørsmålet og dermed reell missing (Alternativ 1). Dette gir et maksimums anslag på udekket behov i og med at man antar at minst ett de kommunale tilbud er relevante i en eller annen forstand for alle pasientene. Den andre måten å tolke manglende besvarelse på, er at det ikke er behov for tilbudet, verken sett fra behandlers eller pasientens side (Alternativ 2). I dette minimumsanslaget antas det at en betydelig andel av pasientene ikke har behov for kommunale tjenester i og med at det mangler avkryssning i registreringsskjemaet. Denne andelen ligger totalt sett på 60 prosent av alle de polikliniske pasientene og i regionene varierer det fra 59 prosent i Helseregion Sør-Øst og Vest, 60 prosent i Helseregion Midt-Norge til 64 prosent i Helseregion Nord.

Det riktige tallet ligger sannsynligvis et sted i mellom disse to ytterpunktene og vi presenterer et gjennomsnitt av Alternativ 1 og Alternativ 2 som denne registreringens anslag på omfanget av etablerte kommunale tilbud og udekket behov når det gjelder pasientpopulasjonen som mottar tilbud fra poliklinikkene.

I tillegg gir registreringsskjemaet informasjon om bostedskommune til hver pasient. Dette er svært verdifull informasjon som vi søker å utnytte ved å undersøke om det er sammenheng mellom hvilken kommune pasientene er bosatt i både gruppert etter kommunestørrelse, men også etter helseregion. I denne sammenhengen ser vi kun på pasienter der bostedskommune er oppgitt. Denne informasjonen mangler for i overkant av 1 000 pasienter, så vi står igjen med informasjon fra 23 729 pasienter. Det er sannsynlig at pasientene som utelates er relativt tilfeldig spredt mellom kommuner slik at resultatene i liten grad påvirkes av dette. Vi starter med dette i kapittel 6.3 og ser videre på faktisk etablerte kommunale tilbud og udekkede behov for pasientene i kapittel 6.4.

6.3 Variasjon i antall polikliniske pasienter bosatt i ulike kommuner

Det er vanskelig å gjøre anslag på etterspørselen etter kommunale tjenester for målgruppen "personer med psykiske lidelser og problemer" fordi det er vanskelig å identifisere personer med behov for tjenester dersom de ikke selv oppsøker tjenestene. Behovsanalysene som ligger bak fordelingsnøkklene presentert i inntektsfordelingsutvalget (NOU 2008:2) er basert på tidligere pasientregistreringer. Her er behovene beregnet ut fra merforbruk eller økt prevalens for risikogrupper som ugifte, uføre, sosialhjelpsmottakere og utdanningsnivå. I nye analyser av årsverksinnsats i psykisk helsearbeid har vi i tillegg til denne type forklaringsvariabler også inkludert andel av kontakter hos fastlegen som skyldes psykiske lidelser og problemer innenfor hver kommune som en indikator på etterspørselen eller behovet⁴ for kommunale tjenester (Ose et al. 2009).

Vi vil nå bruke antall personer som får behandling i psykiatriske poliklinikker i en gitt tidsperiode som et mål på behovet for kommunale tjenester for målgruppen.⁵ Vi antar dermed at personer i poliklinisk behandling innen psykisk helsevern har de samme behovene for kommunale tjenester uavhengig av hvor de er bosatt.⁶

⁴ Forskjellen mellom etterspørsel og behov er at behovsgruppen er alle med behov mens etterspørselen er de i behovsgruppen som faktisk etterspør eller ønsker tjenesten.

⁵ Her kunne vi sett på psykisk helsevern samlet, men ser i denne omgang kun på de polikliniske pasientene. Døgnpasientene utgjør ca. 25 prosent av pasientene i psykisk helsevern (Hagen og Lilleeng 2007).

⁶ Vi kunne valgt å se kun på de som har etablert tilbud (se neste avsnitt) eller de som har udekket behov men disse variablene kan være avhengig av tilgjengelighet av tilbud lokalt (endogenitetsproblemer).

Det begynner etter hvert å bli en del data tilgjengelig både gjennom pågående og tidligere prosjekt. Helsedirektoratet har i samarbeid med Fylkesmannen og SINTEF gjennomført datainnsamling på total årsverksinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene.⁷ Vi vil derfor sette noe av denne informasjonen i sammenheng med antall polikliniske pasienter i ulike grupperinger av kommunene – størrelse og region. Disse enkle sammenstillingene av informasjonen kan legge grunnlaget for viktige diskusjoner om sammenhengene mellom psykiske helsevern og psykisk helsearbeid.

PASIENTER SOM MOTTAR POLIKLINISK BEHANDLING GRUPPERT ETTER BOSTEDSKOMMUNE

I tabell 6.1 har vi sammenstilt noen viktige datakilder og gruppert kommunene etter størrelse. Første kolonne viser antall kommuner i hver kommunegruppe. Antall polikliniske pasienter øker naturlig nok med kommunestørrelse (kolonne d), men også når vi tar hensyn til kommunestørrelse (kolonne c)⁸. De minste kommunene har i gjennomsnitt (veid) under fire pasienter per 1 000 innbygger, mens de største kommunene har rundt seks pasienter per 1 000 innbyggere i gjennomsnitt. Om dette er et mål på behovene til befolkningen for kommunale tjenester innen psykisk helsearbeid, vil det være naturlig om de store kommunene har en relativt større årsverksinnsats i psykisk helsearbeid enn små kommuner. Som vist i kolonne f, ser vi at mønsteret er helt motsatt – små kommuner har større årsverksinnsats per innbygger enn store kommuner. Dette betyr at årsverk per pasient reduseres med kommunestørrelse (kolonne g).

I tillegg har vi sett på pasienttyngden blant pasienter bosatt i de ulike kommunegruppene. Vi har sett på hvor stor andel av de polikliniske pasientene som har alvorlige psykiske lidelser, (kolonne d i tabell 6.1). Det er generelt slik at andel pasienter som har alvorlige psykiske lidelser øker med kommunestørrelse.⁹ Dette kan både være en indikasjon på lavere prevalens av alvorlige psykiske lidelser i små kommuner enn i store kommuner¹⁰, men det kan også være slik at mennesker med alvorlige psykiske lidelser i større grad får kommunale tilbud i små kommuner som følge av redusert tilgjengelighet av polikliniske tjenester.

⁷ Tidligere har vi kun hatt informasjon om årsverk finansiert av øremerkede midler, men nå har vi informasjon om årsverksinnsats totalt uavhengig av finansiering.

⁸ Merk at vi definerer forbruket per innbygger i kommunegruppene og ikke per voksne innbygger. Variasjoner i andel innbyggere 18 år og eldre mellom kommunegruppene vil påvirke resultatene.

⁹ Det er ikke grunn til å tro at diagnostisering varierer systematisk etter størrelse på bostedskommunen til pasientene. At det kan være ulik praksis i diagnosesetting mellom ulike helseforetak eller poliklinikker kan ikke utelukkes.

¹⁰ Dette kan for eksempel skyldes at personer som får psykiske vansker flytter til større kommuner for å få bedre behandling.

Tabell 6.1 Antall pasienter, antall årsverk i psykisk helsearbeid, andel med alvorlige psykiske lidelser og befolkning, kommunegruppe, 2007/2008.

	N	Antall polikl. pasienter	Antall årsverk i tjenester til voksne i kommunene*	Pasienter per 1000 innb.	Andel pasienter med SMI	Antall pasienter per 10000 innbygger med SMI	Årsverk per 1000 innb.	Årsverk i kommunene per pasient
		(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
under 1 000	27	74	49	3,7	14	4	2,4	0,7
1 000-1 999	68	381	337	3,9	19	6	3,4	0,9
2 000-2 999	67	687	443	4,2	17	6	2,7	0,6
3 000-4 999	75	1 152	706	3,9	15	5	2,4	0,6
5 000-9 999	91	2 845	1 299	4,4	16	6	2,0	0,5
10 000-19 999	55	3 612	1 422	4,6	16	6	1,8	0,4
20 000-34 999	27	3 593	1 249	5,2	20	9	1,8	0,3
35 000-59 999	12	2 888	1 048	5,3	23	11	1,9	0,4
60 000-109 999	5	2 013	717	5,3	23	10	1,9	0,4
110 000-250 000	3	2 982	793	5,7	26	13	1,5	0,3
Oslo	1	3 490	1 013	6,4	30	17	1,8	0,3
Totalt	431	23 717	9 075	5,1	21	9	1,9	0,4

* Informasjon innhentet gjennom Rapporteringsskjema 2: Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007 (Ose et al., 2009). Antar at veksten har vært jevn fra 2007 til 2008 slik at det kun er nivåforskjeller mellom tall fra pasientregistreringen (2008) og Rapporteringsskjema 2 (2007).

I tabell 6.2 er vi hvordan pasienter og årsverk i psykisk helsearbeid er *fordelt* mellom kommunegruppene. I forhold til årsverksinnsatsen ser vi at kommuner med færre enn 10 000 innbyggere har høyere årsverksinnsats enn det befolkningsandelene skulle tilsi (kolonne c). Vi ser at kommunene i gruppen 110 000-250 000 innbyggere har den laveste andel av årsverkene i psykisk helsearbeid relativt til andelen av befolkningen som bor i disse kommunene.

Tabell 6.2 Andel av befolkningen, andel av pasientene og andel av årsverkene, kommunegruppe, 2007/2008.

	Andel av befolkningen (a)	Andel av pasientene (b)	Relativ andel (b/a)	Andel av årsverkene (c)	Relativ andel (c/a)
under 1 000	0,4	0,3	74	0,5	126
1 000-1 999	2,1	1,6	77	3,7	178
2 000-2 999	3,5	2,9	82	4,9	138
3 000-4 999	6,3	4,9	77	7,8	123
5 000-9 999	13,7	12,0	88	14,3	105
10 000-19 999	16,7	15,2	91	15,7	94
20 000-34 999	14,7	15,1	103	13,8	94
35 000-59 999	11,6	12,2	105	11,5	100
60 000-109 999	8,1	8,5	104	7,9	97
110 000-250 000	11,2	12,6	113	8,7	78
Oslo	11,7	14,7	126	11,2	95
Totalt	100,0	100,0	100	100,0	100

Totalt gir tabell 6.1 og 6.2 at små kommuner har relativt større årsverksinnsats i det kommunale psykiske helsearbeidet, relativt færre i befolkningen som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern, og en relativt lavere andel med alvorlige psykiske lidelser.

PASIENTER SOM MOTTAR POLIKLINISK BEHANDLING GRUPPERT ETTER BOSTEDSREGION

Vi gjør den samme sammenstillingen av data region, dvs. grupperer pasientene etter hvilken region de er bosatt i. Dette tilsvarer pasienter i opptaksregionene i de ulike helseregionene. Tabell 6.3 viser at 172 av landets kommuner hører til opptaksområdet til helseregion Sør-Øst. I tabell 6.4 ser vi at dette tilsvarer 55 prosent av befolkningen i Norge, men regionen har 57 prosent av pasientene og 54 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid.

Fra tabell 6.3 ser vi at helseregion Vest har en større andel av pasientene med alvorlige psykiske lidelser enn de andre regionene (d). Hele 25 prosent av pasientene faller innenfor disse diagnosegruppene. Pasientene bosatt i helseregion Midt-Norge og Nord har lavest andel med alvorlige psykiske lidelser. Når vi ser på pasienter med alvorlige psykiske lidelser i forhold til innbyggertall heller enn som andel av pasientene (e), ser vi at det er relativt flere pasienter med alvorlige lidelser i region Sør-Øst enn i region Vest. Dette skyldes at bosatte i region Sør-Øst i større grad enn de som er bosatt i region Vest mottar poliklinisk behandling (jf. kolonne c i tabell 6.3).

Videre ser vi fra tabell 6.3 at årsverk i kommunene per innbygger gir lavest årsverksinnsats i Vest og Sør-Øst, og høyest i kommunene i region Midt-Norge og Nord. Årsverksinnsatsen per pasient varierer som vist i kolonne g.

Tabell 6.3 Antall pasienter, antall årsverk i psykisk helsearbeid, andel med alvorlige psykiske lidelser og befolkning, helseregion, 2007/2008.

Helseregion	N	Antall pasienter totalt	Antall årsverk i tjenester til voksne i kommunene	Pasienter per 1000 innbygger	Andel pasienter med SMI	Antall pasienter per 1 000 innbygger med SMI	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk i kommunene per pasient
		(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
Sør-Øst	172	13 469	4 912	5,2	22	1,01	1,9	0,36
Vest	85	4 200	1 778	4,3	25	0,93	1,8	0,42
Midt-Norge	86	3 660	1 428	5,6	17	0,78	2,2	0,39
Nord	88	2 388	958	5,2	18	0,76	2,1	0,40
Totalt	431	23 717	9 075	5,1	21	0,93	1,9	0,38

I tabell 6.4 ser vi at kommunene i region Vest har en lavere andel av pasientene enn andelen av befolkningen skulle tilsi, mens region Midt-Norge har "for mange" pasienter etter det befolkningsandelen skulle tilsi.

Tabell 6.4 Andel av befolkningen, andel av pasientene og andel av årsverkene i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern, helseregion, 2007/2008.

	Andel av befolkningen	Andel av pasientene	Relativ andel	Andel av årsverkene	Relativ andel	Behovs- indeks psykisk helsevern	Andel av årsverkene i psykisk helsevern	Relativ andel
	(a)	(b)	(b/a)	(c)	(c/a)	(d)	(e)	(e/a)
Sør-Øst	55	57	102	54	98	103,2	57	103
Vest	21	18	86	20	95	95,3	20	96
Midt-Norge	14	15	110	16	112	94,9	12	87
Nord	10	10	102	11	107	99,2	11	112
Totalt	100	100	100	100	100		100	100

I tabell 6.4 ser vi også at kommunene i region Vest har en lavere andel av årsverkene i psykisk helsearbeid i forhold til befolkningsandelen i regionen (som også vist i kolonne f i tabell 6.3). I kolonne d vises beregnede behovsindekser fra utvalget som har foreslått fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (NOU 2008:2). Region Sør-Øst beregnes å

ha høyest behov og da altså 3,2 prosent høyere enn landsgjennomsnittet. Dette skyldes i hovedsak at regionen ligger over landsgjennomsnittet for sosiale kriterier som forventes å påvirke behovet for behandling i spesialisthelsetjenesten.

Region Vest og Midt-Norge beregnes å ha behov som ligger omtrent fem prosent under landsgjennomsnittet, mens region Nord ligger nært landsgjennomsnittet.¹¹

Dette kan også ses i sammenheng med årsverksinnsatsen i psykisk helsevern. For eksempel har region Nord og Midt-Norge en lavere andel av private avtalespesialister enn befolkningsandelen skulle tilsi, mens Sør-Øst og Vest har relativt flere enn befolkningsandelen skulle tilsi (ikke vist i tabell). Innenfor personell i poliklinisk behandling er forholdet omvendt. Helse Nord og Midt-Norge har flere enn befolkningsandelen skulle tilsi, mens Sør-Øst og Vest har færre sett i forhold til befolkningsandelene. Dersom vi ser hele psykisk helsevern under ett (totalt 16 700 årsverk, fordelt som i kolonne e i tabell 6.4), finner vi at årsverkene fordeler seg relativt likt som befolkningen fordeles på ulike helseregioner. Siste kolonne i tabell 6.4 viser at Helse Midt-Norge har en noe lavere andel av årsverkene enn befolkningen skulle tilsi (relativ andel 0,9) mens Helse Nord har noen flere (relativ andel 1,1). Helse Sør-Øst og Vest kommer ut med en relativ andel på 1.

Totalt gir tabell 6.3 og tabell 6.4 at helse Vest har lavest antall pasienter per innbygger og Midt-Norge har den høyeste andelen. Helse Vest har størst andel av pasientene med alvorlige psykiske lidelser. Dette kan bety at terskelen for å få behandling i psykiatrisk poliklinikk her er høyere for innbyggere bosatt i kommuner i region Vest, men det kan også bety at det er en lavere andel av befolkningen som har psykiske lidelser. Det er relativt liten variasjon mellom regionene i årsverksinnsatsen i kommunenes psykiske helsearbeid relativt til antall pasienter.

6.4 Etablert og udekket behov i 2008

I dette kapitlet ser vi på faktisk etablerte kommunale tjenester og tiltak for pasientene som mottar poliklinisk behandling og udekkede behov de måtte ha for kommunale tjenester.

Etablert tilbud betyr at pasienten mottar tilbudet i registreringsperioden. Vi kan ikke si noe om kvaliteten eller omfanget av tjenesten.

Udekket behov betyr at pasienten ikke mottar tilbudet men at behandler mener tilbudet er til det beste for pasienten på registreringstidspunktet.

I tabell 6.5 har vi beregnet prosentvis andel av pasientene som har etablert tilbudet og prosentvis andel som ikke har etablert tilbudet men som behandler på poliklinikken mener pasienten burde hatt (udekket behov). Vi kommenterer kun på gjennomsnittet (Gj.snitt) av Alternativ 1 og Alternativ 2. De to alternative beregningsmåtene er beskrevet i kapittel 6.2.

¹¹ Behovsindeksen inneholder også alderskriterier (omtrent 55 prosent av vekten) men det er små forskjeller i alderssammensetningen mellom regioner.

Tabell 6.5 Andeler av pasientene med etablert og udekkede behov for kommunale tjenester og tiltak. Landet. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

	Etablert			Udekket behov		
	Alt. 1 ¹	Alt. 2 ²	Gj.snitt ³	Alt. 1 ¹	Alt. 2 ²	Gj.snitt ³
Kommunalt sykehjem/servicesenter	2	1	2	0	<1	0
Omsorgsbolig med døgnbemanning	6	2	4	4	1	2
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	4	2	3	3	1	2
Omsorgsbolig uten tilsyn	1	1	1	0	<1	0
Egen bolig med tilsyn	5	2	4	4	2	3
Egen bolig	29	12	21	5	2	3
Hjemmetjenester	20	8	14	6	2	4
Kommunalt dagtilbud/dagsenter	13	5	9	11	4	8
Støttekontakt for voksne	8	3	6	13	5	9
Arbeid i kommunal regi	4	2	3	7	3	5
Arbeid i NAV regi	13	5	9	15	6	10

1) Alternativ 1: Antar at pasienter uten avkrysning på etablert, ideelt eller ønsket kommunalt tilbud er reelle missing; dvs. at man kunne forvente at de hadde minst en avkrysning blant disse alternativene dersom de hadde fylt ut. Dette alternativet blir dermed et maksimumsanslag på etablert og udekket behov.

2) Alternativ 2: Antar at pasienter uten avkrysning på etablert, ideelt eller ønsket kommunalt tilbud betyr at de faktisk ikke har behov for disse tilbudene. Dette alternativet blir dermed et minimumsanslag på etablert og udekket behov.

3) Gjennomsnitt=(Alternativ 1+ Alternativ 2)/2.

Som resultatene viser er det relativt store avvik mellom de to alternative beregningsmåtene. Dette betyr intervallet blir stort og dermed mer usikkerhet knyttet til beregningene. Alternativ 1 utgjør et maksimumsanslag for hvor stor andel av pasientene som har tilbudet etablert i registreringsperioden mens Alternativ 2 gir minimumsanslaget. Det samme intervallet beregnes for udekkede behov men her er forskjellene mindre i absolutt tall, med unntak av de tre siste tjenestene.¹²

Bolig og hjemmetjenester er de største kommunale tiltakene for pasientene. åtte prosent av pasientene har etablert en eller annen form for omsorgsbolig, mens fjorten prosent av pasientene mottar hjemmetjenester på registreringstidspunktet. Omtrent ni prosent av pasientene mottar dagtilbud fra kommunen mens seks prosent av pasientene har støttekontakt. Tre prosent av pasientene beregnes å være mottakere av arbeidstiltak i kommunal regi, mens ni prosent får arbeidstiltak i NAV regi. Kun to prosent av pasientene bor på sykehjem eller servicesenter.

De udekkede behovene er størst for arbeidstiltak, støttekontakter og dagtilbud. Dette er de samme resultatene vi fant for døgnpasienter i psykisk helsevern (se kapittel 7 i Lilleeng et al. 2009). To prosent av pasientene har udekkede behov for omsorgsbolig med døgnbemanning og omtrent like mange har behov for omsorgsbolig med tilsyn på dagtid uten å ha tilbudet etablert.

¹² Avviket mellom Alt 1 og Alt 2 vil tilsvare 60 prosent av verdien for Alt 1 (= andel missing) for alle tjenestene.

6.5 Kombinasjoner av tilbud i 2008

I tabell 6.6 er kombinasjoner av kommunale tilbud presentert for pasienter som allerede har ett kommunalt tilbud. Det er en krysstabell med de samme tjenestene/tiltakene i venstre kolonne som i øverste rad. Kolonnen for hjemmetjenester viser for eksempel at 34 prosent av brukerne som mottar hjemmetjenester har egen bolig.

Tabell 6.6 Etablerte kommunale tjenester og tiltak. Kombinasjoner av tilbud og tiltak. Pasienttellingen 2008.

	Omsorgs - bolig	Egen bolig	Hjemme- tjenester	Kommunalt dagtilbud / dagsenter	Støtte- kontakt	Arbeid
Omsorgsbolig	100	1	14	18	24	7
Egen bolig	4	100	34	29	36	23
Hjemmetjenester	25	19	100	32	43	13
Komm. dagtilbud/dagsenter	21	11	21	100	28	9
Støttekontakt	17	8	17	17	100	8
Arbeid	11	12	12	13	19	100
Andel av pasientene som mottar tjenesten/tiltaket	8	25	14	9	6	12

Det er interessant å se hvilke andre tilbud som er etablert dersom ett tilbud er etablert. Generelt finnes det lite informasjon om kombinasjoner av tiltak som mottas av brukerne. Her ser vi at hver fjerde pasient som har omsorgsbolig også mottar hjemmetjenester, 17 prosent mottar støttekontakt og 11 prosent har etablert arbeidstiltak. Blant de som har egen bolig (med eller uten tilsyn) mottar 19 prosent hjemmetjenester, 11 prosent har dagtilbud og 8 prosent har støttekontakt. 12 prosent av de som har egen kommunal bolig deltar på arbeidstiltak.

Blant de fjorten prosent av pasientene som mottar hjemmetjenester har 34 prosent egen bolig og 14 prosent bor i omsorgsbolig. 21 prosent av de som mottar hjemmetjenester har også dagtilbud og 17 prosent har støttekontakt mens 12 prosent av pasientene som mottar hjemmetjenester også har arbeidstiltak i kommunal regi eller i NAV regi.

Blant de seks prosent av pasientene som mottar støttekontakt har 43 prosent også hjemmetjenester og 24 prosent har omsorgsbolig. 19 prosent av de som mottar støttekontakt har også etablert arbeidstiltak.

For de tolv prosent av pasientene som har arbeidstiltak i kommunal regi eller i regi av NAV (hver fjerde i kommunal regi), ser vi at 23 prosent bor i egen bolig og 13 prosent mottar hjemmetjenester. Ni prosent av disse har kommunalt dagtilbud og åtte prosent har samtidig støttekontakt.

6.6 Etablert og udekket behov i helseregionene

I tabell 6.7 har vi beregnet andel av pasientene med etablerte kommunale tjenester og udekkede behov for pasienter bosatt i ulike helseregionene. For å unngå for mange tabeller viser vi kun gjennomsnittet mellom beregningsalternativene beskrevet i kapittel 6.2. Dvs. samme som "Gj.snitt" variabelen brukt i kapittel 6.4.

Vi ser at pasienter i poliklinisk behandling bosatt i region Midt-Norge i større grad har etablert omsorgsbolig med døgnbemanning. I region Vest har de en større andel av pasientene omsorgsbolig med tilsyn på dagtid. Pasienter bosatt i region Sør-Øst har i mindre

grad egen bolig med tilsyn mens pasienter i region Vest i mindre grad har etablert egen bolig uten tilsyn.

Videre er det en lavere andel pasienter som mottar hjemmetjenester om de er bosatt i region Vest og Midt-Norge.

En noe større andel pasienter mottar dagtilbud i region Sør-Øst og region Nord, mens en større andel mottar støttekontakt i region Vest og Nord. Forskjellene er marginale.

I forhold til arbeidstiltak er det relativt lite variasjon i tiltak i regi av NAV, men større forskjeller i tiltak i kommunal regi. I region Sør-Øst får to prosent av pasientene arbeidstiltak i kommunal regi mens fem prosent får dette tiltaket i region Midt-Norge.

Tabell 6.7 Andeler av pasientene med etablert og udekkede behov for kommunale tjenester og tiltak. Region. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

	Etablert				Udekket behov			
	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord
Kommunalt sykehjem/servicesenter	1	2	2	1	<1	<1	<1	<1
Omsorgsbolig med døgnbemanning	4	4	5	4	2	2	2	3
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	2	5	2	2	2	2	2	2
Omsorgsbolig uten tilsyn	1	1	1	1	<1	<1	<1	<1
Egen bolig med tilsyn	3	5	5	5	3	4	3	3
Egen bolig	21	18	23	20	3	4	3	4
Hjemmetjenester	15	13	12	16	4	4	4	5
Kommunalt dagtilbud/dagsenter	9	8	8	9	8	6	6	8
Støttekontakt for voksne	5	6	5	6	9	9	8	10
Arbeid i kommunal regi	2	3	5	3	4	5	6	4
Arbeid i NAV regi	9	9	10	9	10	12	9	12

1) Gjennomsnitt=(Alternativ 1+ Alternativ 2)/2.

Generelt er det lite variasjon i udekkede behov mellom helseregionene. Det er en noe større andel pasienter som har udekkede behov for egen bolig i region Vest og delvis i region Nord.

En noe større andel pasienter har udekkede behov for hjemmetjenester i region Nord enn ellers i landet. Udekkede behov for dagtilbud er noe større i region Sør-Øst og Nord.

Det er lavest udekkede behov for støttekontakter i kommunene i Midt-Norge og høyest i Nord-Norge.

Videre er det størst udekkede behov for arbeid i kommunal regi i Midt-Norge og lavest i Sør-Øst og Nord. Selv om det er lite forskjeller i andel pasienter som har etablert arbeidstiltak i NAV regi mellom regionene ser vi at det er størst udekkede behov for pasienter bosatt i Vest og Nord og minst i Midt-Norge som altså har flere pasienter med etablert tilbud.

6.7 Diskusjon og oppsummering

Vi har i første del av kapitlet benyttet informasjon om bostedskommune til pasientene som mottar behandling i poliklinikkene. Vi har gruppert pasientene både etter hvilken størrelse det er på kommunen de bor i (11 kommunegrupper) og etter region. Vi har satt denne

informasjonen i sammenheng med årsverksinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene og andel av pasientene med alvorlige psykiske lidelser. Når vi har gruppert pasientene etter bostedsregion har vi i tillegg tatt med årsverksinnsats i psykisk helsevern og behovsindeksen vi beregnet i forbindelse med arbeidet med inntektsfordelingsmodellen til spesialisthelsetjenesten (Magnussen-utvalget).

Vi har presentert sammenstillinger av data som viser at store kommuner har flere pasienter i poliklinisk behandling enn små kommuner, og at de har en større andel pasienter med alvorlige psykiske problemer. Samtidig ser vi at antall årsverk innenfor psykisk helsearbeid er mindre i de store kommunene. Skyldes dette at ansvarsdelingen mellom poliklinikkene og psykisk helsearbeid er avhengig av kommunestørrelse? Kan geografiske variasjoner i tilgjengelighet til poliklinikk og/eller avtalespesialister forklare forskjellene? Kan den høye ressursinnsatsen i de minste kommunene forklare hvorfor brukerratene er relativt lave blant pasienter bosatt i små kommuner? Eller er småkommunene overkompensert i forhold til smådriftsulemper? Hvorfor har ikke kommunene med høye brukerrater for psykiatrisk poliklinikk også relativt høyt ressursbruk innenfor psykisk helsearbeid? Er det en større andel pasienter med lettere lidelser fra småkommuner fordi de har høyere terskel (pga gjennom-siktighet og stigmatisering) for å søke hjelp i kommunale tjenester og heller søker hjelp i poliklinikkene i psykisk helsevern?

En slik deskriptiv analyse kan ikke danne grunnlag for å trekke konklusjoner om kausale sammenhenger. Det kan være fristende å trekke konklusjoner basert på slike resultater, men hva som er utfall eller årsak til variasjonene er vanskelig å si. Det trengs mer sofistikerte analyser for å nærme oss en forståelse av sammenhengene mellom ressursbruk, etterspørsel og samordning mellom spesialisthelsetjeneste og psykisk helsearbeid i kommunen. De fleste utfall – ressursbruk eller brukerrater – kan drives av både tilbuds- og etterspørselseffekter. For å isolere effektene av en kanal må vi benytte oss av multivariate analyser med spesielt fokus på identifikasjon av etterspørsel eller tilbud.

Som skissert over er problemstillingene mange. Innsikt i sammenhengene er knyttet til samordning mellom ulike nivå på tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, kjennetegn ved kommunene og befolkningen. For eksempel kan relativt få pasienter fra små kommuner skyldes godt utbygde – også forebyggende – kommunale tjenester, manglende lokalt tilbud av polikliniske tjenester, sosiale forhold, migrasjon, fare for stigmatisering og lignende.

De udekkede behovene for kommunale tjenester blant pasienter som mottar poliklinisk behandling er størst for arbeidstiltak, støttekontakter og dagtilbud. Dette tyder på kommunene har fått til god dekning på bolig og hjemmetjenester men har et stykke å gå i forhold til utbygging og tilgang på aktiviteter for psykisk syke innbyggere. Dette stemmer med andre anslag som viser at dekningsgraden er lavest for voksenopplæring og arbeid.

7 Individuell plan

Solfrid Lilleeng

7.1 Innledning

Personer med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har siden 2001 hatt rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). IP skal utarbeides etter bestemmelser gitt i Kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, Specialisthelsetjenesteloven § 2-5, Psykisk helsevernloven § 4-1 og Sosialtjenesteloven § 4-3 a. Pasientene kan reservere seg dersom de ikke ønsker en slik plan. Planen er et verktøy utviklet bl.a. med tanke på å ivareta samhandling og kontinuitet slik at pasienten opplever å få et koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Koordinatorrollen er sentral i forhold til å få den individuelle planen utviklet etter hensikten fordi det er nødvendig at noen har hovedansvaret for å vedlikeholde planen og oppdatere den i henhold til pasientens tjenestebehov.

Fra sentrale helsemyndigheters hold har det vært fokusert mye på arbeidet med IP de siste årene, og omfattende veiledningsmateriale foreligger (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Formålet med utarbeidelsen av IP er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienten og å plassere ansvaret for oppfølgingen hos en av de involverte tjenesteyterne. Videre er formålet med en IP å kartlegge pasientens mål, ressurser og behov samt å vurdere koordinerte tiltak som dekker behovene. Bruken av IP skal også bidra til å styrke samhandlingen innen og på tvers av forvaltningsnivåene. Pasientens egen deltagelse i planarbeidet er viktig, slik at man sikrer at planen blir meningsfull for den enkelte tjenestemottaker. Det er til syvende og sist bare på individnivå man kan måle i hvilken grad man har lyktes med planprosessen og hvorvidt planen har bidratt til å dekke den enkelte pasients behov slik intensjonen var.

Ansvar for å etablere en IP ligger i tjenesteapparatet og den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket som pasienten henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med IP igangsettes. Forutsetningen er imidlertid at vedkommende har behov for langvarige og koordinerte tjenester (FOR 2004-12-23 nr. 1837).

7.2 Forekomsten av individuell plan

Spørsmålet om IP i denne registreringen er kun rettet mot poliklinikkene. Spørsmålet *Er en individuell plan utarbeidet/under utarbeidelse?* hadde seks svarkategorier *Ja, under utarbeidelse, Ja utarbeidet, Vet Ikke, Nei, Ikke aktuelt* og *Pasienten ønsker ikke*. De to første svarkategoriene er slått sammen fordi arbeidet med en IP er en prosess og en arbeidsmåte som skal være til hjelp for pasienten, og hvor det å ferdigstille en plan ikke er målet med oppgaven.

I tabell 7.1 er omfanget av IP blant menn og kvinner presentert.

Tabell 7.1 Forekomst av individuell plan. Andel pasienter i prosent. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

Individuell plan	Menn	Kvinner	Totalt
Ja	36	30	32
Nei	58	64	62
Vet ikke	6	6	6
Totalt	100	100	100
Ikke aktuelt	27	36	32
Pasienten ønsker ikke	7	6	6
Antall pasienter (N)	9 329	14 662	24 732
Mangler (n)	345	568	968

Omlag en tredjedel av pasientene, som er aktuelle i forhold til utarbeidelse av IP, har fått igangsatt arbeidet med en slik plan. Det er en større andel med utarbeidet IP blant menn sammenlignet med kvinner. En betydelig andel av pasientene ønsker ingen IP, og det er i større grad kvinner enn menn som reserverer seg.

Andel pasienter hvor IP ikke er aktuelt, utgjør seks prosent. Bare fire prosent av pasientene er uten svar på spørsmål om IP tyder på at oppmerksomheten og bruken av IP er relativt god.

KJENNETEGN VED PASIENTER SOM HAR EN INDIVIDUELL PLAN

Menn som har en IP er yngre sammenlignet med menn som ikke har en IP. Median alder er på 34 og 37 år for menn henholdsvis med og uten IP. For kvinner er det ingen forskjell. Pasienter med IP har hatt et behandlingsforløp med median varighet på over ett år når registreringen gjøres, mens pasienter uten IP har hatt kortere behandlingsserier; median hittil varighet er på under seks måneder. Når behandlerne har angitt at de ikke kjenner til hvorvidt en plan er under utarbeidelse for denne pasienten, dreier det seg om pasienter som nettopp har startet i poliklinisk behandling.

Ved utskrivning fra døgnavdeling skal en rekke forhold vedrørende det videre oppfølgingsarbeidet være avklart, og hvorvidt IP er etablert er ett av punktene. Pasienter som er henvist fra døgnavdelingen har ofte en IP utarbeidet. Hvorvidt pasienten har en IP avhenger av hvilken oppfølging pasienten får etter utskrivning; ved vanlig poliklinisk behandling er det om lag 55 prosent som har IP, ved dagbehandling er andelen på 66 prosent, men ved ambulant behandling er andel pasienter med IP på hele 80 prosent. Denne differensieringen etter type oppfølging er også et resultat av at disse pasientgruppene har ulike kjennetegn og behov (se kap 3.3). En slik prioritering etter poliklinisk behandlingsform finner vi også for pasienter som ikke er henvist fra en døgnavdeling. Blant disse er det 22 prosent av de poliklinisk behandlede pasientene som har IP og 51 prosent av pasientene som behandles ambulant som har en IP.

7.3 Individuell plan for de ulike diagnosegruppene

Tabell 7.2 viser forekomsten av individuell plan innen de ulike diagnosegruppene.

Tabell 7.2 Forekomst av individuell plan for utvalgte hoveddiagnosegrupper. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.

Hoveddiagnosegrupper	Har IP	Har ikke IP	Vet ikke	Totalt	Ikke aktuelt	Pasienten ønsker ikke	Antall pasienter (N)	Mangler informasjon (%)
Stoffrelaterte lidelser	38	55	8	100	17	7	1 260	2
Schizofrenier	71	24	6	100	12	14	2 961	2
Affektive lidelser	22	72	5	100	40	5	7 059	3
Nevrotiske lidelser	18	78	4	100	43	5	5 398	3
Personlighetsforstyrrelser	38	55	6	100	26	8	2 013	3
Atferdsforstyr fra barn/ungdom	30	65	5	100	28	6	1 046	3
Alle pasienter samlet	32	62	6	100	32	6	24 732	4

Blant de ulike hoveddiagnosegruppene er det pasienter med schizofrenier som i størst grad har fått utarbeidet en IP. Blant pasienter i denne diagnosegruppen er det mange pasienter som ikke ønsker en IP, men samtidig få pasienter hvor en slik plan er uaktuell. Det er åpenbart en utfordring i å klare å tilby denne pasientgruppen den oppfølging de bør ha og samtidig mobilisere pasientens egen medvirkning på en konstruktiv måte.

Blant pasienter med ruslidelse eller personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose, mangler omlag halvparten en IP. Blant pasienter som har affektive eller nevrotiske lidelser som hoveddiagnose og hvor IP er aktuelt, er det i stor grad utarbeidet en IP. For disse lidelsene er det imidlertid uaktuelt for hele 40 prosent av pasientene.

I tabell 7.3 viser bruken av koordinator for diagnosegruppene, etter hvorvidt en IP er etablert eller ikke.

Tabell 7.3 Andel pasienter (prosent) med koordinatører for det samlede tilbudet innen utvalgte hoveddiagnosegrupper. Pasienter med IP, pasienter som ikke har IP og pasienter som ikke ønsker IP. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

Hoveddiagnosegruppe	Pasienter med IP	Pasienter som ikke har IP	Pasienter som ikke ønsker IP eller som er uaktuelle
Stoffrelaterte lidelser	82	19	15
Schizofrenier	91	29	40
Affektive lidelser	81	12	17
Nevrotiske lidelser	75	12	17
Personlighetsforstyrrelser	81	15	23
Atferdsforstyr fra barn/ungdom	80	15	24
Alle pasientene samlet	84	14	20

Koordinator for pasientens samlede tilbud er i stor grad etablert for pasientene med IP. Totalt sett har 84 prosent av pasientene med IP en koordinator. Pasienter som ikke ønsker en IP eller hvor en IP er uaktuell, har koordinator i 20 prosent av tilfellene.

Over 60 prosent av pasientene har ingen IP (tabell 7.2). Av tabell 7.3 ser vi at 10 til 20 prosent av disse har koordinator.

Pasienter med schizofreni som hoveddiagnose og som har IP har en koordinator i 91 prosent av tilfellene. Pasienter uten en IP i den samme diagnosegruppen har en koordinator i om lag 30 prosent av tilfellene. Hele 40 prosent av pasientene som ikke ønsker IP eller som er uaktuelle, har en koordinator som ivaretar det samlede tjenestetilbudet.

For pasienter med personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser er det i en tredjedel av tilfellene uaktuelt å utarbeide en plan. Men nesten en fjerdedel av disse har en koordinator for det samlede tilbudet. For om lag 40 prosent av pasientene med affektive eller nevrotiske lidelser er det uaktuelt med en IP, og det er kun 17 prosent av disse som har koordinator. En stor gruppe pasienter med disse to lidelsene har altså verken IP eller koordinator.

7.4 Kommunalt tilbud til pasienter med individuell plan

I dette avsnittet er kommunalt tilbud for pasienter med og uten IP presentert. Tabell 7.4 viser estimerte andeler for hver av de kommunale tjenestene, samt anslag på udekket behov.

Tabell 7.4 Estimert andel pasienter (prosent) som har etablert og som har udekket behov innen de ulike kommunale bo- og omsorgstilbud. Pasienter med og uten individuell plan. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

	Med IP		Uten IP	
	Etablert ¹	Udekket behov ¹	Etablert ¹	Udekket behov ¹
Kommunalt sykehjem/servicesenter	2	0	1	0
Omsorgsbolig med døgnbemanning	11	6	1	1
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	7	3	1	1
Omsorgsbolig uten tilsyn	2	0	0	0
Egen bolig med tilsyn	8	5	2	3
Egen bolig	21	3	19	4
Hjemmetjenester	28	5	9	4
Kommunalt dagtilbud/dagsenter	17	10	6	8
Støttekontakt for voksne	13	14	2	8
Arbeid i kommunal regi	6	7	2	4
Arbeid i NAV regi	10	10	9	14
Antall pasienter (N)	4 685		9 016	
Andel pasienter uten opplysninger om etablert, ideelt eller ønsket kommunalt tilbud (%)	22		66	

1) Estimert andel er basert på gjennomsnittet av alternativ 1 og alternativ 2 (se kap 6).

Pasienter med IP har i større grad fått etablert kommunale tilbud sammenlignet med pasienter uten IP. Omsorgsbolig og kommunale dagtjenester er hyppigere etablert for pasienter med IP sammenlignet med pasientene uten IP. Arbeid i kommunal regi er etablert

for pasientene med IP, mens arbeid i NAV regi er etablert for begge gruppene. De største udekte behov er på arbeid i kommunal/NAV regi. Når det gjelder støttekontakter og kommunale dagtilbud er det betydelige udekte behov særlig for pasienter med IP.

For å få en oversikt over kombinasjoner av kommunale tilbud for pasienter med og uten IP er de hyppigst forekommende kombinasjoner av tilbud presentert i tabell 7.5. Poenget med tabellen er å presentere det relative *omfanget av ulike kombinasjoner av tilbud* og ikke andel pasienter totalt med denne kombinasjonen. Andelene angitt i tabell 7.5 tar dermed ikke hensyn til det omfang av pasienter som *ikke har behov* for kommunale tilbud og som er betydelig større blant pasienter uten IP sammenlignet med pasienter med IP. Fra tabell 7.4 her vi at 22 prosent av pasientene med IP mangler informasjon om kommunale tilbud, men dette gjelder hele 66 prosent av pasientene uten IP. Selv om disse tallene inkluderer manglende opplysninger om kommunale behov, gir de en viss indikasjon på det relative omfanget av pasienter uten kommunale behov.

Tabell 7.5 Andel av pasienter (prosent) etter de hyppigst forekommende kombinasjoner av kategorier av kommunale tilbud. Symbolet 0 betyr at instans fra denne kategorien ikke inngår og X betyr at instans fra denne kategorien inngår. Basert på pasienter med kommunale tilbud. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

Kombinasjoner av kommunale tilbud					Andel pasienter i prosent	
Egen bolig	Hjemmetjenester	Kommunalt dagtilbud/støttekontakt	Omsorgsbolig	Arbeid i kommunal regi/NAV regi	Pasienter med IP	Pasienter uten IP
X	0	0	0	0	16	39
0	0	0	0	X	7	18
0	X	0	0	0	11	12
0	0	X	0	0	9	8
0	0	0	X	0	12	3
X	X	0	0	0	6	3
X	0	X	0	0	4	2
X	X	X	0	0	5	1
X	0	0	0	X	4	3
0	X	X	0	0	4	2
0	X	0	X	0	2	1
0	X	X	X	0	3	0
0	0	X	X	0	4	1

Pasienter med IP mottar mange ulike kombinasjoner av kommunale tilbud, og dette medvirker til at oversikten i tabell 7.5 blir omfattende.

Pasienter *uten* IP mottar som regel kommunale tilbud enkeltvis; det vil si at det har enten egen bolig, arbeidstiltak, hjemmetjenester, kommunalt dagtilbud eller omsorgsbolig. Kun en femtedel av pasientene *uten* IP og med kommunale tilbud har mer enn ett tilbud basert på kategoriseringen i tabell 7.5.

Pasienter *med* IP, som har fått etablert kommunale tilbud, har i nesten halvparten av tilfellene mer enn en type kommunalt tilbud.

Mens om lag 40 prosent av pasienter *uten* IP og med kommunale tilbud har fått etablert *egen bolig* som det eneste kommunale tilbudet, er det kun 16 prosent av pasientene *med* IP som har egen bolig som det eneste kommunale tilbudet. Egen bolig er i utstrakt grad

etablert i kombinasjon med kommunalt dagtilbud og arbeid i kommunal/NAV regi for denne pasientgruppen.

Hjemmetjenester og kommunalt dagtilbud/støttekontakt tilbys ofte alene i begge pasientgrupper, men pasienter *med* IP får i tillegg disse tjenestene i kombinasjon med andre tjenester. Omsorgsbolig er vanligst for pasienter *med* IP og dette er det eneste tilbudet for halvparten av pasientene med omsorgsbolig.

7.5 Oppsummering

Formålet med utarbeidelsen av IP er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasientene og å plassere ansvaret for oppfølgingen hos en av de involverte tjenesteyterne. Videre er formålet med en IP å kartlegge pasientens mål, ressurser og behov samt å vurdere koordinerte tiltak som dekker behovene. Bruken av IP skal også bidra til å styrke samhandlingen innen og på tvers av forvaltningsnivåene. Sist, men ikke minst er pasientens egen deltagelse i planarbeidet viktig, slik at man sikrer at planen blir meningsfull for den enkelte tjenestemottaker. Det er til syvende og sist bare på individnivå man kan måle i hvilken grad man har lyktes med planprosessen og hvorvidt planen har bidratt til å dekke den enkelte pasients behov slik intensjonene var.

Omlag en tredjedel av de polikliniske pasientene som er aktuelle i forhold til utarbeidelse av IP, har fått igangsatt arbeidet med en slik plan. Det er en større andel med utarbeidet IP blant menn sammenlignet med kvinner.

Pasienter med IP har gjennomgående hatt lengre behandlingsforløp sammenlignet med pasienter uten IP. Pasienter som kommer fra et døgnopphold har oftere en IP utarbeidet sammenlignet med de øvrige pasientene. Pasienter i ambulant behandling har oftere IP sammenlignet med de øvrige polikliniske pasienter.

Blant hoveddiagnosegruppene er det pasienter med schizofrenier som i størst grad har fått utarbeidet en IP. I denne diagnosegruppen er det også mange pasienter som ikke ønsker en IP, men nesten halvparten har allikevel fått en koordinator for tilbudet. Det er få som ikke møter kriteriene for utarbeidelse av IP i denne pasientgruppen og det er åpenbart en utfordring i å klare å tilby denne pasientgruppen den oppfølging de bør ha og samtidig mobilisere pasientens deltagelse.

Blant pasienter med ruslidelse er koordinator etablert selv om ikke IP er utarbeidet. For pasienter med personlighetsforstyrrelser eller atferdsforstyrrelser er koordinator etablert for mange som ikke oppfyller kriteriet for utarbeidelse av IP. Dette tyder på en god oppfølging også av de lettere lidelsene.

Pasienter med affektive eller nevrotiske lidelser som hoveddiagnose mangler i stor grad IP, men de aller fleste har koordinator. Det er for øvrig ikke aktuelt med IP for over 40 prosent av pasientene i denne gruppen.

Pasienter med IP har i større grad fått etablert flere ulike kommunale tilbud sammenlignet med pasienter uten IP som hovedsakelig synes å ha fått etablert noen enkeltstående tilbud.

Omsorgsbolig og kommunale dagtjenester er hyppigere etablert for pasienter med IP sammenlignet med pasientene uten IP som primært har egen bolig som etablert kommunalt tilbud. Det er imidlertid en del udekkede behov på kommunale dagtilbud, støttekontakt og arbeid i NAV regi.

Pasienter med og uten IP er svært ulike når vi ser på etablerte og delvis også udekkede kommunale tilbud. Noe av forklaringen kan ligge i at etableringen av de kommunale tilbudene og kartlegging av behov for tilbud, kommer mer på plass etter hvert som arbeidet med planen kommer i gang.

8 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Ragnild Bremnes

8.1 Innledning

Tvangsbruken i Norge kan inndeles i tre hovedgrupper; tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Fra 1/1-2001 er det psykisk helsevernloven (Lov 2. juli 1999 nr. 62), revidert våren 2006 (Besl. O. nr. 69 2005-2006) som regulerer bruken av tvang i det psykiske helsevernet. Lovgrunnlaget og de prosedyrer og paragrafer denne omtaler forutsettes å være kjent. Lesere som ikke kjenner dette henvises til loven og forskriftene og andre kilder som forklarer disse (se for eksempel Bremnes et al, 2008).

Tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern kan etableres uten døgnopphold i institusjon dersom dette er det beste alternativet for pasienten, og dette kapitlet gjelder pasienter med vedtak av denne typen. Datagrunnlaget er pasientregistreringene i 2004 og i 2008 som identifiserer omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg (TUD) gjennom registrering av spesialistvedtak ved henholdsvis behandlingsstart og på registreringstidspunktet. Beskrivelsene som følger gjelder gruppen av polikliniske pasienter med vedtak om tvungent vern *på registreringstidspunktet*¹³.

Registreringen av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg er svært mangelfull i rapporteringen til Norsk Pasientregister (NPR), og man vet lite om denne tvangsformen og de pasientene denne type vedtak brukes i forhold til. Tidligere analyser av tellingsdata og annen tvangsstatistikk fremhever særlig tre forhold aktuelle for videre analyser:

- Bruk av tvang og fattigdomsproblematikk
- Behandlingstilbud og forløp for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg.
- De betydelige geografiske forskjellene i bruken av tvang

Kapitlet vil derfor fokusere spesielt på egenskaper ved pasienter under tvungent vern og på forskjeller i behandlingsforløp, behandlingstilbud og sosioøkonomiske faktorer mellom denne pasientgruppen og pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI)¹⁴ i frivillig behandling. Kapitlet ser også på omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold nasjonalt og i hver helseregion.

¹³ Når pasientgruppen defineres med utgangspunkt i status på registreringstidspunktet, unngår man å inkludere pasienter som har fått vedtaket om tvang omgjort til et vedtak om frivillig behandling. Dersom en slik omgjøring ligger langt tilbake i tid, kan man ikke lenger anta at egenskaper ved disse pasientene er representative for gruppen av pasienter under tvungent vern.

¹⁴ Alvorlige psykiske lidelser (SMI) er definert ved ICD10-kodene F20, F22-29, F30-F31 som hoveddiagnose - se kap 2.3.

8.2 Omfang

Tabell 8.1 viser andelen polikliniske pasienter med vedtak om tvunget psykisk helsevern ved behandlingsstart, på registreringstidspunktet og i løpet av siste år før registreringstidspunktet. Vedtaket kan bare endres fra tvang til frivillighet, og det vil derfor være flere vedtak om tvang ved behandlingsstart enn på registreringstidspunktet¹⁵. Tallene gjelder andel av pasienter i poliklinisk behandling i løpet av registreringsperiodene i henholdsvis 2004 og i 2008. Det presiseres at pasienter som var i et behandlingsforløp de aktuelle periodene, men som ikke møtte til behandling i poliklinikken i registreringsperioden, ikke inngår i utvalgene. Materialet er derfor ikke egnet til å si noe om hvor mange som til enhver tid er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Tabell 8.1 Vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg. Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne. Prosentandel. Pasienttellingen 2004 og 2008.

Spesialistvedtak	2004	2008
Tvungent psykisk helsevern ved behandlingsstart	3,3	4,3
Informasjon mangler (n)	652	1 610
Tvungent psykisk helsevern på registreringstidspunktet	2,0	2,6
Informasjon mangler (n)	699	2 292
Tvungent psykisk helsevern i løpet av siste år	2,3	3,1
Informasjon mangler (n)	697	2 272
Antall pasienter (N)	21 527	24 732

Sammenlignet med tall fra pasientregistreringen i 2004 var det både en høyere andel og et høyere antall pasienter under tvungent vern ved registreringen i 2008 enn i 2004. Denne utviklingen samsvarer med funn i Bremnes et al. (2008). I overkant av tre prosent av pasientene som var i behandling i registreringsperioden i 2008 var eller hadde vært under tvungent vern i løpet av det siste året før registreringen.

TILLEGGSKRITERIER

For at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres må pasienten, i tillegg til å ha en alvorlig sinnslidelse, også oppfylle behandlingskriteriet og/eller farekriteriet. For å oppfylle farekriteriet må pasienten utgjøre en fare for seg selv eller andre. Tabell 8.2 viser andelen av polikliniske pasienter under tvungent vern på registreringstidspunktet som oppfyller hvert av tilleggskriteriene.

¹⁵ Tall fra pasientregistreringen i 2004 kan avvike noe fra tidligere publisert materiale. Dette skyldes ny gjennomgang og kontroll av data; Et vedtak om frivillig behandling kan ikke omgjøres til et vedtak om tvungent psykisk helsevern uten at ny henvisning foreligger. Dersom det er registrert vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg på registreringstidspunktet, er derfor også vedtak ved behandlingsstart kodet til tvungent psykisk helsevern. Fra 1. januar 2007 kan pasienter unntaksvis overføres fra frivillighet til tvang. Koding av vedtak ved behandlingsstart er likevel kodet i henhold til vedtak på registreringstidspunktet, også for 2008-registreringen. Dette kan gi en liten overestimert av vedtak om tvungent psykisk helsevern ved behandlingsstart for 2008.

Tabell 8.2 Forekomst av de ulike tilleggskriteriene. Prosentandel av pasienter med vedtak om tvungent vern på registreringstidspunktet. Pasienttellingen 2004 og 2008.

Tilleggskriterium	Andel av pasienter med vedtak om TUD	
	2004	2008
Behandlingskriteriet	90	89
Farekriteriet	31	43
Overlastkriteriet ¹	16	0
Antall pasienter (N)	410	575
Tilleggskriterium ikke registrert (n)	32	33

1) Overlastkriteriet ble fjernet i 2001. Bruk av overlastkriteriet gjelder pasienter med behandling påbegynt innen 2001.

Oversikten viser at det fra 2004 til 2008 var en relativ økning i bruken av farekriteriet som begrunnelse for etablering av tvungent psykisk helsevern. Dette er samme utvikling som for vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Når farekriteriet benyttes viser registreringen i 2008 at dette oftest gjelder pasienter som anses å være *en fare for seg selv*. 17 prosent av pasientene, som på registreringstidspunktet var i tvungen behandling, var vurdert å være en *fare for andre* da vedtaket om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg ble fattet. For over halvparten av pasientene som er underlagt tvungent vern på registreringstidspunktet er behandlingskriteriet den eneste begrunnelsen, mens fare for eget/andres liv og helse er det eneste kriteriet for henholdsvis syv og to prosent av pasientene.

8.3 Pasientegenskaper

Pasientegenskaper ved pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg for pasientregistreringen i 2004 er beskrevet i rapport fra Helsetilsynet (2006). Beskrivelsen som følger gjelder derfor pasientegenskaper ved pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern ved registreringen for 2008 og sammenligner egenskaper for pasienter som var under tvungent psykisk vern på registreringstidspunktet med egenskaper ved pasienter i frivillig behandling. For gruppen av pasienter i frivillig behandling differensieres det mellom pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI) og pasienter med øvrige lidelser¹⁶.

Pasientegenskapene som beskrives er diagnose og rusmiddelmissbruk, kjønn og alder samt sivilstatus, inntekt og utdanning.

¹⁶ Ved differensiering mellom frivillig behandling og pasienter under tvungent vern ekskluderes pasienter med manglende registrering av spesialistvedtak på registreringstidspunktet (2 292 pasienter). Gruppen av frivillige pasienter reduseres ytterligere når det differensieres mellom SMI og øvrige lidelser. Dette skyldes at en slik differensiering også krever informasjon om hoveddiagnose. Frivillig innlagte pasienter med manglende registrering av hoveddiagnose ekskluderes derfor.

DIAGNOSE OG RUSMIDDELPROBLEMATIKK

Tabellene 8.3 og 8.4 gir en oversikt over diagnosefordeling og rusmiddelproblematikk for pasienter under henholdsvis tvungent vern og i frivillig behandling ved registreringen i 2008. Rusproblematikk identifiseres ved forekomst av rusdiagnose og/eller middels/stort rusmiddelmissbruk i tiden før behandlingsstart. Se også kapittel 2.3 for en beskrivelse av diagnosegruppene og definisjon av rusmiddelmissbruk.

Tabell 8.3 Diagnosegruppe for pasienter under henholdsvis tvungent vern og i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.

Hoveddiagnose	TUD	Frivillig
Organiske lidelser	1	1
Stoffrelaterte lidelser	1	6
Schizofrenier	84	12
Affektive lidelser	8	34
Nevrotiske lidelser	1	26
Fysiske atferdssyndromer	0	3
Personlighetsforstyrrelser	2	10
Annet (ICD 10 kapittel F)	2	8
Alvorlige psykiske lidelser (SMI)	90	20
Antall pasienter (N)	575	21 865
Hoveddiagnose ikke registrert (n)	10	760

Tabell 8.4 Ruslidelse/rusmiddelmissbruk for pasienter under tvungent vern og pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.

Rusmiddelproblematikk	TUD	Frivillig	
		SMI	Ikke SMI
Rusdiagnose	14	5	11
Rusmiddelmissbruk uten rusdiagnose	16	12	10
Verken rusdiagnose eller rusmiddelmissbruk	70	83	80
Antall pasienter (N)	575	3 718	15 226

Mer enn 80 prosent av pasientene med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg oppfyller de definerte kriterier for alvorlig psykisk lidelse (som beskrevet over). Som vist i tidligere beskrivelser av pasienter under tvungent vern, se for eksempel Helsetilsynet (2006) og Bremnes et al. (2008), gjelder dette i all hovedsak pasienter med schizofrenier. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var etablert for om lag hver sjettede polikliniske pasient i denne diagnosegruppen i registreringen for 2008.

Rusmiddelproblematikk er knyttet til en høyere andel pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg enn til pasienter i frivillig poliklinisk behandling. Dette som for døgnregistreringen for 2007, se Lilleeng et al. (2009). Videre var tre prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg LAR-pasient på registreringstidspunktet, mens dette bare gjelder én prosent av pasientene i frivillig behandling med alvorlig psykisk lidelse.

KJØNN OG ALDER

Pasientgruppens kjønns- og aldersfordeling er gjengitt i tabell 8.5.

Tabell 8.5 Kjønns- og aldersfordeling for pasienter under tvungent vern og pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.

		TUD	Frivillig	
			SMI	Ikke SMI
Kjønn	Menn	57	49	36
	Kvinner	43	51	64
	Kjønn ikke registrert (n)		16	102
Alder	29 år eller yngre	15	25	33
	30-39 år	27	27	26
	40-49 år	27	24	22
	50-59 år	21	15	12
	60-69 år	6	7	4
	70-79 år	2	2	2
	80 år og eldre	1	1	1
	Median alder (antall år)		42	39
Alder ikke registrert (n)		13	61	243
Antall pasienter (N)		575	3 718	15 226

Det er flere kvinner enn menn i poliklinisk behandling i det psykiske helsevernet for voksne, men registreringen for 2008 viser at kvinnedominansen spesielt gjelder pasienter uten alvorlig psykisk lidelse. Vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg gjelder flere menn enn kvinner. Pasienter under 30 år utgjør den største aldersgruppen i frivillig behandling, og andelen reduseres med økt alder. Pasienter under tvungent vern har høyere gjennomsnittsalder og domineres av pasienter i aldersgruppen 30-49 år. Kjønns- og aldersprofilene er de samme som for 2004-registreringen, jf. Helsetilsynet (2006).

SIVILSTATUS, INNTEKT OG UTDANNING

Tabell 8.6 viser sivilstatus, viktigste inntektskilde og høyeste fullførte utdanning for de tre pasientgruppene.

Tabell 8.6 Sivilstatus, viktigste inntektskilde siste år og høyeste fullførte utdanning for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.

		TUD	Frivillig	
			SMI	Ikke SMI
Sivilstatus	Ugift	72	56	43
	Gift/ registrert partner/ samboende	11	27	40
	Enke/ enkemann	2	2	3
	Separert/ skilt	15	15	14
	Sivilstatus ikke registrert (n)		19	87
Viktigste inntektskilde	Egen inntekt	3	16	30
	Sykepenger/ rehabiliteringspenger	10	18	28
	Uføretrygd	75	49	17
	Sosial stønad	3	2	4
	Alderspensjon	3	4	4
	Annet/ ingen inntekt	6	12	17
	Inntekt ikke registrert (n)		10	66
Utdanning	Universitet/ høyskole	16	27	27
	Videregående skole	32	36	39
	Grunnskole (7-9 årig)	47	35	32
	Ikke fullført grunnskole	5	2	2
	Utdanning ikke registrert (n)		44	169
Antall pasienter (N)		575	3 718	15 226

Registreringen for 2008 viser at det, som i forrige registrering, er sosioøkonomiske forskjeller mellom pasienter under tvungent vern og pasienter i frivillig behandling. Dette gjelder også hvis man utelukkende sammenligner med frivillig behandlede pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Det er relativt flere enslige i denne gruppen og utdanningsnivået er også lavere enn for pasienter i frivillig behandling. Tre av fire pasienter under tvungent vern er uføretrygdet mens dette gjelder mindre enn halvparten av frivillig behandlede polikliniske pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

8.4 Tjenestetilbud og behandlingsforløp

Rapporteringen av pasientdata til NPR er mangelfull. Fordi data heller ikke er personentydige vet man lite om det tjenestetilbudet pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold mottar, enten mens de er under tvungent vern eller før et slikt vedtak ble fattet. Pasientregistreringene er derfor et viktig bidrag for delvis å belyse problemstillinger av denne typen. Gjennomgangen som følger gjelder data fra pasientregistreringen i 2008. Tilsvarende gjennomgang for 2004 finnes i rapport fra Helsetilsynet (2006).

8.4.1 Henvisende instans og tidligere behandling

Generelt er det to mulige veier mot et vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold: Enten ved omgjøring av et vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern med døgnopphold til et vedtak uten døgnopphold hvorpå pasienten flytter til egen bolig, eller ved at pasienten forut for vedtaket bor i egen bolig og forblir boende etter vedtaket. Dersom tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold etableres uten et forutgående døgnopphold, må behandlende institusjon kjenne pasienten, og det må ikke være tvil knyttet til pasientens symptomer, diagnose og behandling.

Gjennomgang av pasientdata fra NPR for 2007 viste at mer enn halvparten av døgnoppholdene med vedtak om tvungent psykisk helsevern ble overført til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved utskrivning fra institusjon, og at i overkant av 60 prosent av vedtakene om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold gjaldt en overføring fra en døgninstitusjon, Bremnes et al (2008). Andelen henvist fra psykiatrisk døgnavdeling ved pasientregistreringen i 2004 var 74 prosent for pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg ved behandlingsstart, Helsetilsynet (2006). Tabell 8.7 gir en oversikt over henvisende instans i registreringen for 2008 mens tabell 8.8 gir en oversikt over behandlingstilbud pasientene har mottatt henholdsvis siste og fem siste år før registreringen.

Tabell 8.7 Henvisende instans for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.

Henvisende instans	TUD	Frivillig	
		SMI	Ikke SMI
Psykiatrisk døgnavdeling	70	38	9
Annen spesialisthelsetjeneste	11	18	16
Lege/ psykolog	13	38	71
Familie/ pasienten selv	4	5	3
Annet	2	2	2
Antall pasienter (N)	575	3 718	15 226
Henvisende instans ikke registrert (n)	17	89	244

Tabell 8.8 Tidligere behandling for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Siste år og siste fem år. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.

Tidligere behandling	TUD		Frivillig			
	Siste år	Siste fem år	SMI		Ikke SMI	
			Siste år	Siste fem år	Siste år	Siste fem år
Primærhelsetjenesten	53	60	52	58	42	45
Psykiatrisk poliklinikk	68	78	71	78	50	57
Privatpraktiserende psykiater/ psykolog	2	3	3	7	4	8
Psykiatrisk døgninstitusjon	66	87	38	60	13	20
Annen behandling i det psykiske helsevernet	18	23	7	12	4	8
Rustilbud i spesialisthelsetjenesten	3	5	3	4	4	6
Kommunal rusomsorg/ psykisk helsearbeid	20	21	14	14	6	6
Annet	1	2	2	3	3	5
Ingen tidligere behandling	1	1	3	2	14	9
Vet ikke	<1	<1	<1	<1	1	1
Antall pasienter (N)	575	575	3 718	3 718	15 226	15 226
Tidligere behandling ikke registrert (n)	65	13	653	98	3 498	1 067

Pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved registrering i 2008 var i overveiende grad henvist fra spesialisthelsetjenesten. Dette som ved tidligere registrering. I alt 87 prosent av disse pasientene hadde også vært innlagt i en psykiatrisk døgninstitusjon i løpet av de siste fem årene. Bare én prosent hadde ikke mottatt tidligere behandling.

8.4.2 Behandlingens varighet og gjennomførte behandlingstiltak

Tabell 8.9 viser behandlingens varighet for de tre pasientgruppene. Tabell 8.10 viser gjennomførte behandlingstiltak for pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og for pasienter i frivillig behandling.

Tabell 8.9 Behandlingens varighet (måneder) siden første kontakt for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling ved på registreringstidspunktet. Kvartiler. Pasienttellingen 2008.

		TUD	Frivillig	
			SMI	Ikke SMI
Varighet (mnd)	25. persentil (nedre kvartil)	3	5	2
	Median	11	15	7
	75. persentil (øvre kvartil)	27	34	17
	Varighet ikke registrert (n)	29	123	302
Antall pasienter (N)		575	3 718	15 226

Siden et vedtak om frivillig behandling ikke kan omgjøres til et vedtak om tvang uten at ny henvisning foreligger, må alle pasienter med vedtak om tvungent vern på registreringstidspunktet ha vært under tvungent vern hele behandlingssekvensen. Beregnet varighet for denne gruppen vil dermed reelt gi et bilde av varigheten av vedtaket. Et vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg opphører etter ett år dersom kontrollkommisjonen ikke samtykker i at vernet forlenges. Oppimot halvparten av pasientene som på registreringstidspunktet var under vedtak om tvungent vern hadde vært under slikt vern i mer enn ett år.

For alle pasienter hvor tvungent vern var etablert ved behandlingsstart, var median behandlingstid 16 måneder. Dette er, som for registreringen fra 2004, lengre enn for den samlede gruppen av pasienter i frivillig behandling. Behandlingstid for gruppen av frivillige behandlede pasienter *med alvorlig psykisk lidelse* var imidlertid tilnærmet lik behandlingstiden for pasienter som var eller hadde vært under tvungent vern.

Tabell 8.10 Gjennomførte behandlingstiltak for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.

Gjennomførte behandlingstiltak	TUD	Frivillig	
		SMI	Ikke SMI
Nevropsykologisk test	5	7	6
Behandling med medikamenter	93	83	48
ECT	1	2	1
Samtale med behandler	72	86	86
Gruppebehandling	7	12	17
Samtale med pårørende til stede	10	16	8
Treningsopplegg/mestringsopplegg	16	14	9
Arbeidstrening	7	9	5
Behandlingsopplegg, rus	4	3	6
Annet	5	3	4
Antall pasienter (N)	575	3 718	15 226
Behandlingstiltak ikke registrert (n)	30	116	678

Pasientregistreringen for 2008 viser at 93 prosent av pasientene under tvungent vern hadde vært behandlet med medikamenter. Dette er, som for registreringen i 2004, en høyere andel enn for de frivillig behandlede pasientene, også hvis man utelukkende bare sammenligner med frivillig behandlede pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Omfanget av samtale med behandler/gruppebehandling og samtale med pårørende til stede er mindre enn for pasienter i frivillig behandling. Dette representerer en endring fra 2004-registreringen. For øvrig viser oversikten for 2008 at det bare er mindre forskjeller i gjennomførte behandlingstiltak for de tre pasientgruppene.

8.5 Hva slags bosituasjon har pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?

I Psykisk helsevernloven av 1999 heter det at tvungent psykisk helsevern kan skje uten døgnopphold *dersom dette er et bedre alternativ for pasienten*. Hensynet til pårørende som pasienten bor sammen med nevnes også spesielt som viktig i vurderingen av type vedtak. Gitt de føringer som legges gjennom lovgrunnlaget, kan man forvente at pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg har en tilfredsstillende bosituasjon. Tabell 8.11 viser registrering av boforhold siste seks måneder for pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og for pasienter i frivillig behandling i pasientregistreringen av polikliniske pasienter i 2008.

Tabell 8.11 Boforhold siste seks måneder for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.

Boforhold siste 6 mnd	TUD	Frivillig	
		SMI	Ikke SMI
Egen eid/leid bolig	79	83	85
Hos familie/venner/bekjente	7	11	12
Annet, ikke fast	14	6	3
Antall pasienter (N)	575	3 718	15 226
Bosituasjon ikke registrert (n)	55	200	669

Gjennomgang av pasientenes bosituasjon i pasientregistreringen av polikliniske pasienter fra 2004 viste at bostedsløshet ikke var et problem for pasienter under tvungent vern. Dette gjelder også for registreringen i 2008. Det var relativt færre pasienter under tvungent vern med egen eid eller leid bolig sammenlignet med de frivillige pasientgruppene, men likevel relativt færre som bodde hos familie/venner/bekjente. Pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg som oppgis å være uten fast bolig siste seks måneder var enten innlagt i institusjon eller hadde et kommunalt botilbud med eller uten bemanning. Dette var en høyere andel enn for de frivillig behandlede pasientene.

Det antas at pasienter under tvungent psykisk helsevern er en gruppe med sammensatte og til dels omfattende hjelpebehov. Mulighet for hjelp i egen bolig vil kunne være avgjørende for at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres utenfor døgninstitusjonen. Analyser av data fra døgnregistreringene i 2003 og 2007 viste at mange pasienter under tvungent psykisk helsevern *med* døgnopphold var uten fast bolig og at dette gjaldt relativt flere tvangsinnlagte enn frivillig innlagte pasienter. Mangel på tilrettelagte botilbud utenfor institusjon kan derfor tenkes å være en årsak til at vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg opprettholdes fremfor omgjøring til et vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg.

8.6 Geografisk variasjon

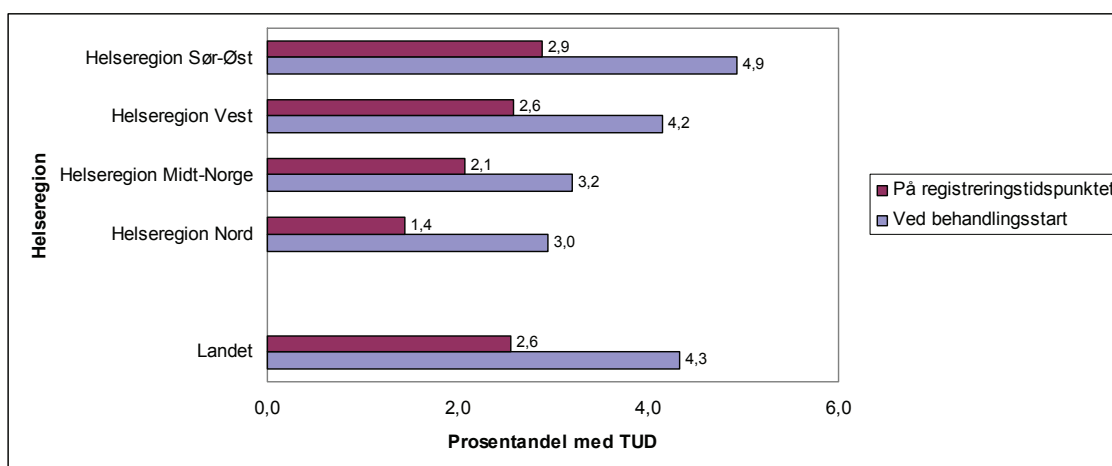
Tidligere analyser av bruken av tvang i det psykiske helsevernet har vist at det til dels er stor geografisk variasjon i omfanget av tvangsbruk. I rapporten fra Helsetilsynet (2006) ble befolkningsbaserte rater og andeler for bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg beregnet både for regioner og foretaksområder, dette med utgangspunkt i data fra pasientregistreringen i 2004. Gjennomgangen for 2008 vil begrenses til å gjelde andeler og befolkningsbaserte rater *per helseregion*. Denne avgrensningen er gjort fordi utvalget av pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg er lite og fordi en relativt høy andel av pasientene mangler opplysning om spesialistvedtak¹⁷ (jf. tabell 8.1). Oppslutningen om pasienttellingen 2008 er estimert i kapittel 2.2 og vedlegg 4.

Analysen av geografisk variasjon baseres på pasientens bostedsområde. Dette innebærer at man tar utgangspunkt i hvilken kommune pasienten bor i, og ikke ved hvilken institusjon vedkommende er behandlet¹⁸.

¹⁷ Tallene er justert for manglende utfylling av spesialistvedtak. Andel pasienter uten registrert vedtak varierer fra åtte til 10 prosent mellom helseregionene.

¹⁸ Analysene som presenteres i rapport fra Helsetilsynet (2006) tar utgangspunkt i behandlende enhet fordi registreringen for 2004 ikke inneholder informasjon om pasientens bosted. Pasientene vil i all hovedsak være behandlet ved en poliklinikk i det helseforetaksområdet vedkomne er bosatt, og dette antas derfor ikke å påvirke resultatene vesentlig.

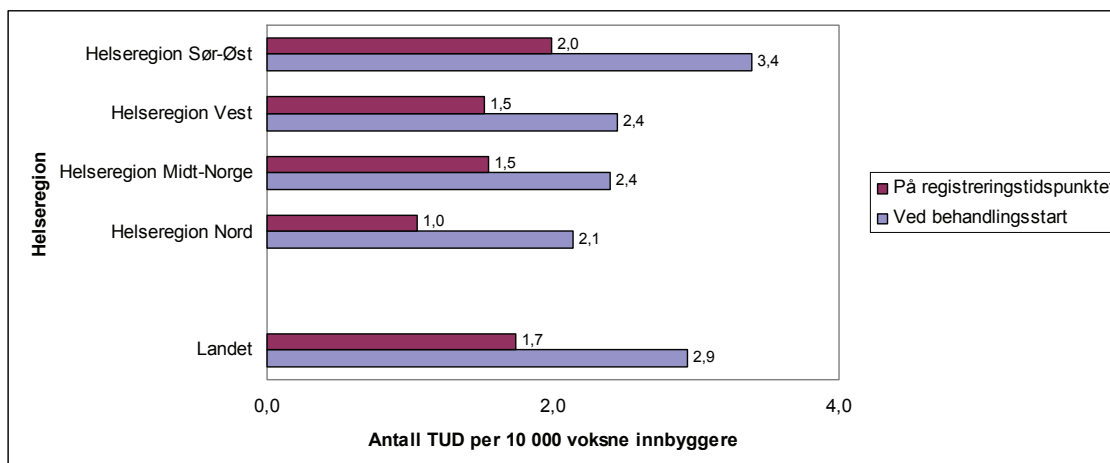
Figur 8.1 viser andel pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg for helseregionene i det psykiske helsevernet.



Figur 8.1 Pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg ved behandlingsstart og på registreringstidspunktet. Prosentandel av alle registrerte pasienter. Etter pasientens bostedsregion. Pasienttellingen 2008.

Figuren viser betydelige forskjeller mellom helseregionene i andel pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg. Dette gjelder både for andel på registreringstidspunktet og for andel ved behandlingsstart. Som for vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, Lilleeng et al (2009), er andelen høyest i helseregion Sør-Øst og lavest i helseregion Nord. Med unntak for helseregion Midt-Norge, har andelen økt for alle helseregioner siden registreringen i 2004.

Dersom vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ikke under- eller overrapporteres systematisk, vil *andel* pasienter under tvungent vern være robust i forhold til eventuelt manglende kompletthet i datamaterialet. Andel som mål på geografisk variasjon vil imidlertid være følsomt for kapasitetsforskjeller mellom helseregionene fordi terskelen for å komme i behandling antas å være høyere dersom kapasiteten er mindre. Dette vil gi en høyere andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser og kan også tenkes å påvirke *andel* pasienter under tvungent vern. Målt i forhold til antall voksne innbyggere i helseregionen, ble det registrert flest pasienter i de to helseregionene med lavest andel pasienter under tvungent vern, se tabell 8.12. Dette er de samme helseregionene som rapporterte om flest refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner i forhold til innbyggertallet i 2007, Bjørngaard (red), 2008. Dette indikerer at terskelen for å komme i behandling er forskjellig mellom helseregionene og at dette kan påvirke pasientsammensetningen og dermed andel pasienter under tvungent vern. I figur 8.2 presenteres derfor også befolkningsbaserte rater for omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg i de fire helseregionene. Ratene påvirkes ikke av kapasitetsforskjeller mellom regionene, men er følsomme for manglende kompletthet i data. Dersom komplettheten varierer mellom helseregionene vil dette påvirke resultatene.



Figur 8.2 Pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg ved behandlingsstart og på registreringstidspunktet. Antall pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter pasientens bostedsregion. Pasienttellingen 2008.

De befolkningsbaserte ratene viser også at omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg er klart høyest i helseregion Sør-Øst og lavest i helseregion Nord. Dette som i registreringen for 2004, Helsetilsynet (2006). Det er imidlertid ingen forskjell mellom helseregionene Vest og Midt-Norge for de befolkningsbaserte ratene for 2008, mens andelen pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg var klart høyere i helseregion Vest enn i helseregion Midt-Norge. Ratene har økt fra 2004. Dette gjelder alle helseregioner.

Reelle regionale forskjeller i bruken av tvungent vern kan skyldes praksisforskjeller eller forskjeller i pasientpopulasjonen. I tabell 8.12 presenteres forskjeller i pasientsammensetning for de fire helseregionene.

Tabell 8.12 Pasientsammensetning ved poliklinikkene i psykiske helsevern for voksne. Etter helseregion. Pasienttellingen 2008.

Helseregion	Antall pasienter	Pasienter per 10 000 voksne innbyggere	Pasienter med SMI		Andel av pasienter med SMI som er under TUD
			Andel	Antall per 10 000 voksne innb	
Helseregion Sør-Øst	14 039	69	21	13	12
Helseregion Vest	4 348	59	24	13	10
Helseregion Midt-Norge	3 776	75	17	10	9
Helseregion Nord	2 569	73	17	10	8
Landet	24 732	68	21	12	11

Mer enn 80 prosent av vedtakene om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold på registreringstidspunktet gjelder pasienter registrert med en alvorlig psykisk lidelse (jf. SMI). Dette gir grunn til å tro at andelen med vedtak om tvungent vern er høyere i helseregioner med flere pasienter diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse. Tabell 8.12 viser at omfanget av alvorlig psykisk lidelse er lavere i helseregionene Midt-Norge og Nord, som også hadde det laveste omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg, jf. figurene 8.1 og 8.2. Tabellen viser imidlertid også at andelen pasienter med alvorlig psykisk lidelse under tvungent vern varierer mellom helseregionene. Dette kan skyldes praksisforskjeller. Andelen

er høyere i helseregion Sør-Øst som hadde det høyeste omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg, målt både ved andel pasienter under tvungent vern og ved de befolkningsbaserte ratene. For i større grad å kunne avdekke mekanismer som genererer geografiske forskjeller i bruken av tvang, kreves imidlertid mer grundige analyser og bruk av flere datakilder.

8.7 Oppsummering

I alt 4,3 prosent av de polikliniske pasientene registrert i pasienttellingen for 2008 var under tvungent vern ved behandlingsstart, og 2,6 prosent av pasientene var fortsatt i tvungen behandling på registreringstidspunktet. Dette er høyere andeler enn ved pasientregistreringen av polikliniske pasienter fra 2004.

For at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres må pasienten, i tillegg til å ha en alvorlig psykisk lidelse, også oppfylle behandlingskriteriet og/eller farekriteriet. 2008-registreringen viser at vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg blir fattet med begrunnelse i behandlingskriteriet for de aller fleste av pasientene under tvungent vern, totalt 89 prosent av pasientene. Farekriteriet ble alene, eller i tillegg til behandlingskriteriet, lagt til grunn for 43 prosent av pasientene. Dette representerer en relativ økning i bruken av farekriteriet sammenlignet med registrert begrunnelse for vedtak om tvungent vern i pasientregistreringen fra 2004. 17 prosent av pasientene, som på registreringstidspunktet var i tvungen behandling, var vurdert å være en *fare for andre* da vedtaket om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg ble fattet.

Mer enn 80 prosent av pasientene med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg oppfyller de definerte kriterier for alvorlig psykisk lidelse, og schizofrenier er det mest vanlige. I registreringen fra 2008 var om lag hver sjettede polikliniske pasient i denne diagnosegruppen under tvungent vern. Rusmiddelproblematikk er også knyttet til en høyere andel pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg enn til pasienter i frivillig poliklinisk behandling.

Selv om det er registrert flere kvinner enn menn i pasientregistreringen av polikliniske pasienter fra 2008, gjelder flere av vedtakene om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg menn enn kvinner. Pasienter under tvungent vern har også en høyere gjennomsnittsalder enn polikliniske pasienter i frivillig behandling.

Som i 2004-registreringen av polikliniske pasienter i det psykiske helsevernet for voksne, identifiserer også pasientregistreringen fra 2008 sosioøkonomiske forskjeller mellom pasienter under tvungent vern og pasienter i frivillig behandling. Det er relativt flere enslige og flere uføretrygdede i gruppen av pasienter under tvungent vern, og utdanningsnivået er også lavere sammenlignet med gruppen av pasienter i frivillig behandling.

Pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern ved registrering i 2008, var i overveiende grad henvist fra spesialisthelsetjenesten. Dette er i samsvar med tidligere registreringer. Hele 87 prosent hadde vært innlagt i en psykiatrisk døgninstitusjon i løpet av de siste fem årene. Én prosent hadde ikke mottatt annen behandling siste fem år.

Median varighet av aktuell behandlingssekvens var i 2008, som i 2004, lengre for pasienter som var eller hadde vært under tvungent vern enn for den samlede gruppen av frivillig behandlede pasienter. Et vedtak om tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år dersom kontrollkommisjonen ikke samtykker i at vernet forlenges. Oppimot halvparten av pasientene som på registreringstidspunktet var under tvungent vern, hadde vært under slikt vern i mer enn ett år.

Pasientregistreringen for 2008 viser at behandling med medikamenter er mer vanlig for pasienter under tvungent vern enn for pasienter i frivillig behandling, mens omfanget av samtale med behandler og gruppeterapi er mindre.

I Psykisk helsevernloven av 1999 heter det at tvungent psykisk helsevern kan skje uten døgnopphold dersom *dette er et bedre alternativ for pasienten*. Gitt føringer som legges

gjennom lovgrunnlaget kan man forvente at pasienter under tvungent vern har en tilfredsstillende bosituasjon. Gjennomgang av pasientenes bosituasjon i registreringen fra 2008 viser at bostedsløshet ikke er et problem for pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg. Pasienter uten egen fast bolig i denne pasientgruppen var enten innlagt i institusjon eller hadde et kommunalt botilbud med eller uten bemanning. I registreringen av døgnpasienter fra 2007 er relativt mange pasienter under tvungent vern registrert uten fast bolig. Det antas at pasienter under tvungent psykisk helsevern er en gruppe med sammensatte og til dels omfattende hjelpebehov, og at muligheten for hjelp i egen bolig vil kunne være avgjørende for at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres uten døgnopphold. Mangel på tilrettelagte botilbud utenfor institusjonen kan tenkes å være en årsak til at vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg opprettholdes fremfor omgjøring til et vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg.

Analyser av bruken av tvang i det psykiske helsevernet har vist at det til dels er store geografiske forskjeller i omfanget av tvangsbruk. Gjennomgangen av data fra pasientregistreringen av polikliniske pasienter fra 2008, viser betydelige forskjeller mellom helseregionene i omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg. Omfanget er størst i helseregion Sør-Øst. Regionale forskjeller i omfanget av tvangsbruk kan skyldes forskjeller i pasientpopulasjonen, og pasientregistreringen viser at det er relativt flere pasienter med alvorlig psykisk lidelse i helseregion Sør-Øst enn i de øvrige helseregionene. Det er imidlertid også en høyere andel av disse pasientene som er under tvungent vern enn i denne helseregionen. Dette kan skyldes praksisforskjeller. For i større grad å kunne avdekke mekanismer som genererer geografiske forskjeller i bruken av tvang, kreves mer dyptgående analyser og bruk av flere datakilder.

9 Pasienter med omsorg for barn

Solfrid Lilleeng

9.1 Innledning

Barn som har foreldre eller omsorgspersoner med psykiske problemer, trenger et spesielt fokus og oppmerksomhet rettet mot sin livssituasjon. Gjennom å inkludere dette temaet i pasientregistreringen, økes fokuset på disse barnas situasjon. Vi får kjennskap til i hvilken grad barn av pasienter i poliklinisk behandling i psykisk helsevern har behov for tiltak, og om de får oppfølging i form av iverksatte tiltak.

Daværende Sosial- og helsedirektoratets anbefaling til sektoren var å etablere rutiner for å sikre at man fanger opp tilfeller der det er behov for oppfølging av barn (Rundskriv IS-5/2006). Dette må skje i overensstemmelse med pasientens ønsker og behov for hjelp i forhold til omsorgsrollen, men ikke desto mindre er det viktig å sikre barnas situasjon. Endringer av personelloven for å styrke rettsstillingen til barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet, ble lagt frem våren 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). I dette forslaget ligger det en vektlegging av helsepersonells plikt til å vurdere barns behov, uansett hvor i helsetjenesten omsorgspersonen får behandling. Pasientens sykdomsbilde, eventuell bruk av rusmidler og hvorvidt barna har andre omsorgspersoner/nettverk vil være avgjørende for hvilke oppfølgingstiltak som bør settes i verk.

9.2 Pasienter med omsorg for barn under 18 år

Blant pasientene som får behandlingstilbud ved poliklinikkene, er det i alt 33 prosent av pasientene som har omsorg for barn under 18 år. Blant kvinnene er andelen med omsorg for barn på 38 prosent og for menn er andelen på 24 prosent. Mens det totalt sett er om lag 60 prosent kvinner blant pasientene som mottar poliklinisk behandling, øker kvinneandelen til 70 prosent når vi ser på pasienter som har omsorg for barn.

Tabell 9.1 Andel pasienter med omsorg for egne og/eller andres barn under 18 år. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.

	Mann	Kvinne	Total
Andel pasienter med omsorg for barn under 18 år (%)	24	38	33
Antall pasienter totalt (N)	9 329	14 662	24 732
Mangelfull info om omsorg for barn under 18 år	213	218	460

Pasienter som har omsorg for barn og pasienter uten omsorg for barn er to pasientgrupper med ulike kjennetegn (tabell 9.2).

Tabell 9.2 Hittil varighet av behandlingsserien (median antall uker), andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI), andel pasienter med ruslidelse/rusmiddelmissbruk, andel pasienter yngre enn 30 år og andel som er gift eller samboende. Pasienter med eller uten omsorg for barn under 18 år. Pasienttellingen 2008.

		Median hittil varighet (uker)	SMI ¹	Ruslidelse/ rusmisbruk	Yngre enn 30 år	Gift/ samboende
Pasienter med omsorg for barn	Menn	25	13	22	9	69
	Kvinner	33	11	10	16	62
Pasienter som ikke har omsorg for barn	Menn	31	28	32	37	19
	Kvinner	33	19	17	40	30

1) Alvorlige psykiske lidelser se kap 2.3

Særlig tydelig er forskjellen mellom menn som har omsorg for barn og menn som ikke har omsorg for barn under 18 år. Sammenlignet med menn uten omsorg for barn, er menn med omsorg for barn gjennomgående eldre; median alder er 41 år sammenlignet med 34 år for menn uten omsorg for barn. Når menn har omsorg for barn har de også oftere kortere behandlingsserier, de har sjeldnere en alvorlig psykisk lidelse, færre har rusmiddelproblematikk og da særlig ruslidelser. Menn med omsorg for barn er i stor grad gift/samboende og dermed i liten grad aleneboende sammenlignet med menn uten barn. Over 40 prosent av menn med omsorg for barn har inntekt fra eget arbeid som hovedinntekt siste år og blant menn uten omsorg for barn er andelen på 23 prosent. Også sykepenger/rehabiliteringspenger er en vanligere kilde til livsopphold for pasienter med barn sammenlignet med de øvrige.

Det er noen forskjeller mellom kvinner med og uten omsorg for barn, men de er ikke like store som for menn. Kvinner med omsorg for barn er noe eldre; median alder er 38 år for kvinner med omsorg for barn, mens kvinner uten omsorg for barn har median alder på 35 år. Det er ingen forskjell i varighet av behandlingsserien, mens omfanget av alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk er mindre blant kvinnene med omsorg for barn. Kvinner med omsorg for barn er oftere gifte eller samboende sammenlignet med kvinner uten omsorg for barn, som i halvparten av tilfellene bor alene. En tredjedel av kvinnene med omsorg for egne barn har inntekt av eget arbeid, mens en fjerdedel av kvinnene uten omsorg for barn under 18 år har denne inntektskilden. Også for kvinner er sykepenger/rehabiliteringspenger en vanligere inntektskilde for pasienter med barn sammenlignet med de øvrige.

Pasienter med omsorg for barn under 18 år har et lettere sykdomsbilde og har i mindre grad rusproblematikk sammenlignet med pasienter uten omsorg for barn. Videre er pasientene eldre og har i større grad en arbeidstilknytning sammenlignet med pasienter uten barn. Det kan være flere mekanismer som ligger bak dette. Det vil kanskje være slik at det er de friskeste som er i stand til å ivareta omsorgen for sine barn, men samtidig vil omsorgsoppgaven i seg selv bidra til at fokuset flyttes bort fra egne problemer.

9.3 Er tiltak iverksatt overfor barn som pasienten har omsorg for?

I denne registreringen er følgende spørsmål inkludert: *Er det satt i verk tiltak for oppfølging av barna?* Fire svaralternativ følger spørsmålet: *Ja, Nei, Vet ikke og Intet behov.*

Grunnen til at vi ønsker å registrere hvorvidt det er iverksatt tiltak overfor barn av pasienter i psykisk helsevern er fordi vi i løpet av de siste årene har fått et økt fokus på barns livsvilkår og at alle har et ansvar i forhold til å avdekke forhold som kan skade barns oppvekstvilkår.

Særlig når barn vokser opp i et hjem, hvor en av omsorgspersonene er rammet av psykiske problemer som krever behandling i det psykiske helsevernet, er det viktig å tenke på barnas

situasjon. Både psykiske problemer og rusmiddelmissbruk er forhold som ofte kan skape situasjoner som virker både uforståelige og utrygge for barn. Fremdeles er det slik at både psykiske problemer og rusmiddelmissbruk til en viss grad, er stigmatiserende opplysninger og dette vil bidra til stor grad av hemmelighet. Innen familien er dette et problem for barna, som med dette ofte blir fratatt et vanlig sosialt liv pga frykten for å bryte lojaliteten og avsløre omsorgspersonens problemer. Dersom barna har noen utenfor familien som de kan betro seg til og som kan gi dem økt innsikt og kunnskap om temaet, vil dette bedre barnas oppvekstvilkår betydelig.

På denne måten vil spesialisthelsetjenesten kunne bidra til at barns livsvilkår bedres, ved at de supplerer øvrige instanser (helsestasjon, skolehelsetjenesten, barne- og familietjenesten, fastlegen med flere) som i lang tid har bidratt til å avdekke problemer som påvirker barns livsvilkår på en negativ måte. Dersom barna har slike problemer, er det avgjørende at dette oppdages så tidlig som mulig slik at langsiktige skadevirkninger kan forebygges. På denne måten kan man forebygge ytterligere negativ påvirkning av oppvekst og læringsforhold.

Arten av tiltak er ikke presisert i denne registreringen. Det er dermed kun forekomsten av ulike tiltak og fokuset på barna som vil fremkomme her. Svarene på spørsmålet om tiltak overfor barna er besvart som vist i tabell 9.3.

Tabell 9.3 Forekomst av tiltak for oppfølging av barn. Pasienter med omsorg for barn under 18 år. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.

Tiltak for oppfølging av barn	Mann	Kvinne	Total
Ja	32	49	44
Nei	59	47	51
Vet ikke	9	4	5
Totalt	100	100	100
Intet behov	36	33	34
Antall pasienter (N)	2 171	5 491	7 911
Mangler informasjon (n)	135	298	454

For en tredjedel av pasientene, er det i følge behandlerne, ikke noe behov for å iverksette tiltak for oppfølging av barna. Andel pasienter som *ikke* trenger oppfølgingstiltak for sine barn er litt høyere for menn enn for kvinner.

I forhold til *behov* for å iverksette tiltak for oppfølging av barn er det forskjell mellom kvinner og menn. Halvparten av kvinnene og en tredjedel av mennene har oppfølgingstiltak for sine barn. For en betydelig andel av pasientene er det imidlertid ikke iverksatt tiltak for barna, selv om det er behov. Årsaker til dette kan være manglende samtykke fra pasientens side.

Bosituasjonen er forskjellig for menn og kvinner som har omsorg for barn. Bosituasjonen til pasientene er kartlagt ved bruk av kategoriene *Alene*, *Alene m/barn*, *Med ektefelle/samboer*, *Med ektefelle/samboer og barn* og *Med andre voksne*. Blant menn er det 28 prosent som bor alene; som regel uten barn. Det betyr sannsynligvis at de deler omsorgen med barnets mor og at de har mindre enn 50% samværstid. I alt 35 prosent av kvinnene bor alene og de aller fleste bor sammen med sine barn. Kvinner som bor alene (med eller uten barn) har i større grad fått iverksatt tiltak overfor barna sammenlignet med kvinner som bor med ektefelle/samboer.

I alt 15 prosent av pasientene med omsorg for barn under 18 år har ruslidelse eller rusmiddelmissbruk, og denne gruppen pasienter utgjør en femtedel av alle pasienter med rusproblematikk. For kvinnene utgjør denne gruppen nesten 30 prosent av alle kvinnene med rusproblematikk, mens blant menn utgjør den under 20 prosent av de menn med rus-

lidelser eller rusmiddelmissbruk som får behandlingstilbud ved poliklinikkene. I tillegg er det elleve prosent av pasientene som har alvorlige psykiske lidelser uten rusproblematikk.

Tabell 9.4 Forekomst av tiltak for oppfølging av barn for pasienter med eller uten rusmiddelproblematikk. Pasienter med omsorg for barn under 18 år. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.

Tiltak for oppfølging av barn	Psykiske lidelser ekskl SMI ¹		SMI ¹	
	Uten RUS	Med RUS	Uten RUS	Med RUS
Ja	42	49	53	63
Nei	54	43	42	36
Vet ikke	4	8	5	1
Totalt	100	100	100	100
Intet behov	36	23	27	28
Antall pasienter (N)	5 168	905	768	107
Mangler informasjon (n)	298	48	38	2

1) Alvorlige psykiske lidelser se kap 2.3.

Både innslag av rus og alvorligheten i den psykiske lidelsen er forhold som øker fokuset på tiltak og oppfølging av barna pasienten har omsorg for (tabell 9.4). Det er imidlertid bare i overkant av 50 prosent av pasientene, hvor det er behov for oppfølging, hvor tiltak faktisk er satt i verk. For over en fjerdedel av pasientene med rusproblematikk og/eller alvorlige psykiske lidelser er det klarlagt at det *ikke* er behov for oppfølgingstiltak ovenfor barna.

9.4 Nasjonale anslag på antall barn og unge med omsorgspersoner som får behandling i psykisk helsevern

Omfanget av pasienter som har omsorg for barn under 18 år er på 13 prosent blant døgnpasientene (Lilleeng et al. 2009). Denne andelen er betydelig høyere (33 prosent) når vi ser på pasientene ved poliklinikkene. Mens halvparten av døgnpasientene har fått iverksatt tiltak i forhold til sine barn, er det en tredjedel av de polikliniske pasientene som har slike tiltak iverksatt. For mange polikliniske pasienter er det dessuten rapportert at det ikke er behov for slike tiltak. Blant pasientene som får behandling hos avtalespesialistene har halvparten omsorg for barn, 42 og 50 prosent for henholdsvis menn og kvinner. Spørsmål om oppfølging av barna er ikke inkludert i pasientskjemaet til avtalespesialistene. Vi kjenner derfor ikke til behovet for oppfølging av barn for denne pasientgruppen. Vi velger å se bort fra denne pasientgruppen i denne omgangen, og beregner et minimumsanslag for omfanget av barn og unge med omsorgspersoner som er i behandling i psykisk helsevern for voksne.

Om lag 110 000 pasienter antas å få behandlingstilbud i psykisk helsevern for voksne (Hagen & Lilleeng 2006) og en fjerdedel av disse er døgnpasienter. Døgnpasienter i Pasienttellingen har en stor andel langtidspasienter sammenlignet med pasientdata fra hele aktivitetsåret. Pasienter med korte opphold (inntil 4 uker) utgjør nesten 80 prosent av pasientene i et årsdatasett (Bjørngaard (red.) 2008). Blant pasienter med døgnopphold inntil 4 uker er det nesten 20 prosent som har omsorg for egne barn, mot 13 prosent for pasienter med opphold på 3 måneder og lengre. Når forskjellene mellom punkttellingen og årsstatistikken tas hensyn til, blir det nasjonale anslaget på om lag 65 000 barn og unge, hvorav 20 000 barn har fått iverksatt tiltak for oppfølging. Blant polikliniske pasienter er det i en av tre tilfeller ikke behov for oppfølging av barna.

9.5 Oppsummering

Daværende Sosial- og helsedirektoratets anbefaling til psykisk helsevern for voksne var å etablere rutiner for å sikre at man fanger opp tilfeller der det er behov for oppfølging av barn (Rundskriv IS-5/2006). Endringer av personelloven for å styrke rettsstillingen til barn av foreldre med psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet, ble lagt frem våren 2009 og i dette forslaget ligger det en vektlegging av helsepersonellens plikt til å vurdere barns behov.

Pasienter med omsorg for barn under 18 år utgjør 33 prosent av de polikliniske pasientene. Blant kvinnene er andelen på 38 prosent og for menn er andelen på 24 prosent. Pasienter med omsorg for barn under 18 år har et lettere sykdomsbilde, i mindre grad rusproblematikk, er noen år eldre og har i større grad en arbeidstilknytning sammenlignet med pasienter uten barn. Det kan være flere mekanismer som ligger bak denne forskjellen mellom pasienter med og uten barn. Det vil kanskje være slik at det er de friskeste som er i stand til å ivareta omsorgen for sine barn, men samtidig vil omsorgsoppgaven i seg selv bidra til at fokuset flyttet bort fra egne problemer.

For en tredjedel av pasientene med omsorg for barn, har behandlerne rapportert at det er *intet behov* for å iverksette tiltak for oppfølging av barna. Behovene for oppfølging av barna synes å være noe mindre for menn enn for kvinner, mindre behov for oppfølging for samboende/gifte enn aleneboende. Dessuten har pasienter uten rusproblematikk mindre behov for oppfølging enn pasienter med ruslidelse/rusmiddelmisbruk.

Blant pasientene hvor det er *behov* for å iverksette tiltak har kvinner som bor alene (med eller uten barn) i større grad fått iverksatt tiltak overfor barna sammenlignet med kvinner som bor med ektefelle/samboer. Både innslag av rus og alvorligheten i den psykiske lidelsen er forhold som øker omfanget av iverksatte tiltak for oppfølging av barna. For en betydelig andel av pasientene er det imidlertid ikke iverksatt tiltak for barna ennå, selv om det er behov. Manglende samtykke fra pasienten kan tenkes å være en av årsakene til oppfølgningene ennå ikke er iverksatt.

Mangelen på presisjon i forhold til hvilke tiltak det er snakk om, kan bidra til stor variasjon i andel pasienter med tiltak. Fokuset er imidlertid satt på barna, og tiltakene. For en tredjedel av pasientene er det besluttet at det ikke er behov for tiltak. Dette dreier seg stort sett om barn som bor med to omsorgspersoner og samtykke må gis av begge omsorgspersonene. For en fjerdedel av pasientene med rusproblematikk og/eller alvorlig psykisk lidelse er det intet behov for oppfølging av barn pasienten har omsorg for. Særlig når pasienten har fått en rusdiagnose synes denne andelen å være høy.

Et nasjonalt minimumsanslag på omfanget av barn og unge med omsorgspersoner i behandling i psykisk helsevern for voksne, er på 65 000 barn. Omlag 20 000 barn har fått iverksatt tiltak for oppfølging og for nesten like mange er det ikke behov for oppfølging. Dette anslaget inkluderer ikke barn av pasienter som går til avtalespesialist, hvor i alt halvparten av pasientene har omsorg for barn.

10 Samarbeid om barn og unge

Solfrid Lilleeng

10.1 Innledning

Det er i liten grad undersøkt i hvilket omfang det eksisterer et samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og psykisk helsevern for voksne. I utgangspunktet er det grunn til å tro at flere av de lidelsene som avdekkes i barne- og ungdomsårene vil vedvare etter fylte 18 år og at videre oppfølging av voksenpsykiatrien vil være nødvendig.

I Pasienttellingen 2007/2008 for BUP inngikk spørsmål om erfaringer behandlerne hadde i forhold til samarbeid med voksenpsykiatrien, samt hvorvidt det var udekkede behov for samarbeid.

I Pasienttellingen 2007/2008 for psykisk helsevern for voksne ble det denne gangen tatt med et spørsmål om hvorvidt behandling fra BUP var mottatt i løpet av det siste året. Det ble også gitt mulighet for avkrysning dersom BUP var henvisende instans ved oppstart av denne behandlingsperioden. Ved bruk av disse besvarelsene, kan omfanget av direkte pasientrelatert samarbeidet med BUP anslås.

Avtalespesialistenes behandlingstilbud til barn og unge er også beskrevet i dette avsnittet. Dette er en pasientgruppe som ikke er omtalt i tidligere registreringer.

Samlet vil disse innfallsvinklene gi en indikasjon på omfang og behov for samarbeid i behandlingen mellom de to områdene innen psykisk helsevern.

10.2 Psykisk helsevern for barn og unge: Samarbeid med psykisk helsevern for voksne

Behandlerne i BUP har rapportert sine erfaringer med samarbeidet med psykisk helsevern for voksne. Disse erfaringene er basert på 245 pasienter. Det dreier seg altså om tre prosent av alle pasientene som mottar poliklinisk behandling i løpet av registreringsperioden på to uker (Andersson HW 2009). Dette tyder på at samarbeidet med psykisk helsevern for voksne har et beskjedent omfang. For to tredjedeler av tilfellene rapporteres det om godt eller veldig godt samarbeid. Erfaringer basert på samarbeid med psykisk helsevern for voksne, er knyttet til pasienter i alle aldersgruppene, men med noe overvekt av pasienter over 17 år.

10.3 Psykisk helsevern for barn og unge: Pasienter som får eller burde fått behandling i psykisk helsevern for voksne

Faktisk eller ønskelig samarbeid i form av at pasientene mottar eller burde motta et behandlingstilbud fra psykisk helsevern for voksne, angår i underkant av tre prosent av alle pasientene i BUP. Mens to tredjedeler av disse pasientene mottar et tilbud fra psykisk helsevern for voksne, er det altså en tredjedel som ikke får et slikt tilbud. Det er særlig pasienter over 17 år som det etterspørres behandlingstilbud for, og hvor etterspørselen ikke blir dekket. Dette

udekkede behovet utgjør 4 prosent av pasientene over 17 år som får tilbud fra BUP. Man kan dermed konkludere med at det ikke er snakk om et omfattende udekket behov.

10.4 Psykisk helsevern for voksne: Pasienter med behandlingstilbud eller henvisning fra BUP

Blant pasientene som er behandlet ved poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne, har nesten 1,4 prosent av pasientene (om lag 340 pasienter) mottatt behandling fra BUP i løpet av det siste året. Noen er viderehenvist fra behandlingsforløp innen BUP. Disse pasientene er følgelig relativt unge; over 90 prosent mellom 18 og 23 år. Pasientene er ofte diagnostisert med lettere psykiske lidelser og med hittil relativt korte behandlingsforløp.

I tillegg er det en del pasienter ved poliklinikkene som er henvist fra BUP, men som *ikke* har mottatt behandling fra BUP det siste året. Dette dreide seg om i underkant av 1 prosent av pasientene (om lag 200 pasienter). Disse pasientene er eldre sammenlignet med pasientene som har fått behandlingstilbud fra BUP, sannsynligvis fordi mange har kommet lengre i behandlingsforløpet. Over halvparten startet denne behandlingsserien for over ett år siden og pasientgruppen har i større grad vært innlagt ved voksenpsykiatrisk døgnenhet, hatt kontakt med voksenpsykiatrisk poliklinikk eller kommunalt rustiltak i løpet av det siste året. Lidelser som schizofreni og atferdsforstyrrelser er mer typisk for denne pasientgruppen sammenlignet med de øvrige pasientene.

Hos avtalespesialistene er mindre enn 1 prosent av de voksne pasientene knyttet til BUP gjennom mottatt behandlingstilbud det siste året eller gjennom selve henvisningen. Omfanget av kontakten mot BUP, estimeres til om lag 100 pasienter 18 år eller eldre. To tredjedeler av disse har fått behandlingstilbud fra BUP siste år, og de er i liten grad henvist fra BUP. Pasienten selv eller familien sammen med fastlegen har i de fleste tilfeller tatt initiativet til første kontakt med avtalespesialisten.

10.5 Avtalespesialistene: Barn og unge som får behandling hos privatpraktiserende psykiater eller psykologspesialist

Blant avtalespesialistene har en femtedel angitt spesialistkompetanse innen barne- og ungdomspsykiatri. Det er primært blant psykologene vi finner denne spesialiseringen. De aller fleste har i tillegg spesialistkompetanse i psykisk helsevern for voksne.

I registreringen av pasienter som mottar behandlingstilbud hos avtalespesialistene er om lag 420 pasienter yngre enn 18 år. Disse pasientene utgjør tre prosent av alle pasientene. Det er god grunn til å anta at omfanget er større enn hva vi har kunnet fange opp i denne registreringen. Begrunnelsen for dette er at spørsmålene i registreringskjemaet var utviklet for voksne pasienter og dermed lite spesifikt rettet mot tilbudet til barn og unge. Behandlerne ble imidlertid allikevel oppfordret til å besvare de relevante spørsmålene slik at omfanget av denne aldersgruppen kunne anslås best mulig.

Blant barn og unge; yngre enn 18 år, som mottar hjelp fra avtalespesialistene, er flertallet eldre enn 12 år og i denne gruppen er det omtrent like mange gutter som jenter. Blant de yngste pasientene er det en liten overvekt av gutter som utgjør 56 prosent av alle pasientene yngre enn 13 år. De yngste pasientene utgjør over 40 prosent av psykologspesialistenes pasientpopulasjon, mens en tredjedel av psykiaternes pasienter er yngre enn 13 år.

Blant pasientene yngre enn 18 år er det i stor grad utviklingsforstyrrelser¹⁹ og atferdsproblemer²⁰ som er årsaken til kontakt med avtalespesialistene. Disse kategoriene utgjør til

¹⁹ Utviklingsforstyrrelser (ICD10: F80-F89) med debut i barndommen og som er knyttet til mangelfull eller forsinket utvikling av funksjoner knyttet til den biologiske modningen av sentralnervesystemet.

²⁰ Atferdsforstyrrelser (ICD10: F90-F92 og F98) som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsårene.

sammen en tredjedel av de diagnostiserte pasientene; hele 44 prosent blant guttene og en fjerdedel blant jentene. Diagnosen *Hyperkinetisk forstyrrelse*²¹ er benyttet for hele 13 prosent av alle pasientene og særlig for guttene hvor 18 prosent har fått denne diagnosen. Tilpasningsforstyrrelser²² er en annen stor diagnosegruppe som utgjør 13 prosent av pasientene. Det kan tyde på at den er vanligere blant gutter som er yngre enn 13 og blant jenter som er 13 år og eldre.

I tabell 10.1 er initiativtaker til kontakt med avtalespesialist for pasienter yngre enn 18 år presentert.

Tabell 10.1 Initiativtaker til første kontakt med avtalespesialist. Pasienter yngre enn 18 år behandlet hos avtalespesialistene. Andel pasienter i prosent. Fagutdanning. Pasienttellingen 2008.

Hvem tok initiativet til første kontakt?	Avtalespesialist		
	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Fastlege/allmennlege	56	23	29
Familie eller pårørende	17	63	54
BUP poliklinikk	24	10	13
Helse- og sosialtjenesten	3	5	4
Antall pasienter (N)	79	336	415
Mangler informasjon (n)	4	16	20

Barn og unge som har fått et behandlingstilbud hos en psykiater, er ofte henvist av fastlegen eller av BUP poliklinikk sammenlignet med pasientene som er behandlet hos en psykologspesialist. En fjerdedel av barn og unge som har et behandlingsopplegg hos psykiater, er henvist fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Kun ti prosent av pasientene hos psykologspesialistene er henvist fra BUP. Psykologspesialistenes behandlingstilbud til barn og unge er i stor grad etablert som følge av initiativ fra familien.

I tabell 10.2 er tidligere behandling for pasienter yngre enn 18 år presentert.

Tabell 10.2 Behandling for psykiske lidelser i løpet av siste år. Pasienter yngre enn 18 år behandlet hos avtalespesialistene. Andel pasienter i prosent. Fagutdanning. Pasienttellingen 2008.

Tidligere behandling siste år	Avtalespesialist		
	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Primærhelsetjenesten	45	27	30
Psykisk helsevern for barn og unge	28	21	22
Ingen tidligere behandling	29	51	47
Antall pasienter (N)	79	336	415
Mangler informasjon (n)	21	81	102

²¹ Hyperkinetisk forstyrrelse (ICD10: F90)

²² Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning (ICD10: F43). Lidelsen er karakterisert ved at en belastende livshendelse fremkaller en akutt reaksjon eller ved at en vesentlig forandring i tilværelsen, som medfører vedvarende ubehagelige forhold, resulterer i en tilpasningsforstyrrelse.

Barn og unge som mottar behandlingstilbud hos avtalespesialistene har også i stor grad mottatt behandling i primærhelsetjenesten i løpet av det siste året. Over 20 prosent har hatt tilbud innen BUP i løpet av det siste året. Halvparten av psykologspesialistenes pasienter har imidlertid ikke mottatt noen behandling for psykisk lidelser i løpet av det siste året. Omfanget av pasienter uten pasienterfaringer, er mindre hos psykiaterne.

Det er ingen forskjell mellom psykiatere og psykologspesialister med hensyn på hvor lenge pasientene har gått til behandling. Median varighet av behandlingsseriene er på 4,6 måneder og interkvartilbredden er fra 1,6 til 18,6 måneder. Dette betyr at 25 prosent av pasientene med de lengste behandlingsperiodene har gått i behandling hos avtalespesialisten i mer enn ett og ett halvt år. I registreringen ble behandlerne også bedt om å anslå hvor mange konsultasjoner pasienten har mottatt siden den første kontakten. Basert på dette anslaget har vi beregnet intensiteten i behandlingen.

Kort tid etter behandlingsstart er intensiteten i behandlingen høy. Den første uken får halvparten av pasientene to eller flere konsultasjoner per uke, men allerede etter få uker er intensiteten i behandlingen redusert til én kontakt per ti dager i gjennomsnitt. Etter et halvt år er median intensitet på om lag to kontakter per måned.

10.6 Oppsummering

Samlet sett er det i overkant av to prosent (omlag 540 pasienter) av pasientene ved voksenpsykiatriske poliklinikker som har hatt kontakt med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i løpet av det siste året eller i tilknytning til denne aktuelle behandlingsperioden. I tillegg er det om lag 100 pasienter hos avtalespesialistene som også har hatt en slik kontakt med BUP.

Blant pasientene i aldersgruppen 18-23 år er det kun ti prosent som har hatt en slik kontakt med BUP. Dette kan tyde på at de unge pasientene for en stor del henvises direkte til voksenpsykiatrien, uten at BUP er involvert. For de unge jentene, som for øvrig er en voksende pasientgruppe i voksenpsykiatrien, og som oftest kommer i kontakt med BUP først i tenårene, kan det tenkes at kontakten i stedet rettes direkte mot voksenpsykiatrien. For guttene, hvor den typiske kontakten med BUP inntreffer tidligere, og hvor atferdsforstyrrelser er en av de vanligste grunnene til kontakt, er det verd å merke seg at svært få viderehenvises for videre oppfølging i voksenpsykiatrien.

Det rapporteres i liten grad om et etablert behandlingstilbud fra voksenpsykiatrien for pasientene i BUP og det udekkede behovet er beskjedent. Kun fire prosent av pasientene over 17 år mangler tilbud fra psykisk helsevern for voksne. Dette kan delvis skyldes manglende besvarelser, men resultatene signaliserer uansett et marginalt fokus på samarbeid med voksenpsykiatrien i behandlingstilbudet.

Mange spørsmål, som krever egne undersøkelser, reises i kjølvannet av disse resultatene: Er pasientene ferdigbehandlet når BUP avslutter behandlingsperioden? Bli familien i for stor grad overlatt til seg selv i arbeidet med å få hjelp for sine unge? Bli behandlingsforløpet byråkratisert ved at fastlegen må involveres og viderehenvises til voksenpsykiatrien i stedet for en direktekontakt fra BUP? Har BUP noen rolle i arbeidet med tiltak overfor barn som pasientene i voksenpsykiatrien har omsorg for?

Dette er noen spørsmål som er viktige å besvare for å avdekke mer om innholdet i samarbeidet mellom voksenpsykiatrien og BUP. På bakgrunn av at andel ungdommer øker i BUP og bruk av voksenpsykiatriske tjenester har økt blant de unge voksne i løpet av planperioden, er dette en gruppe pasienter som øker i volum og som trenger et særlig fokus fordi de er i starten av sin utdanning og yrkesliv.

En femtedel av avtalespesialistene har spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri og de aller fleste har dette i tillegg spesialistkompetanse i voksenpsykiatri. Om lag 420 pasienter hos avtalespesialistene er under 18 år, og disse utgjør om lag 3 prosent av alle pasientene. Det er i hovedsak psykologspesialister som har denne kompetansen. BUP henviser barn og unge oftere til psykiater sammenlignet med psykologspesialist, på tross av at omfanget av psykiatere er lite og at de i mindre grad er spesialisert innen barn og unge.

11 Pasienter med opprinnelse utenfor Norge

Solfrid Lilleeng og Haldis Hjort

11.1 Innledning

Pasienter som er født i den ikke-vestlige verden utgjør om lag 8 prosent av døgnpasientene i psykisk helsevern (Lilleeng et al. 2009). Denne pasientgruppen var i større grad underlagt tvungent psykisk helsevern, en større andel med alvorlige psykiske lidelser, og en større andel manglet egen bolig når man sammenlignet med pasienter født i Norge. Det imidlertid ingen forskjell i etablerte tilbud, med unntak av poliklinisk tilbud som i større grad er opprettet for pasientene som er født utenfor Norge. Da er det grunn til å tro at vi blant polikliniske pasienter finner en betydelig andel pasienter født i ikke-vestlige land. I dette kapitlet vil vi undersøke omfang og karakteristika knyttet til denne pasientgruppen blant pasientene som får behandling ved poliklinikker og hos avtalespesialistene.

11.2 Asylsøkere/flyktninger

Blant pasientene som er født utenfor Norge inngår både asylsøkere og personer med flyktningebakgrunn. Her er disse to gruppene beskrevet litt nærmere.

11.2.1 Generelt om asylsøkere/flyktninger (Fra kap 10.2 i Lilleeng et al. 2009.)

Asylsøkere er personer som er utsatt for forfølgelse og overgrep i sine hjemland. På Utlendingsdirektoratets hjemmesider heter det:

'Norge gir beskyttelse til personer som blir forfulgt på grunn av region, nasjonalitet, politisk oppfatning eller medlemskap i en spesiell sosial gruppe, basert på FNs flyktningkonvensjon og norsk lov.'²³

Flyktningstatus gis i henhold til flyktningkonvensjonen. Når asylsøkere ankommer Norge, får de tilbud om å bo ved asylmottak mens de venter på å få behandlet søknaden. Behandlingstiden kan ta fra 48 timer til flere måneder. Behandlingstiden avhenger av personens alder og hvilket land personen kommer fra. Land som omfattes av tre ukers behandlingsgaranti er for tiden Albania, Bosnia-Hercegovina, Georgia, Hviterusland, Makedonia, Russland (unntatt Tsjetsjenia), Serbia (unntatt minoriteter fra Kosovo) og Montenegro. Midlertidig arbeidstillatelse kan innvilges mens søknaden behandles.

Det var i underkant av 8 000 personer som søkte om asyl i Norge i 2004, mens 4 000 personer fikk innvilget beskyttelse i form av asyl, humanitært opphold eller som overføringsflyktning (kvoteflyktninger). I perioden 2000-2004 var Norge et av de landene som mottok flest asylsøknader i forhold til folketallet, 15 per 1000 innbyggere. I 2007 var det 6 527

²³ <http://www.udi.no/defaultRedesign.aspx?id=30>

søknader om asyl i Norge. Den største gruppen asylsøkere er fra Asia (38 prosent), mens søknadene fra personer bosatt i Afrika og Europa utgjør henholdsvis 28 og 25 prosent.

Behandlingstiden av en asylsøknad krever undersøkelser om denne personens forhistorie og de lokale forhold i det land han/hun kommer fra. Slike undersøkelser og vurderinger om hvorvidt deres søknad om asyl kan innfris er en tidkrevende prosess for de som ikke inkluderes av garantien om behandling av søknaden, og dette er åpenbart belastende for de som søker asyl.

11.2.2 Pasienter med asylsøkerstatus/flyktninger/eller som har flyktningbakgrunn

Blant pasientene ved poliklinikkene utgjør asylsøkere 1,1 prosent av pasientene. Hos avtalespesialistene utgjør denne gruppen 0,4 prosent. Samlet sett er 0,9 prosent av de polikliniske pasientene asylsøkere og omfanget er i samme størrelsesorden som blant døgnpasientene.

Omfanget av pasienter som er flyktninger er også beskjedent. I alt 3,8 prosent av pasientene ved poliklinikkene er flyktninger, mens hos avtalespesialistene har 2,1 prosent av pasientene flyktningbakgrunn. Samlet sett er 3,3 prosent av de polikliniske pasientene flyktninger og det er et noe større omfang sammenlignet med døgnpasientene hvor 2,3 prosent var flyktning/hadde flyktningbakgrunn (Lilleeng et al. 2009).

Begge disse gruppene inngår i betegnelsen *pasienter med fødeland utenfor Norge*, som er utgangspunktet for analysene som presenteres i dette kapitlet. For å få en ytterligere relevant stratifisering av pasientpopulasjonen er det laget et skille mellom pasienter født i den *ikke-vestlige* og *vestlige verden*. Pasienter født i den ikke-vestlige verden inkluderer asylsøkere og flyktninger og ved poliklinikkene utgjør de nesten halvparten av pasientene. Hos avtalespesialistene utgjør asylsøkere og flyktninger nesten 40 prosent av pasientene født i den ikke-vestlige verden.

11.3 Pasienter med fødeland utenfor Norge

Pasienter med fødeland utenfor Norge er presentert i tabell 11.1. Vi skiller mellom pasienter født i den vestlige og ikke-vestlige delen av verden, og fokuserer primært på den siste gruppen.

Tabell 11.1 Pasienter med fødeland utenfor Norge fordelt etter verdensdel og omfanget totalt (andel pasienter i prosent). Poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.

Fordelingen mellom verdensdelene		Poliklinikker	Avtalespesialister
Vestlige verden	Vest Europa og Nord Amerika	25	47
	Øst Europa	17	16
Ikke-vestlige verden	Asia	40	22
	Afrika	11	6
	Australia og Latin-Amerika	7	9
Totalt		100	100
Andel pasienter totalt med fødeland utenfor Norge		13	8
Andel pasienter født i den ikke-vestlige delen av verden		9	4
Totalt (N)		24 732	11 626
Missing på fødeland (n)		4 611	813

Det er pasienter med fødeland i ikke-vestlige deler av verden som vi vil se nærmere på i de videre analysene. Med ikke-vestlig verden menes østlige deler av Europa, Asia, Australia, Latin-Amerika og Afrika. Antall innbyggere i Norge som er født i den ikke-vestlige verden utgjør 8,5 prosent av Norges befolkning i 2007. I pasienttellingen utgjør denne pasientgruppen 7,7 prosent av alle polikliniske pasienter og har dermed samme omfang som ved døgnavdelingene (Lilleeng et al. 2009). Kjennetegn ved pasienter født i Norge og født i den ikke-vestlige verden, og som mottar behandling ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene, er presentert i hhv. tabell 11.2 og tabell 11.3.

Tabell 11.2 Andel pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg, andel pasienter med PTSD, andel pasienter med selvmordstanker, andel pasienter yngre enn 30 år, andel menn og andel med omsorg for barn under 18 år. Pasienter med norsk eller ikke-vestlig opprinnelse. Poliklinikkene. Pasienttellingen 2008.

Fødeland	Andel pasienter					
	Vedtak om TVPH ved behandlingsstart	PTSD ¹	Selvmordstanker	Yngre enn 30 år	Menn	Omsorg for barn under 18 år
Norge	4	10	20	32	38	31
Ikke-vestlige verden ²	7	26	27	27	47	46

1) Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning (ICD 10: F43) og dissosiative lidelser (ICD 10: F44).

2) Pasienter med fødeland i Øst-Europa, Asia, Afrika, Latin-Amerika og Australia.

Pasienter ved poliklinikkene, som er født i den ikke-vestlige verden skiller seg fra pasienter født i Norge på flere områder. Pasienter fra den ikke-vestlige delen av verden er i større grad underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn. Dette må ses i sammenheng med den høye andelen tvangsinnlagte blant disse pasientene (Lilleeng et al. 2009). De aller fleste som hadde vedtak om tvang uten døgnomsorg ved behandlingsstart hadde enten blitt henvist direkte fra en døgnavdeling til polikliniske behandling, eller de hadde hatt et døgnopphold i løpet av det siste året. Pasienter med ikke-vestlig opprinnelse har i større grad selvmordsproblematikk sammenlignet med pasienter født i Norge, og det er selvmordstanker denne pasientgruppen er mer rammet av sammenlignet med pasienter født i Norge. Det er særlig pasienter fra Asia og Øst-Europa som ofte er plaget av selvmordstanker. Andel pasienter med PTSD er større hos disse pasientene sammenlignet med pasienter født i Norge. Det er en viss overvekt av menn blant pasienter født i den ikke-vestlige verden som får behandling ved poliklinikkene. En større andel av de ikke-vestlige pasientene har omsorg for barn og det er iverksatt tiltak for oppfølging av barna i like stor grad som for pasientene som er født i Norge.

Tabell 11.3 Andel pasienter med PTSD, andel pasienter med selvmordsproblematikk, andel ugifte, andel pasienter yngre enn 30 år, andel med høyere utdanning og andel med omsorg for barn. Pasienter med norsk eller ikke-vestlig opprinnelse. Avtalespesialistene. Pasienttellingen 2008.

Fødeland	Andel pasienter					
	PTSD ¹	Selvmordsproblematikk	Andel ugifte	Yngre enn 30 år	Høyere utdanning ³	Omsorg for barn
Norge	16	28	29	14	58	48
Ikke-vestlige verden ²	28	36	22	19	50	59

1) Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning (ICD 10: F43) og dissosiative lidelser (ICD 10: F44).

2) Pasienter med fødeland i Øst-Europa, Asia, Afrika, Latin-Amerika og Australia.

3) Eksamen fra høyskole eller universitet

Pasienter født i den ikke-vestlige verden som får behandling hos avtalespesialistene, er i større grad rammet av PTSD, har oftere uttrykt selvmordstanker og selvmordstrusler sammenlignet med pasienter født i Norge. De er i mindre grad ugifte, er noe yngre, har lavere utdanning og i større grad omsorg for barn sammenlignet med pasientene som er født i Norge.

Ved poliklinikkene har halvparten av pasientene som er født i utlandet, vært i Norge i 15 år eller mer. Det gjelder både pasienter fra vestlige og ikke-vestlige deler av verden. Pasienter født utenfor Norge som oppsøker avtalespesialist har bodd lengre i Norge. Halvparten av pasientene fra den ikke-vestlige delen av verden har vært mer enn 17 år i Norge, mens halvparten av pasientene fra vestlige deler av verden har vært i Norge i 20 år eller mer.

Pasienter født i den ikke-vestlige verden har i mindre grad rusproblematikk sammenlignet med pasienter født i Norge. Pasienter født i den ikke-vestlige verden har ikke større omfang av alvorlige psykiske lidelser²⁴ sammenlignet med pasienter født i Norge, slik som vi fant blant døgnpasientene. Halvparten av pasientene fra den ikke-vestlige verden har arbeidslivstilknnytning nå eller i nær fortid. Dette er litt lavere enn for pasienter født i Norge. Andel pasienter med sykemelding er imidlertid større blant de ikke-vestlige pasientene.

11.3.1 Kommunale behov for pasientene ved poliklinikkene

For pasientene som får behandlingstilbud ved poliklinikkene, er etablert og ønsket kommunalt tilbud angitt. Tabell 11.4 viser hvilke tilbud som er etablert for pasienter født i Norge versus pasienter født i ikke-vestlige land.

Tabell 11.4 Behandlingstilbud for pasienter med fødeland i den ikke-vestlige verden eller født i Norge. Kommunale tilbud. Faktisk/etablert og udekket behov. Andel pasienter i prosent. Poliklinikkene. Pasienttelling 2008.

	Faktisk/etablert ¹		Udekket behov ¹	
	Fødeland Norge	Fødeland ikke-vestlige verden	Fødeland Norge	Fødeland ikke-vestlige verden
Kommunalt sykehjem/servicesenter	1	<1	<1	<1
Omsorgsbolig med døgnbemanning	4	3	2	3
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	3	2	2	2
Omsorgsbolig uten tilsyn	1	1	<1	<1
Egen bolig med tilsyn	4	3	3	3
Egen bolig	20	24	3	4
Hjemmetjenester	14	12	4	6
Kommunalt dagtilbud/dagsenter	9	7	7	12
Støttekontakt for voksne	6	5	9	14
Arbeid i kommunal regi	3	2	5	6
Arbeid i NAV regi	9	7	10	14
Totalt N	17 598	1 902	17 598	1 902
Mangler informasjon om kommunalt behov ¹	60 %	50 %	60 %	50 %

1) Beregninger er basert på gjennomsnitt av alternativ 1 og alternativ 2; se kap 6.

²⁴ Alvorlige psykiske lidelser (SMI) er definert ved ICD10-kodene F20, F22-29, F30-F31 som hoveddiagnose - se kap 2.3.

Det er små forskjeller i etablerte kommunale tilbud for pasienter fra ikke-vestlige land sammenlignet med pasienter født i Norge. Begge gruppene har i betydelig grad etablert kommunal bolig og hjemmetjenester. Pasienter fra den ikke-vestlige verden etterspør kommunale dagtilbud, støttekontakt og arbeid i NAV regi i større grad enn pasienter født i Norge. Arbeid i NAV regi er etablert for syv prosent, og ytterligere 14 prosent etterspør dette tilbudet mens arbeid i kommunal regi er etablert for to prosent og etterspurt for ytterligere seks prosent av pasientene født i den ikke-vestlige verden.

11.3.2 Hvor i Norge bor pasientene som er født i ikke-vestlige deler av verden.

En oversikt over hvor pasientene bor er presentert i tabell 11.5.

Tabell 11.5 Pasientenes bostedskommune fordelt etter region og kommunestørrelse. Pasienter med fødeland Norge, vestlige verden for øvrig og ikke-vestlige verden. Andel pasienter i prosent. Poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.

	Poliklinikker			Avtalespesialister			
	Norge	Vestlige verden	Ikke-vestlige verden	Norge	Vestlige verden	Ikke-vestlige verden	
Bostedsregion	Helse Sør-Øst RHF	54	64	72	63	68	66
	Helse Vest RHF	18	17	16	24	21	26
	Helse Midt-Norge RHF	17	10	9	8	9	5
	Helse Nord RHF	11	9	4	5	3	3
	Totalt	100	100	100	100	100	100
Kommunestørrelse	< 10 000 innb	24	19	9	13	11	7
	10 000-39 000 innb	33	29	21	29	32	22
	>= 39 000 innb	19	20	23	24	17	23
	Storby ¹	25	32	47	34	41	49
	Totalt	100	100	100	100	100	100

1) Oslo, Trondheim, Bergen og Stavanger

Samlet sett bor nærmere 60 prosent av pasientene i helseregion Sør-Øst. Hele 72 prosent av de pasientene fra den ikke-vestlige verden bor i helseregion Sør-Øst. Det er særlig helseforetaksområdene Oslo, Akershus og Asker og Bærum som har mange pasienter med denne bakgrunnen, men også Østfold og Buskerud har en andel pasienter med ikke-vestlig bakgrunn som ligger over landsgjennomsnittet.

Når vi ser på kommunestørrelse, finner vi at nesten halvparten av pasientene født i den ikke-vestlige verden bor i en av de fire største byene; Oslo, Trondheim, Bergen og Stavanger. Mens en tredjedel av pasientene som er født i vestlige deler av verden bor i de største byene, er en fjerdedel av pasientene født i Norge bosatt i storbyer. For avtalespesialistene er andel pasienter bosatt i storbyene høyere fordi de ofte har sin avtalepraksis i større byer. Pasienter født i den ikke-vestlige verden har samme bostedsprofil uavhengig av behandlingsform. Dette betyr at denne pasientgruppen, på grunn av sitt bostedsmønster, i større grad kan velge mellom avtalespesialister og poliklinikker når de søker hjelp for psykiske problemer. En femtedel av pasienter født i den ikke-vestlige verden får behandlingstilbud hos avtalespesialistene. Pasienter som er født i Norge og som bor i små kommuner kan i liten grad velge og vil i større grad gjenfinnes ved poliklinikkene.

11.4 Oppsummering

Det har i de siste årene vært en del oppmerksomhet knyttet til pasienter fra ulike ikke-vestlige deler av verden og deres behov for og bruk av tjenester fra det psykiske helsevernet. I denne registreringen blir denne gruppens bruk av psykisk helsevern og behov for kommunale tjenester estimert. Særlig er oppmerksomheten knyttet til asylsøkere og flyktningers psykiske helse som gjennom sin status som asylsøker/flyktning tilkjenner at de har vært utsatt for traumatiske hendelser og blitt tvunget til å forlate sitt hjemland. I denne avrapporteringen av Pasienttellingen 2008 er det likevel valgt å fokusere på alle pasienter født i den ikke-vestlige verden, hvor asylsøkere og flyktninger utgjør 45 prosent av pasientgruppen.

Personer født i den ikke-vestlige verden og som er bosatt i Norge utgjør 8,5 prosent av Norges befolkning i 2007. I pasientregistreringen utgjør denne pasientgruppen 7,7 prosent av alle polikliniske pasienter og har dermed samme omfang som i Pasienttellingen ved døgnavdelingene. Omfanget er på ni prosent ved poliklinikkene og fire prosent hos avtalespesialistene.

Halvparten av pasientene som er født i utlandet har vært i Norge i 15 år eller mer og det gjelder både pasienter fra vestlige og ikke-vestlige deler av verden. Pasienter født utenfor Norge som oppsøker avtalespesialist har bodd lengre i Norge. Halvparten av pasientene fra den ikke-vestlige delen av verden har vært mer enn 17 år i Norge, mens halvparten av pasientene fra vestlige deler av verden har vært i Norge i 20 år eller mer.

Pasienter fra den ikke-vestlige verden er i større grad underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn. Dette må ses på som en konsekvens av den relativt sett høye andelen tvangsinnlagte blant disse pasientene. Pasienter født i den ikke-vestlige verden har i mindre grad rusproblematikk sammenlignet med pasienter født i Norge og har ikke større omfang av de mest alvorlige psykiske lidelsene sammenlignet med pasienter født i Norge slik som vi fant blant døgnpasientene. PTSD og selvmordstanker er hyppigere forekommende enn blant pasienter som er født i Norge. Dette kan tyde på at de ikke-vestlige pasientenes behov for behandling i større grad kan tilskrives alvorlige livshendelser og deres reaksjoner i kjølvannet av disse opplevelsene. Pasienter fra den ikke-vestlige verden har i noe mindre grad arbeidslivstilknytningen sammenlignet med pasienter født i Norge, men det er særlig andel pasienter med sykemelding som er større blant de ikke-vestlige pasientene. Det er altså en betydelig gruppe som står i fare for å falle ut av arbeidslivet i denne gruppen. Både poliklinikker og avtalespesialister fanger opp denne gruppen med sitt behandlingstilbud. Spørsmålet er om fokuset på arbeid også blir ivaretatt samtidig med behandlingstilbudet for de psykiske problemene.

Når det gjelder de etablerte kommunale tilbud, har pasienter fra den ikke-vestlige verden fått etablert egen bolig og hjemmetjenester i samme omfang som pasienter født i Norge. Kommunale tilbud som støttekontakt, dagbasert tilbud og arbeidsrettede tiltak er tjenester med større udekte behov for ikke-vestlige pasienter sammenlignet med pasienter født i Norge.

Samlet sett bor nærmere 60 prosent av pasientene i helseregion Sør-Øst, men for pasienter med ikke-vestlige fødeland er det 72 prosent som bor i denne regionen. Ser vi på de fire største byene i Norge, bor nesten halvparten av pasientene født i den ikke-vestlige verden i en av disse. Dette betyr av pasienter født i ikke-vestlige land, i prinsippet, i større grad kan velge mellom poliklinikker og avtalespesialister når de ønsker poliklinisk behandling.

12 Avtalespesialistene i psykisk helsevern

Haldis Hjort og Solfrid Lilleeng

På "folkemunne" innen psykisk helsevern kalles ofte behandlerne, som er selvstendig næringsdrivende, for "privatpraktiserende". Begrepet brukes både av behandlere, behandlingssøkende, pasienter og andre innen psykisk helsevern. Men innen "privatpraktiserende"-kategorien er det *tre* grupper av behandlere: For det første de som har både avtale eller hjemmel med driftstilskudd fra helseforetak og refusjonsrett fra NAV, for det andre de som *bare* har refusjonsrett (gruppen består for det meste av behandlere som hadde driftstilskudd inntil fylte 70 år og som fortsetter sin praksis med refusjonsrett, *eller* behandlere som, som en del av spesialistutdannelsen, tar visse typer av psykoterapiutdanning) og for det tredje behandlere som har *alle* inntekter fra pasientenes betaling. Det er vel egentlig bare den siste gruppen som bør kalles "privatpraktiserende", siden de to andre gruppene lønnes delvis av det offentlige. Og hvis en pasient som er hos en behandler med driftstilskudd har betalt nok egenandeler til å oppnå det såkalte "taket" i helseutgifter og dermed får frikort, så slipper han/hun å betale egenandeler og behandlingen blir gratis. Behandleren har ikke lov til å ta noe betaling fra pasienten da, men lønnes helt og fullt av helseforetak og NAV.

I denne rapporten er det bare gruppen av psykiatere og psykologer som har både driftstilskudd og refusjonsrett som ble tilsendt skjema og blir undersøkt. Vi kaller denne gruppen for *avtalespesialister*.

12.1 Metode, oppslutning og svarprosent

I undersøkelsene av behandlere og pasienter i poliklinisk praksis ble behandlerne i avtalepraksis-gruppen bedt om å fylle ut opplysninger om seg selv på *behandlerskjemaet* (vedlegg 5) og opplysninger om sine pasienter på *pasientskjemaet* (vedlegg 6), i løpet av en 14-dagers periode. Denne perioden var fra 14. til 27. april 2008. Dersom noen av behandlerne ikke hadde mulighet for registrering i denne 14-dagersperioden, eller perioden var lite representativ for den vanlige praksis, hadde de mulighet for å registrere i en annen 14-dagersperiode (mellom 12 og 20 behandlere benyttet seg av det).

Det ble arbeidet mye med de to skjemaene for at de skulle bli mer relevante og dekkende for de viktigste faktorer innen avtalepraksis i 2008 enn skjemaene fra de to forrige pasienttellingene i 2000 og 2004. Vi valgte å prioritere å utforme skjemaene ut fra hvilke spørsmål vi syntes var viktige og aktuelle å få svar på i dag, framfor å ha alle de samme spørsmålene fra de forrige pasienttellingene fra 1999 og 2004. Det resulterer i at vi ikke kan sammenligne resultatene fra de to tidspunktene på alle områder. Vi vektla også at skjemaene skulle være kortfattet (på en A4 side) slik at arbeidet med å fylle dem ut skulle være overkommelig. Svarprosentene var i 2000 62 for psykiatere, 23 for psykologene og med en samlet prosent på 31 prosent (Hagen 2001). I 2004 var svarprosenten 52 for psykiaterne og 39 for psykologene, med samlet svarprosent på 43 (Gråwe et al. 2005). Vi håpet at de nye skjemaene i 2008 kunne motivere flere avtalespesialister til å svare. At vi også ba ledere innen psykiater- og psykologforeningen om å sende brev til medlemmer, med sterk oppfordring om å ta seg tid til å fylle ut skjemaene, trodde vi også ville ha betydning for grad av oppslutning.

Oppslutningen eller svarprosenten blant avtalespesialistene er presentert i tabell 12.1.

Tabell 12.1 Oppslutningen blant avtalespesialister; psykiatere og psykologspesialister. Andel (prosent) behandlere som har returnert tilsendte pasientskjema. Avtalespesialister 2008.

Avtaleregion	Oppslutningen ¹ blant avtalespesialistene		
	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	69	65	66
Helse Vest RHF	78	60	65
Helse Midt-Norge RHF	54	71	68
Helse Nord RHF	90	77	81
Totalt	71	65	66
Antall driftsavtaler totalt i 2007 ² (N)	275	552	827

1) Oppslutningen er basert på antall driftsavtaler som var operative/tilgjengelige på registreringstidspunktet. Det vil si at avtalespesialister med permisjon fra praksis, oppnådd aldersgrense, sykemelding og ukjent adresse ble ekskludert. Disse utgjorde om lag 7 prosent av de driftsavtaler vi fikk oppgitt av de respektive RHF og som var grunnlaget for utsendelsen av både behandlerkjema og pasientskjema.

2) Statistikkbanken: www.ssb.no

Vi ser at målsettingen med bedret oppslutning absolutt ble nådd; blant psykiaterne var svarprosenten 71 prosent, blant psykologspesialistene 65 prosent, og samlet svarprosent var 66. (Det er ikke tatt hensyn til omfanget av driftsavtalene og i hvilken grad avtalens omfang har betydning for deltakelse i undersøkelsen. Karakteristika ved avtalepraksisen er heller ikke knyttet opp mot pasientskjemaene og behandlerers anonymitet er ivaretatt.)

I vår rapport vil det når det gjelder en del av problemstillingene, være interessant å sammenligne data fra pasienttellingen i 2000 og 2004. Slik kan vi få noe kunnskap om utviklingen innen enkelte områder fra opptrappingsplanen begynte og til den ble avsluttet.

12.2 Problemstillingene vi ønsket å undersøke vedrørende behandlerne

1. Antall årsverk for psykiatere og psykologer i 2008, sammenlignet med 2000.
2. "Avtalespesialist-tetthet" i helseregionene i forhold til behandlingsbehov, årsverk ved poliklinikkene og folketall.
3. Sammenligning mellom *praksisprofilene til psykiatere og psykologer*; alder, kjønn, driftstilskudd-prosent.
4. Har avtalespesialistene flere behandlingstimer enn det som dekkes av driftstilskuddet? Altså at summen av behandlingstimerne per tidsenhet er høyere enn normalt?
5. Avtalespesialistenes behandlings-, utrednings- og vurderingstimer (dvs. direkte arbeid med pasientene) i sin praksis per uke.
6. Antall behandlingssøkende (potensielle nye pasienter) som har *søkt* kontakt i løpet av 14 dager; pr. telefon, brev, e-post eller på annen måte, og hvor mange som er *henvist* fra lege.
7. Anslagsvis hvor lang tid avtalespesialister mener det er før man kan ta inn en ny pasient.
8. Andel avtalespesialistene som fører ventelister, og grunnene som de har som ikke fører ventelister.

12.3 Analyser og tolkninger av spørsmålene og problemstillingene

12.3.1 Antall årsverk for psykiatere og psykologer i 2008, sammenlignet med 2000

I og med at en av hovedintensjonene ved opptrappingsplanen for psykisk helsevern var å utvikle og øke polikliniske behandlingstilbud i pasientenes nærmiljø, ønsket vi å se på behandlingsressursene, dvs. de samlede årsverk (*ikke* antall avtaler/driftstilskudd), for avtalespesialister i opptrappingsperioden. Vi har da brukt informasjon om spesialister med driftsavtaler målt i årsverk og polikliniske årsverk ved poliklinikkene. I tabell 12.2 er årsverk for 2007 og endringstall fra 2000 presentert. Ved de psykiatriske poliklinikkene kan vi imidlertid ikke skille mellom psykiatere og andre leger eller psykologer og psykologspesialister. Omfanget av spesialister kan imidlertid estimeres fra de *samlede* personelltall ved sykehus og DPS i Norge 2007. Da finner vi at andel psykiatere utgjør om lag 60 prosent av legene mens de kliniske psykologene utgjør 44 prosent av alle psykologer i 2007.

Tabell 12.2 Antall årsverk ved poliklinikker og avtalespesialister og endring i årsverk fra 2000 angitt i prosent. Leger og psykologer. 2007.

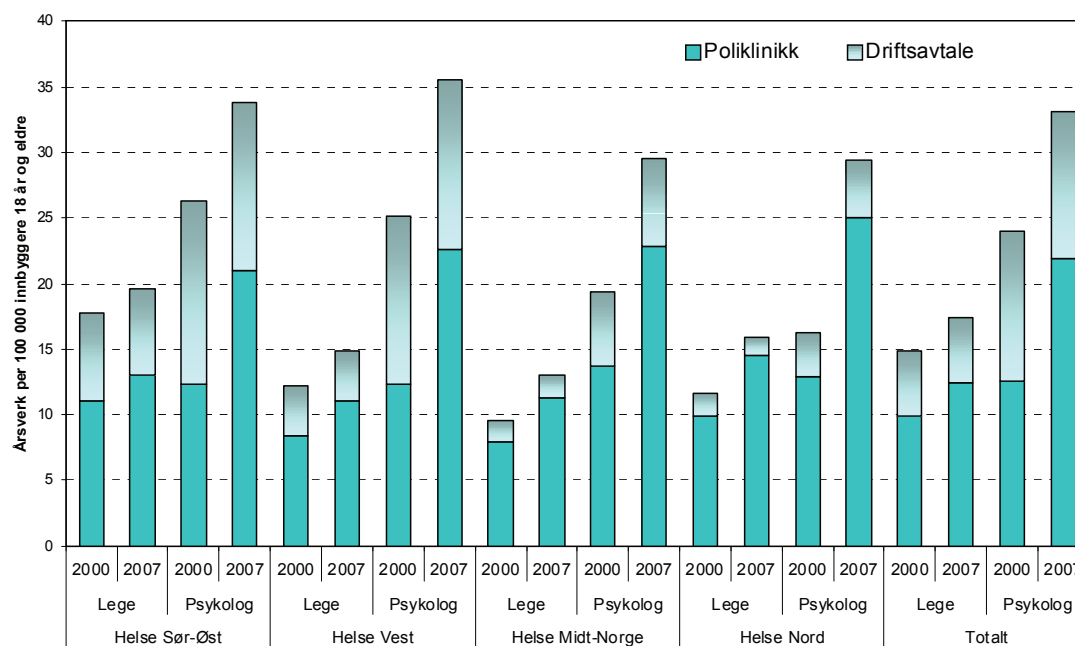
Avtaleregion	Poliklinikker ¹		Avtalespesialister ²		Endring i årsverk (prosent) fra 2000			
	Leger/ psykiatere	Psykologer/ spesialister	Psykiatere	Psykolog- spesialister	Leger/ psykiatere		Psykologer/ spesialister	
					Polikl.	Avtale	Polikl.	Avtale
Helse Sør-Øst RHF	268,9	435,5	135,3	261,8	27	4	84	-2
Helse Vest RHF	82,9	170,4	28,5	95,4	45	7	102	9
Helse Midt-Norge RHF	57,9	116,6	8,6	33,9	51	12	77	23
Helse Nord RHF	51,9	89,1	4,6	15,4	49	-25	97	31
Totalt	461,6	811,6	177,0	406,5	35	4	88	3

1) SAMDATA og SSB

2) Statistikkbanken; www.ssb.no

Vi fant at det er praktisk talt ingen økning (bare 3 prosent) i årsverk for avtalespesialister i perioden 2000-2007, mens legeårsverk ved poliklinikkene er økt med 35 prosent og psykologårsverk med 88 prosent. Dette har den konsekvens at avtalespesialistenes årsverk som *andel* av alle lege- og psykologårsverk innen det polikliniske behandlingstilbudet for voksne, er redusert fra 40 til 30 prosent i denne perioden. Totalt sett utgjør avtalespesialistene 30 prosent av lege- og psykologårsverkene i det samlede polikliniske tilbudet, men på bakgrunn av at en betydelig andel av lege- og psykologårsverkene ved poliklinikkene *ikke* er spesialister, utgjør avtalespesialistene en mye høyere andel av den polikliniske *spesialisthelsetjenesten*.

I figur 12.1 er årsverk per 100 000 innbyggere presentert for psykiatere og psykologer i regionene.



Figur 12.1 Psykologer og leger ved poliklinikkene og psykiatere og psykologspesialister i avtalepraksis. Årsverk per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Regioner. 2000 og 2007.

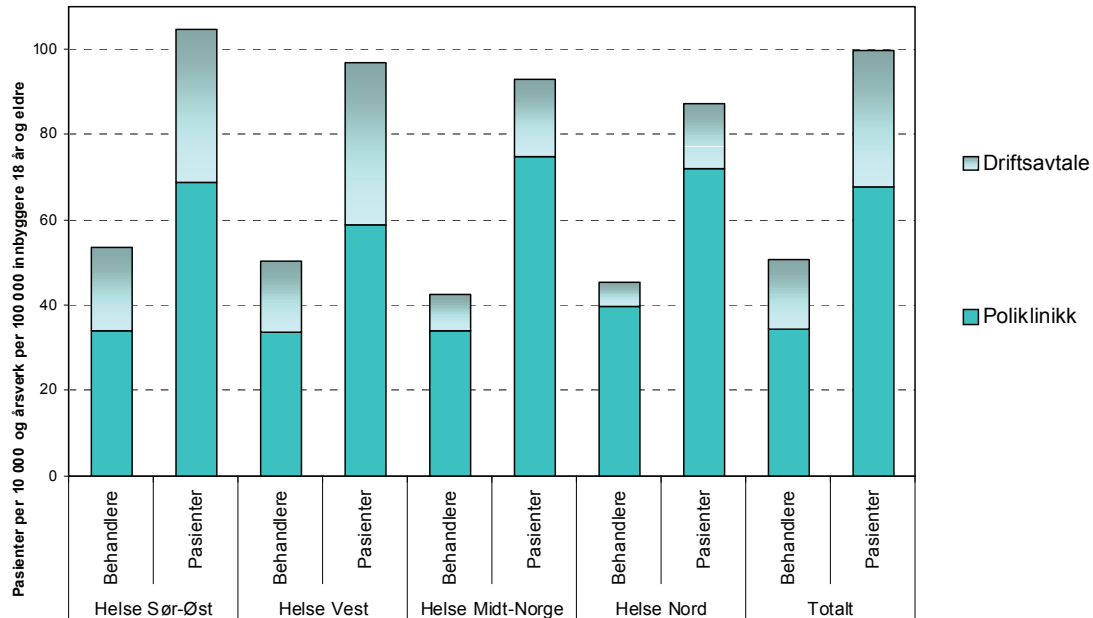
I figur 12.1 ser vi søylene for den totale volum av årsverk som avtalespesialistene og poliklinikkspesialistene utgjør samlet sett i de regionale helseforetakene. Fra figuren fremgår det at den førstnevnte gruppen ikke har økt gjennom opptrappingsplanperioden. Årsverkene i poliklinikkene derimot, har økt sterkt. Hvorfor de bevilgende myndigheter har prioritert slik er uklart, vi har ikke sett noen klar begrunnelse for det. At de behandlingssøkende ønsker langt bedre tilgjengelighet, ser man av de henvendelser som avtalespesialistene får (dette vises i flere av analysene nedenfor). Og et av de viktigste målene ved opptrappingsplanen var at ressurser skulle flyttes fra døgninstitusjonene til den polikliniske delen av psykisk helsevern, hvorav avtalespesialistene utgjør en stor andel av polikliniske tjenester.

Men i neste kapittel viser vi (tabell 13.3 og 13.4) at pasienter som avtalespesialistene tar imot er de mest sosioøkonomisk ressurssterke, noe som også var tilfelle og ble vist i tellingene fra 1999 og 2004 (Hagen 2001; Gråwe 2005). Og avtalespesialistene kan sies å behandle pasienter med psykiske lidelser som delvis krever mindre behandlingsressurser enn pasientene som er ved poliklinikkene. Det kan da bli et argument for at økning av antall årsverk blant avtalespesialistene ikke nødvendigvis gir et totalt sett bedre tilbud til de som trenger det mest. Prioriteringskriterier for at ressursene utnyttes slik at man ivaretar en sosial profil, er kanskje et forslag. Det må utforskes og framheves mer hva avtalespesialistene tilbyr som ikke tilbys ved poliklinikkene, og det må legges til rette for at avtalespesialistene kan ta en større andel av pasienter med beskjeden økonomi og som trenger lang behandlingstid.

En annen konsekvens av de bevilgende myndigheters prioriteringer, er at når antall psykologer har økt mer enn psykiatere i poliklinikkene, vil det kunne påvirke pasientsammensetningen i og med at det er en del forskjeller mellom de helsetjenester de to profesjonene kan tilby. For eksempel kan ikke psykologene forskrive psykofarmaka, mens de kan ha hatt mer opplæring i noen utredende og diagnostiske redskaper. Dette kommer vi tilbake til når pasientpopulasjonen fra 2000 til 2008 skal beskrives.

12.3.2 "Avtalespesialist-tetthet" ved helseregionene i forhold til behandlingsbehov

Vi ville finne ut om de polikliniske behandlingsressursene (både hos DPS-ene og avtalspesialistene) er rimelig fordelt mellom helseregionene. Det kan illustreres ved å bruke årsverk fra avtalepraksis og offentlige poliklinikker fordelt på regionenes innbyggere:



Figur 12.2 Årsverk og pasienter ved poliklinikkene og i avtalepraksis. Pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og årsverk per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Regioner. 2000 og 2007.

I figur 12.2 er behandlerårsverk per 100 000 voksne innbyggere fra 18 år presentert og denne raten er sammenlignet med voksne pasienter per 10 000 innbyggere fra 18 år. Figuren viser at Helse Nord har flere årsverk ved poliklinikkene sammenlignet med de øvrige regionene. Dette er imidlertid ikke nok til å kompensere for at regionen har færre avtalspesialister enn de øvrige regionene.

Vi ser også at Helse Sør-Øst og Helse Vest har flere årsverk med driftstilskudd per innbyggerenhet enn de to andre. En hypotese om hvorfor det er slik, kan være at for å bli avtalspesialist, må man ha hatt en del år i sin profesjon (selv spesialistutdannelsen tar lang tid både med praksis og kurs etter ferdig embetseksamen), og man har ikke alltid fått en avtalehjemmel med en gang etter at man har fått spesialistkompetansen. Det kan da tenkes at de godt voksne avtalspesialistene velger å etablere seg i de tettest befolkede og bynære områdene i landet, og at avtalepraksis for mange spesialister oppleves som en bekvem del av tjenestene i psykisk helsevern i deres eldre år. Og helseforetakene har da valgt å gi ut avtalehjemler skjevt i forhold til pasientpopulasjonen.

12.3.3 Sammenligning mellom *praksisprofilene* til psykiatere og psykologer

I tabell 12.3 er aldersfordelingen til avtalespesialistene presentert.

Tabell 12.3 Andel psykiatere og psykologer i hver aldersgruppe. Prosent. Avtalespesialister 2008.

	Aldersgruppe			Totalt	Antall (N)
	40-49 år	50-59 år	60 år og eldre		
Psykiater	8	51	41	100	132
Psykologspesialist	10	54	36	100	326
Totalt	9	53	37	100	458

Behandlerne er i hovedsak 50 år og eldre, og blant psykiaterne er over 40 prosent 60 år eller eldre.

Vi ser her at avtalespesialistene representerer en tilårskommen alderskohort. Det at det ikke er blitt utdelt nye hjemler på mange år, kan være en av årsakene til det. Spesialister som først har fått en avtalehjemmel, vil i de fleste tilfeller beholde den i resten av sin yrkeskarriere. Noen reduserer sin driftsstørrelse ved å ta permisjon fra en prosentandel. Men ikke alltid blir disse permisjonsandelene fylt opp med vikarer, og det kan kanskje også bidra til stagnering av årsverksressursene.

Retten til driftsavtale opphører når spesialisten blir 70 år. Man kan fundere på hva som vil skje om 10-20 år når flertallet av hjemlene blir ledige. Og hvordan er det at de fleste av pasientene får en terapeut som er mange år eldre enn dem selv? Kanskje bra? Men aldersprofilene er i hvert fall annerledes enn i poliklinikkene der behandlerne er yngre.

Fordelingen av driftsavtaler på menn og kvinner er presentert i tabell 12.4.

Tabell 12.4 Andel psykiatere og psykologer etter kjønn. Prosent. Avtalespesialister 2008.

	Mann	Kvinne	Totalt	Antall (N)
Psykiater	69	31	100	132
Psykologspesialist	51	49	100	326
Totalt	56	44	100	458

Mens det blant psykologene er like mange kvinner som menn, er det stor overvekt av menn blant psykiaterne. En grunn til det kan være at klinisk psykologi er en yngre profesjon enn psykiaterprofesjonen. For mange pasienter er det ikke likegyldig hvilket kjønn deres terapeut har. Vi vet ikke om det er gjort undersøkelser om hvilket kjønn pasienter foretrekker, men inntrykk som erfarne klinikere har, er at et flertall av pasienter vil ha terapeut av samme kjønn. Som vi vil se i neste kapittel om pasientene til avtalespesialistene, er 64 prosent av pasientene hos psykiaterne kvinner, mens hos psykologene er kvinneandelen enda større; 72 prosent, så kanskje vil mannlige pasienter lettere få oppfylt et ønske om behandlere av samme kjønn enn de kvinnelige.

Hvordan avtalene fordeler seg etter prosent av fullt driftstilskudd for psykiatere og psykologer er presentert i tabell 12.5.

Tabell 12.5 Andel behandlere etter omfang av privatpraksis. Prosent. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.

Omfang av privatpraksis (prosent av fullt driftstilskudd)	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
20 % driftsavtale eller mindre	34	16	21
fra 21 % tom 50 % driftsavtale	21	15	17
fra 51 % tom 80 % driftsavtale	8	11	10
fra 81 % tom 100 % driftsavtale	37	58	52
Alle avtaler	100	100	100
Antall avtalespesialister (N)	132	326	458

Det er et større omfang av 20-prosentstillinger hos psykiatere sammenlignet med psykologspesialistene. Det kan nok henge sammen med at flere psykiatere enn psykologer har overordnede stillinger der en liten jobb med avtalepraksis på si passer. Kjønnforskjeller i omfanget av praksisen i dette materialet er at mannlige psykiatere har oftere 20 prosent driftsavtale, kvinnelige psykiatere har oftere 50 prosent driftsavtale mens kvinnelige psykologer oftere har 80 prosent. Grunner til dette kan sannsynligvis handle om at kvinner, både psykiatere og psykologer, har oftere enn menn noe redusert stilling og sjeldnere enn menn overordnede stillinger.

12.3.4 Har avtalespesialistene flere behandlingstimer enn driftstilskuddet tilsier?

Norsk psykologforening og RHF-ene laget en protokoll for omforente *normtall* i 2007 for avtalespesialister. Normtallet for avtalespesialister med 100 prosent driftstilskudd ble satt til 1 050 timer i året med "utredning, diagnostikk, behandling og samarbeid med andre instanser". Normtall betyr jo at man ikke bør arbeide noe særlig mindre enn det. I spørreskjemaet hadde vi spørsmålet til avtalespesialisten om han/hun hadde flere behandlingstimer enn det som dekkes av driftstilskuddet. Et tolkningsproblem kan være at vi ikke vet om alle som besvarte, regnet med timer for utredning, diagnostikk og samarbeid som en del av "behandlingstimer" i sine anslag. Så vi kan ha et forbehold i den retning at kanskje færre synes de arbeider mer enn normtallet, enn det som er realiteten.

I behandlereskjemaet stilte vil spørsmålet "Har du flere behandlingstimer enn driftstilskuddet dekker?" med svaralternativene "Ja" og "Nei". I tabell 12.6 er andel avtalespesialister som svarte ja på dette spørsmålet presentert.

Tabell 12.6 "Har du flere behandlingstimer enn driftstilskuddet dekker?" Andel av avtalespesialistene som svarer "Ja" på dette spørsmålet. Prosent. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.

Omfang av privatpraksis (prosent av fullt driftstilskudd)	Psykiater	Psykolog	Totalt
20 % driftsavtale eller mindre	43	43	43
fra 21 % tom 50 % driftsavtale	54	56	55
fra 51 % tom 80 % driftsavtale	40	42	41
fra 81 % tom 100 % driftsavtale	37	40	39
Samlet alle driftsavtaler	43	43	43
Antall avtalespesialister (N)	132	326	458
Mangler svar på spørsmålet (n)	1	9	10

43 prosent av behandlerne svarer ja på dette spørsmålet. Ut fra forbeholdet vi nevnte ovenfor, kan vi anslå at nærmere halvparten av avtalespesialistene mener de arbeider mer enn det driftstilskuddet er forventet å dekke. Det betyr jo at de ofte har en type overtidsarbeid som ikke blir kompensert for lønnsmessig.

12.3.5 Avtalespesialistenes direkte arbeid med pasientene

Vi var interesserte i å finne ut hvor stor andel av sin arbeidstid behandlerne mener de bruker direkte på arbeid med pasienter. I spørsmålet om dette kunne de også krysse av på veiledning, undervisning og annet som en del av praksisen.

Tabell 12.7 Andel timer per uke med pasientrettet arbeid (utredning, vurdering og behandling) i avtalepraksisen. Prosent. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.

Omfang av privatpraksis (prosent av fullt driftstilskudd)	Psykiater			Psykologspesialist		
	10 persentil	median	90- persentil	10 persentil	Median	90- persentil
<= 20 % driftsavtale	74	100	100	63	100	100
fra 21 % <= 50 % driftsavtale	75	100	100	68	94	100
fra 51 % <=80 % driftsavtale	74	89	100	61	93	100
fra 81 % tom 100 % driftsavtale	73	88	100	69	94	100
Alle avtaler	74	95	100	67	95	100

Naturlig nok sier avtalespesialistene med 20 prosent driftstilskudd at de bruker 100 prosent av arbeidstiden til direkte pasientrettet arbeid, og også psykiaterne med opptil 50 prosent. For de av psykologene som har mer enn 20 prosent driftstilskudd, ligger de ganske jevnt på 93-94 prosent av arbeidstiden til pasientrettet arbeid. Psykiaterne som har mer enn 50 prosent driftstilskudd, bruker en mindre andel av arbeidstiden til det enn psykologene, og bruker tiden mer til undervisning, veiledning og annet.

12.3.6 Antall behandlingssøkende som har tatt kontakt i løpet av siste 14 dager

Det har hyppig vært fremme i media at mange ønsker behandling hos avtalespesialister, blant annet fordi det der er mulighet for lengre behandling enn i poliklinikkene. Og det har også ofte vært nevnt at tilgjengeligheten er liten; at behandlingssøkende ringer og skriver til mange spesialister og får avslag, noe som skaper fortvilelse og lang ventetid. I spørreskjemaet til avtalespesialistene stilte vi spørsmål om hvor mange som har tatt kontakt i løpet av siste 14 dager. Dette gir kun et øyeblikksbilde av strømmen av henvendelser, men det er allikevel en representativ tøykers periode avtalespesialistenes praksis og det beste mål vi har. I og med at det er en kort periode vi spør om, er det pålitelige anslag vi får.

I tabell 12.8 er nye behandlingssøkende som har søkt kontakt i løpet av de siste 14 dager; per telefon, brev, e-post, eller på annen måte, presentert. I tabell 12.9 er antall nye pasienter som er henvist fra lege siste 14 dager, presentert.

Tabell 12.8 Nye behandlingssøkende pasienter som har tatt kontakt i løpet av siste 14 dager. Prosentfordeling. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008

Nye behandlingssøkende pasienter	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Ingen	10	7	8
1-2 pasienter	43	27	32
3-4 pasienter	24	24	24
5-9 pasienter	13	28	24
10-19 pasienter	8	11	10
20 eller flere pasienter	2	3	3
Totalt	100	100	100
Antall avtalespesialister (N)	132	326	458
Mangler (n)	2	6	8

Hovedtendensen i tilstrømningen av potensielle pasienter målt i løpet av 14 dager på registreringstidspunktet, viser at det er flere nye pasienter som tar kontakt med psykologer enn med psykiatere. Dersom vi kontrollerer for størrelsen av driftsavtalen, er det behandlere med 80 prosent eller høyere driftstilskudd hvor denne forskjellen er signifikant. Medianverdien for antall nye pasienter som har tatt kontakt siste 14 dager er fire hos psykologspesialistene, mens halvparten av psykiaterne har blitt kontaktet av to eller færre nye pasienter de siste 14 dager.

En kunne jo tro at det ikke er så mye å få fire forespørsler om ledige timer fra behandlingssøkende i løpet av fjorten dager, og at behandleren kunne ta dem inn med en gang uten venteliste. Men slik er det altså ikke, som man kan se på svarene nedenfor på spørsmålet om man fører venteliste.

En grunn til at flere potensielle pasienter tar kontakt direkte med psykologer enn psykiatere kan være at det er flere psykologer enn psykiatere.

Tabell 12.9 Nye pasienter som er henvist fra lege i løpet av siste 14 dager. Prosentfordeling. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.

Antall pasienter	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Ingen	18	18	18
1-2 pasienter	34	34	34
3-4 pasienter	28	26	26
5-9 pasienter	16	17	17
10-19 pasienter	2	4	4
20 eller flere pas	1	1	1
Totalt	100	100	100
Antall avtalespesialister (N)	132	326	458
Mangler (n)	4	11	15

Når det gjelder antall nye pasienter som er henvist fra lege i løpet av 14-dagersperioden, er det imidlertid ingen forskjell mellom psykiater og psykologspesialist. Halvparten av spesialistene har fått 2 eller færre henvisninger fra lege i løpet av disse to ukene og hele 18

prosent av spesialistene har ikke mottatt henvisning. Så det er altså atskillig flere behandlingssøkende som tar kontakt direkte med behandlerne enn via fastleger.

For å supplere øyeblikksbildet fra de siste to uker, spurte vi også om et anslag over pågangen det siste halve året. Spørsmålet var "Hvor mange nye har anslagsvis tatt kontakt per uke siste 6 mnd?". De fire viktigste kategoriene er kontakt per telefon eller brev fra henholdsvis pasient eller lege. Dersom både pasient og lege tok kontakt skulle henvendelsen kun registreres på pasient i skjemaet. Svarprosenten på disse spørsmålene var imidlertid lav, noe som kan bety at avtalespesialistene synes det var vanskelig å skulle anslå omfanget av henvendelser på denne måten.

Når pasientene tar kontakt er det oftere per telefon enn per brev. Mens halvparten av psykologene mottok inntil to brev per uke, er mediantallet for telefonoppringingene på fire. Det er også slik at bruk av telefon er til en viss grad knyttet til behandlere som ikke mottar mange brev. Så å si alle avtalespesialistene svarte at de hadde hatt telefonkontakt med en eller flere nye pasienter per uke de siste seks måneder. I alt 80 prosent av behandlerne hadde svart på dette spørsmålet.

I tabell 12.10 er antall nye pasienter hvor lege har tatt kontakt per telefon presentert.

Tabell 12.10 Antall nye pasienter hvor lege har tatt kontakt per telefon. Antall pasienter *per uke* i løpet av det siste halve året. Prosentfordeling. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.

	Nye henvisninger per uke telefonisk fra lege		
	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Ingen	32	52	44
1-2 pas	46	35	39
3-4 pas	8	2	5
5-9 pas	10	4	7
10-19 pas	2	3	3
20 eller flere pas	2	3	3
Totalt	100	100	100
Antall avtalespesialister (N)	132	326	458
Missingandel (%)	55	73	68

Det er mange som ikke har besvart spørsmålet om nye henvendelser per *telefon* fra lege. Men blant de som *har* besvart det, synes det som om legene oftere ringer når de tar kontakt med psykiater sammenlignet med når legen henviser til psykolog. Det handler kanskje om at psykiatere er leger, og fastlegene har derfor oftere kjennskap til psykiaterne enn psykologene i behandlergruppen.

Det er ingen forskjell mellom psykiater og psykologspesialist når det gjelder kontakt per *brev* fra lege. Halvparten av avtalespesialistene mottok 1-2 brev per uke med forespørsel om terapi for en ny pasient. Mindre enn 8 prosent av avtalespesialistene mottok mindre enn ett brev i uka i gjennomsnitt siste halvår. Dette spørsmålet hadde bedre oppslutning enn spørsmålet om telefonhenvendelser fra fastlegene og det kan bety at henvendelser per brev fra fastlegene er mer relevant enn telefonhenvendelser.

I og med at alle henvendelsene fra både pasient og lege er ført på pasient, betyr dette at henvendelsene fra lege kommer i tillegg til pasienthenvendelsene.

12.3.7 Anslagsvis hvor lang tid avtalespesialister mener det er før man kan ta inn en ny pasient

Som nevnt, er det mye oppmerksomhet i offentligheten på at så mange ønsker å få behandling hos avtalespesialist, og at det er vanskelig å få det. De behandlingssøkende forteller om at de og deres fastleger tar kontakt med svært mange, uten å få tilbud. Det er også frustrerende at avtalespesialistene ofte ikke kan si noe sikkert om når de har en ledig plass. Vi stilte følgende spørsmål i spørreskjemaet til behandlerne: "Omtrent hvor lenge tror du det er til du kan ta inn en ny pasient?". I tabell 12.11 er fordelingen av besvarelsene presentert etter kategorier av *tid til ny pasient kan tas imot*.

Tabell 12.11 Hvor lenge tror du det er til du kan ta imot en ny pasient? Prosentfordeling. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.

Tid til ny pasient kan tas imot	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Nå	4	11	9
<=1mnd	38	36	36
(1-2] mnd	22	16	18
(2-6] mnd	27	29	28
(6-12] mnd	8	6	7
mer enn 12 mnd	2	2	2
Totalt	100	100	100
Antall avtalespesialister (N)	132	326	458
Missingandel (%)	5	6	6

Ni prosent av behandlerne sier at de kan ta imot en ny pasient til konsultasjon med en gang, og 45 prosent kan ta imot i løpet av de nærmeste fire ukene. I alt 80 prosent av avtalespesialistene har tatt imot nye pasienter til vurdering og/eller behandling de siste 14 dagene.

Medianen for hvor lang tid avtalespesialistene mener det tar før de kan ta imot og begynne behandlingen til en ny pasient, er to måneder. En fjerdedel mener det kan gå opptil fire måneder før en de kan ta imot en ny pasient. Det er ingen forskjell mellom psykolog og psykiater. I alt 80 prosent av avtalespesialistene sier at de har tatt imot nye pasienter til vurdering og/eller behandling de siste 14 dagene.

12.3.8 Andel avtalespesialistene som fører ventelister, og grunnene de har som ikke fører ventelister

Det er også blitt fremsatt kritikk av behandlingssøkende, at mange avtalespesialister gir et *nei* når de blir forespurt om man får stå på en venteliste.

Vi ser i tabellen 12.12 at 70 prosent av avtalespesialistene svarer ja på spørsmålet "Fører du venteliste for de henviste pasientene?" Et tolkningsproblem kan være at "føre venteliste" kan bety både å bare *registrere* alle brev, telefoner og andre typer henvendelser, eller at avtalespesialisten lager en køliste der de behandlingssøkende *får beskjed om sin plass i køen* og hvor lang tid som antas, eller også at behandleren innkaller alle på listen til en utredende time, og ut fra det setter dem på en *inntaksliste*. Hvis det delvis tolkes ut fra to siste alternativer, vil prosentandelen være lavere.

Tabell 12.12 Andel som fører venteliste. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008

Venteliste	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Ja	68	71	70
Nei	32	29	30
Totalt	100	100	100
Antall avtalespesialister (N)	132	326	458
Mangler (n)	0	5	5

Vi hadde et åpent spørsmål til de som sa nei til at de førte venteliste om hvilke grunner de hadde. Det var 95 prosent av de som ikke førte venteliste som formulerte et svar på spørsmålet. Vi brukte innholdsanalyse for å kategorisere svarene, og kom fram til seks ulike kategorier, som er beskrevet nedenfor med noen eksempler på utsagn:

- Kategori A: For stor pågang, for mange forespørsler og henvisninger:** "Da jeg førte venteliste tidligere, ble ventetiden ca. to år. *Det ble meningsløst.*" "Det er så stor etterspørsel at det er *bedre å avvise enn å få en håpløs venteliste*". "Pga. henvisningstrykket blir det bare en meningsløs formalitet". "Jeg gjør inntak etter hvert som jeg har kapasitet". "Ikke behov for venteliste!" "For lang venteliste innbærer betydelig påkjenning både for pas. og meg". "Pasienter blir stående urimelig og uforsvarlig lenge på en venteliste. Nå anslår jeg i stedet når det blir mulig at jeg får noe ledig, og ber dem ta kontakt da. Oppfordrer også alltid til å prøve andre steder". "Ventetiden kan bli så langvarig at den byr på et problem i seg selv".
- Kategori B: Umulig å forutsi når man har ledig:** "Noen pasienter trenger mye tid, andre kortere, det vet man ikke på forhånd. Det er ikke så oversiktlig når det gjelder tid som i praksiser med somatiske lidelser". "Jeg lar pasienten få den tiden han/hun trenger, tenker langsiktig og vil ikke skape svingdørspasienter". "Jeg driver mest langtidsterapi. Er da vanskelig å vite når jeg får åpning for ny pasient". "Bare utskiftning av 2-3 pasienter per år", "Ventetid vanskelig å anslå". "Vurderer heller fortløpende". "Liten praksis og lang tid på hver behandling gjør at det bare er utskiftning med 2-3 i året".
- Kategori C: Pasienter søker til mange behandlere på en gang:** "De fleste som settes på venteliste får behandling hos andre i løpet av tiden de står der. Derfor meningsløst". "Erfaringsmessig får pasienter hjelp før de når fram til ledig time på min venteliste". "Ikke praktisk i Oslo – pasienter søker mange behandlere på en gang, situasjonen for pas. skifter ofte raskt". "Lite effektivt å la folk vente i stedet for å søke alternativer, ber dem ta kontakt etter en viss periode, og kan ha avklarende samtaler". "Min erfaring er at pasienter får fortere hjelp når de ringer rundt, eller at jeg ringer for dem". "Flere har fått annet tilbud selv om de har villet stå på venteliste, men de sier ikke fra at de går hos andre." "Slutter med venteliste etter ca. 10 år idet pas. etter 2-3 mndr. viste seg 1) å ha funnet annen behandler, b) ikke lenger var interessert/hadde ikke behov – ventelister tar tid og er upålitelig."
- Kategori D: Prioriterer etter egen verddivurdering:** "Nødvendig å gjøre unntak; enkelte pasienter prioriteres pga. spesielle omstendigheter", "Har for mange pasienter, vil heller utvide tilbudet til dem jeg har". "Siler litt ut fra hastegrad". "Prioriterer henvendelse fra leger jeg kjenner, pasienter som har gjort mange fånyttede forsøk, og problemstillinger jeg kan mye om". "Arbeider bare med hørselshemmete eller deres pårørende". "Arbeider bare med akutte, traumatiske hendelser". "Prioriterer suicidfare". "Tar for tiden bare barn". "Prioriterer heller "her og nå" ut fra indikasjon og egnethet".

- **Kategori E: Liten praksis, kort horisont:** "Fordi jeg bare har et lite driftstilskudd (20 prosent, 40 prosent)", "Fordi jeg kun har 20 prosent praksis, fører jeg ikke venteliste, men setter bare sporadisk noen på vent." "Fordi jeg skal avvikle *snart*". "Er 69år og kan derfor ikke operere med venteliste. Tar inn ø-hjelp i den utstrekning det er mulig".
- **Kategori F: Administrative argumenter, forslag til bedring av systemet:** "Mye administrasjon til ingen nytte med ventelister", "For vanskelig å administrere, jeg mister oversikten", "Greier å administrere uten venteliste, som gir mye unødvendig papirarbeid, sparer tid". "Godt samarbeid med fastleger, Bup, poliklinikk og andre". "Kontorfellesskapet har felles registrering av pasienter". "Mitt arbeidssted har fått et møte hver uke hvor vi fordeler pasienter til de som har kapasitet. De vi avviser blir tilskrevet". "Ved ledig time kontakter jeg distriktspsykiatrisk senter". "Har 10 pasienter på venteliste til enhver tid, avviser de andre".
- **Kategori 0: Ikke relevante svar, utdelige, skriver at man fører ventelister:** "Fører ikke vanlig". "Fører delvis, har inntaksstopp i perioder". "Gitt opp". "Har ikke vært nødvendig, men det blir liste fra i dag". "Har venteliste, men setter ikke opp nye navn, da ventetiden for de som står der allerede er over 2 år". "I noen grad". "Ingen har måttet vente på time hos meg mer enn 3-4 uker". "Jeg har venteliste for de som er utredet". "Jeg må svare begge deler". "Jeg sier ja hvis jeg har ledig plass, nei hvis ikke". "Men har kun en kort liste".

Det er alltid komplisert å kategorisere utsagn, fordi de kan tolkes på flere måter, og språklig materiale lar seg sjelden kategorisere i helt avgrensede kategorier, det handler om skjønn. Noen av utsagnene har vi gitt poeng til flere enn én kategori, fordi de klart inneholdt flere av kategoriene. Andre utsagn er utdelige på den måten at de muligens like godt kan tolkes som tilhørende F-kategorien som D-kategorien for eksempel. Eller de er tydelig utdelige, slik at de havner i 0-kategorien. Det at vi kan ha gitt ett utsagn poeng til flere kategorier, betyr at summen blir mer enn antall utsagn.

Tabell 12.13 Kategorisering av utsagn fra behandlere som ikke førte venteliste. Avtalespesialister 2008.

Type utsagn	Antall responser	Andel responser i prosent
Kategori A:	55	44
Kategori B:	11	9
Kategori C:	13	10
Kategori D:	24	19
Kategori E:	18	14
Kategori F:	15	12
Kategori 0	29	23
Totalt	126	100

Vi ser at den klart største kategorien av utsagn om hvorfor man ikke fører ventelister, er kategori A: *For stor pågang, for mange forespørsler og henvisninger*. Informantene gir inntrykk av oppgitthet; de får altfor mange brev, telefonoppringninger, henvisninger fra fastlege og andre kontaktformer til at de kan ordne søkerne i hensiktsmessige køer, gi utfyllende svar til alle, eller aller minst; ha utredende samtaler med alle. Som vi har sett i tabell 12.6, sier nærmere halvparten av avtalespesialistene at de har flere behandlingstimer enn det driftstilskuddet tilsier (altså at de går over normtallet). Den store pågangen, presset om å ta flere pasienter, kan kanskje ha med det å gjøre. Ventelisten blir mer en belastning enn et nyttig arbeidsredskap, både for behandler og behandlingssøker, den blir "så langvarig at den byr på et problem i seg selv". Informantene i kategori A har ingen direkte forslag til hvordan man

skal løse problemet; de beskriver den store pågangen, og beskytter seg ved å gi avslag og oppfordre søkerne til å prøve "andre steder".

Kategori D er den nest største gruppen. Der velger man å prioritere etter eget skjønn; hvor sterkt behov man mener en søker har, hvor akutte problemene er, alvorlighetsgraden eller om problemene passer til hva man har erfaring med, hva man har kompetanse til, hva man kan hjelpe til med. Prioriteringen foregår etter eget individuelt skjønn, mer enn hva helseforetakene mener man bør prioritere.

Kategori E har pragmatiske argumenter som det er lett å være enig i: Når man bare har en liten praksis eller snart skal avvikle, vil det være dårlig bruk av tid å svare omhyggelig på alle henvendelser. Det ser ut til at antall søknader om behandling, særlig i brev form, er relativt uavhengig i forhold til driftsstørrelse. Søkerne sender ofte ut brev til et stort antall avtalespesialister som står på listen fra helseforetaket.

I Kategori F er informantene opptatt av det *administrative* problemet som ventelister i en avtalespesialistpraksis er, og flere av dem har positive forslag eller eksempler på hvordan det skal løses, som godt samarbeid med fastleger, Bup, poliklinikk, at man er i kontorfellesskap med felles registrering og fordeling av pasienter til de som har kapasitet, eller "clustere" av fastleger og avtalespesialister som samarbeider. Vårt inntrykk er at det er lettere å få til et godt og stabilt samarbeid i mindre kommuner eller byområder der det ikke er så mange avtalespesialister og fastleger å velge mellom, slik at man kan bygge opp samarbeid og fagutvikling over tid. Som en informant sa: "Ikke praktisk i Oslo – pasienter søker mange behandlere på en gang, situasjonen for en pasient skifter ofte raskt".

I Kategori C er man nettopp opptatt av problemet at de som vil ha behandling, søker hos så mange avtalespesialister på en gang, og at "flere har fått annet tilbud selv om de har villet stå på venteliste, men de sier ikke fra at de går hos andre". De mener at tilgjengelighetsproblemet kanskje ville løses eller bli mindre hvis det var sterkere tilknytning mellom grupper av fastleger og avtalespesialister, og der altså fastlegen henviser for pasienten som ønsker psykoterapi til avtalespesialister som han/hun vet er ledige og passer for pasientens problematikk. Dette ligner på forslaget fra Helse Sør-Øst som det refereres til nedenfor.

Kategori B-gruppen understreker hvor vanskelig det er å forutsi når man har ledig. "Noen pasienter trenger mye tid, andre kortere, det vet man ikke på forhånd". De er opptatt av at en behandling der pasienten har psykisk lidelse er svært forskjellig fra behandling med somatiske lidelse, der det er lettere å vite hvor mye tid behandlingen tar, ut fra diagnosen. Å finne en riktig diagnose ut fra ICD 10-systemet er ikke så viktig hos B-gruppen, fordi de mener at personer med samme diagnose kan være like forskjellig med hensyn til hva slags behandling de trenger, enn personer med ulike diagnoser.

Helse Sør-Øst har nylig frigitt en rapport fra en arbeidsgruppe som skisserer forslag til organisering av avtalespesialistenes tilgjengelighet overfor henviste pasienter. Ett forslag er at fastlege henviser pasient som ønsker behandling til et "cluster" av avtalespesialister som fastlege samarbeider med og kjenner kvalifikasjonene til og hvem som har ledig tid (Helse Sør-Øst 01.11.08). Arbeidsgruppen mener tilgjengeligheten da vil bli større.

12.4 Oppsummering

Avtalespesialister er gruppen av psykiater- og psykologspesialister som har både driftstilskudd og refusjonsrett, slik at pasientene bare må betale egenandel for behandling.

Det ble valgt å prioritere utformingen av spørreskjemaene ut fra hvilke spørsmål som syntes å være viktige og aktuelle å få svar på i dag, framfor å ha alle de samme spørsmålene fra de forrige pasienttellingene fra 1999 og 2004. Svarprosenten var bedre enn de to tidligere registreringene; blant psykiaterne var svarprosenten 71 prosent, blant psykologspesialistene 65 prosent, og samlet svarprosent var 66; sammenlignet med 43 prosent og 21 prosent i hhv. 2004 og 2000.

Antall årsverk for avtalespesialistene har praktisk talt ikke økt siden begynnelsen av opptrappingsplanen, mens årsverkene ved poliklinikkene for leger har økt med 35 prosent og for psykologer med 88 prosent. Hva som er årsaken til at avtalespesialisthjemlene ikke har økt, er uklart. Det bør utforskes og framheves mer hva avtalespesialistene tilbyr som ikke tilbys ved poliklinikkene, og det bør legges til rette for at avtalespesialistene kan ta en større andel av pasientene ved poliklinikkene som trenger lang behandlingstid. En annen konsekvens av de bevilgende myndigheters prioriteringer, er at når antall psykologer har økt mer enn psykiatere i poliklinikkene, vil det kunne påvirke pasientsammensetningen i og med at det er en del forskjeller mellom de helsetjenester de to profesjonene kan tilby.

Undersøkelse av *"avtalespesialist-tettheten"* i helseregionene i forhold til behandlingvolum, polikliniske årsverk ved helseforetakene og folketall viser at Helse Nord har flere årsverk ved poliklinikkene sammenlignet med de øvrige regionene. Dette er imidlertid ikke nok til å kompensere for at regionen har færre avtalespesialister enn de øvrige regionene. Helse Sør-Øst og Helse Vest har flere årsverk med driftstilskudd per innbyggerenhet enn de to andre, så avtalehjemler er relativt skjev fordelt i forhold til pasientpopulasjonen.

Ved undersøkelse av avtalespesialistenes *praksisprofiler*, viser det seg at deres *alder* i hovedsak er 50 år eller eldre, og blant psykiaterne er over 40 prosent 60 år eller eldre. Avtalespesialistene representerer således en tilårskommen alderskohort. Man kan fundere på hva som vil skje om 10-20 år når flertallet av hjemlene blir ledige.

Med hensyn på *kjønn*, er det blant psykologene like mange kvinner som menn, og en overvekt av menn blant psykiaterne. Siden det er en stor overvekt av kvinner blant avtalespesialistenes pasienter, vil det nok være vanskeligere for en kvinnelig pasient å få en behandler av samme kjønn sammenlignet med menn som søker behandling.

Men hensyn på *spesialistenes størrelse på avtalehjemmel*, er det et større omfang av 20-prosentstillinger hos psykiaterne enn hos psykologspesialistene. Det kan nok henge sammen med at flere psykiatere enn psykologer har overordnede stillinger der en liten jobb med avtalepraksis på si passer. Kvinnene, både psykiatere og psykologer, har oftere enn mennene noe redusert stilling og sjeldnere enn menn overordnede stillinger.

Nærmere halvparten av avtalespesialistene mener at *de har mer direkte arbeid med pasientene enn normtallene* forventer å dekke. Det betyr at de ofte har en type overtidsarbeid som ikke blir kompensert for lønnsmessig. Den store etterspørselen etter behandling hos avtalespesialist kan være en årsak.

Antall *behandlingssøkende som selv har søkt kontakt* i løpet av 14 dager; pr. telefon, brev, e-post eller på annen måte, viser at det er flere som tar kontakt med psykologer (4) enn psykiatere (2). Det er flere behandlingssøkende som tar kontakt direkte med behandlerne enn via fastleger. Mens pasientenes direktekontakt foregår per telefon, tar fastlegene i større grad kontakt via brev.

Behandlingssøkende formidler ofte at det er frustrerende at avtalespesialistene ikke kan si noe sikkert om når de har en ledig plass. På spørsmål til behandlerne om *når de kan ta imot en pasient til vurdering og/eller behandling*, sier 9 prosent at de kan ta imot med en gang, 45 prosent kan ta imot i løpet av de nærmeste fire ukene og medianen er to måneder. Det er ingen forskjell mellom psykolog og psykiater.

I alt 80 prosent av avtalespesialistene sier at de har tatt imot nye pasienter til vurdering og/eller behandling de siste 14 dagene.

Når det gjelder spørsmål til avtalespesialistene om de fører *ventelister*, svarer at 70 prosent ja på spørsmålet. Et tolkningsproblem kan være at *"føre venteliste"* kan bety både å bare *registrere* alle brev, telefoner og andre typer henvendelser, eller at avtalespesialisten lager en køliste der de behandlingssøkende *får beskjed om sin plass i køen* og hvor lang tid som antas, eller også at behandleren *innkaller alle* på listen til en utredende time, og ut fra det setter dem på en *inntaksliste*. Hvis det delvis tolkes ut fra to siste alternativer, vil prosentandelen være lavere.

Et åpent spørsmål til de som ikke fører venteliste ga ulike svar og begrunnelser som ble kategorisert i sju grupper. Den største, som var på 44 prosent av responsene, ble formulert som "For stor pågang, for mange forespørsler og henvisninger". Ventelisten blir mer en belastning enn et nyttig arbeidsredskap, både for behandler og behandlingssøker. Informantene i denne kategorien har ingen direkte forslag til hvordan man skal løse problemet; de beskriver den store pågangen, og beskytter seg ved å gi avslag og oppfordre søkerne til å prøve "andre steder".

Den nest største gruppen var på 19 prosent av responsene. Der velger man å prioritere etter eget skjønn; hvor sterkt behov man mener en søker har, hvor akutte problemene er, alvorlighetsgrad eller om problemene passer til hva man har erfaring med, hva man har kompetanse til, hva man kan hjelpe til med. Prioriteringen foregår etter eget individuelt skjønn, mer enn hva helseforetakene mener man bør prioritere.

Noen hadde konkrete forslag til hvordan man skal løse problemet: "Godt samarbeid med fastleger, BUP, poliklinikk, at man er i kontorfellesskap med felles registrering og fordeling av pasienter til de som har kapasitet, eller "clustere" av fastleger og avtalespesialister som samarbeider. Inntrykket er at det er lettere å få til et godt og stabilt samarbeid i mindre kommuner eller byområder der det ikke er så mange avtalespesialister og fastleger å velge mellom. Slik kan man bygge opp samarbeid og fagutvikling over tid.

I kapittel 13 beskrives karakteristiske trekk ved pasientpopulasjonen til avtalespesialistene.

13 Pasientene i avtalepraksis

Haldis Hjort og Solfrid Lilleeng

Metodene for å undersøke pasientene i avtalepraksis, ble beskrevet i forrige kapittel, kapittel 12.2. Det ble laget et spørreskjema til avtalespesialistene om viktige variabler vedrørende pasientene. Avtalespesialisten skulle fylle ut ett skjema for hver av pasientene som han/hun hadde i løpet av 14-dagersperioden (se vedlegg 6). Som nevnt valgte vi å prioritere å utforme spørreskjemaet ut fra hvilke spørsmål vi syntes var viktige og aktuelle å få svar på i dag, framfor å beholde en del av de samme spørsmålene fra de forrige pasienttellingene fra 1999 og 2004. Det resulterer i at vi ikke kan sammenligne resultatene fra de to tidspunktene på alle områder. Vi vektla også at skjemaet skulle være kortfattet (på en A4 side) slik at arbeidet med å fylle ut skjemaene skulle være overkommelig. Som vist i forrige kapittel (tabell 12.1) ble svarprosenten høyere enn forrige gang.

13.1 Problemstillingene vi ønsket å undersøke vedrørende pasientene

1. Sosiodemografiske og -økonomiske opplysninger om pasientene: Kjønnfordeling, alder, bosituasjon, sivilstatus, hovedinntektskilde, utdanning. Disse variablene sammenlignet med tilsvarende i poliklinikker, og sammenligninger med eventuelle endringer fra 2000 (se kapittel 4 for utviklingstrekk)
2. Anslagsvis antall konsultasjoner/kontakter siden første kontakt
3. Tidligere/annen behandling for psykisk lidelse/ruslidelse både siste år og siste fem år for pasientene. Hvem tok initiativ til første kontakt med avtalespesialisten?
4. Hvem tok initiativ til første kontakt med avtalespesialisten?
5. Diagnoser som avtalespesialistene setter på pasientene, og sammenlignet med pasientene i rapportene fra 1999 og 2004
6. Rusmiddelbruk de siste ukene før behandlingsstart og eventuell bidiagnose med hensyn på rus
7. Suicidalproblemer

13.2 Analyser og tolkninger av spørsmålene og problemstillingene

13.2.1 Sosiodemografiske og sosioøkonomiske opplysninger om pasientene

I tabell 13.1 er aldersfordelingen blant pasientene presentert. Fordelingen for både kvinner og menn som går i behandling til psykiater eller psykolog er presentert.

Tabell 13.1 Aldersfordeling for kvinner og menn, fordelt på psykiatere og psykologer. Andel pasienter i prosent 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.

Aldersgrupper	Psykiater			Psykologspesialist		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
18-23 år	4	3	3	6	5	6
24-29 år	7	7	7	10	11	11
30-39 år	19	23	22	25	26	26
40-49 år	26	30	29	27	30	29
50-59 år	28	25	26	24	21	22
60-69 år	13	9	10	7	6	6
70+	3	3	3	1	1	1
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter (N)	1 231	2 200	3 484	2 208	5 796	8 140
Mangler (n)	8	22	36	23	53	84

Angående kjønnsfordeling ser vi at hos psykiaterne er det dobbelt så mange kvinnelige som mannlige pasienter, hos psykologer er kvinneovervekten enda større. Psykologene har 2,3 ganger så mange pasienter som psykiaterne. Dette er rimelig, i og med at psykologer har temmelig nøyaktig 2,3 flere årsverk (se tabell 12.2 i forrige kapittel). Pasienter som oppsøker psykiater er eldre, median alder er 46 år, versus 42 år for median alder for pasientene som oppsøker psykologspesialist. Mens 64 prosent av pasientene hos psykiaterne er kvinner, er andelen på 72 prosent blant pasientene som oppsøker psykolog. Videre er menn noe eldre enn kvinner, og det gjelder pasientene hos begge profesjonene.

Som vi ser i figur 13.1, representerer avtalespesialistene den delen av tilbudet i psykisk helsevern som har størst andel av kvinnelige pasienter, og kvinner søker altså i tidligere alder enn menn behandling. Og kvinner er i flertall i alle polikliniske tilbud i psykisk helsevern. Det har vært mange hypoteser om hvorfor kvinner er i flertall der de behandlingssøkende aktivt ber om hjelp. Hypotesene handler om at kvinner kan ha større motivasjon og tro på terapi enn menn, at behandlingsskulturen er "kvinnepreget", at kvinner kan ha større sykkelighet, at de tenker mer langsiktig på sin psykiske helse enn menn, eller, at siden det nå er flertall av kvinner i både lege- og psykologstudiet, kan også det påvirke den sosio-kulturelle oppfatning av at "terapi er en kvinnegreie".

Pasientenes bosituasjon med hensyn til hvem de bor sammen med, er vist i tabell 13.2.

Tabell 13.2 Bosituasjon ved registreringstidspunktet. Andel pasienter i prosent, 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.

Bosituasjon	Psykiater			Psykologspesialist		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Alene	32	26	28	35	28	30
Alene m/barn	5	15	11	6	16	13
Med andre voksne	8	4	5	8	6	6
Andre voksne og egne barn	1	2	1	1	1	1
Ektefelle/samboer	27	25	26	22	22	22
Ektefelle/samboer og barn	27	29	28	28	27	28
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter (N)	1 231	2 200	3 484	2 208	5 796	8 140
Mangler (n)	9	20	33	17	43	66

Det er en større andel alene-boende som oppsøker psykologspesialist og følgelig en større andel samboende pasienter som oppsøker psykiater. Dette gjelder både kvinner og menn. En hypotese om hvorfor, kan være at å bo sammen med andre er en beskyttelsesfaktor mot psykiske lidelse. Kvinner som bor alene oppsøker avtalespesialister hyppigere enn menn som bor alene. Igjen kan det se ut til at kvinnene har større tro på den hjelpen de kan få hos avtalespesialistene.

Pasientenes hovedinntektskilde er presentert i tabell 13.3.

Tabell 13.3 Hovedinntektskilde siste år. Andel pasienter i prosent. Pasienter 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.

Hovedinntektskilde	Psykiater			Psykologspesialist		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Egen inntekt	49	45	46	57	52	53
Sykepenges/rehabilitering	13	16	15	13	15	14
Uførepensjon	21	23	22	14	16	15
Sosial stønad	1	1	1	1	1	1
Alderspensjon	4	3	3	1	1	1
Forsørget, ingen inntekt	2	3	2	1	3	2
Annen inntekt/trygd studielån	11	10	10	12	13	13
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter (N)	1 231	2 200	3 484	2 208	5 796	8 140
Mangler (n)	12	16	33	31	67	104

Arbeidslivstilknytningen er høy hos alle pasientgruppene. I alt 60 prosent av pasientene som mottar behandling hos psykiater har hatt inntekt av eget arbeid store deler av siste år, eller

har vært sykemeldt fra sitt arbeidssted. For pasientene som går i terapi hos psykologspesialist gjelder dette nesten 70 prosent av pasientene. I figur 13.1 ser vi at det går en tydelig gradient gjennom alle polikliniske tilbud; fra ambulant team, poliklinikk og opp til avtalespesialistene; der pasientene har høyest prosent med hensyn til å ha inntekt av eget arbeid, og dermed lavere prosent av trygdeytelser.

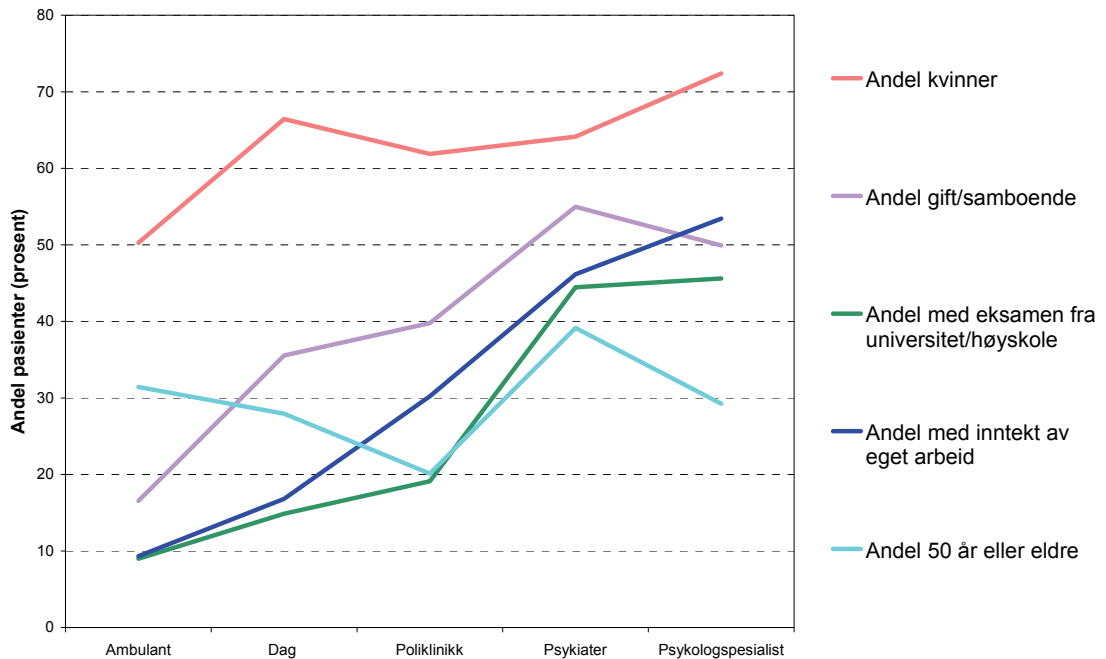
Utdanningsnivået blant pasientene hos avtalespesialistene, er presentert i tabell 13.4.

Tabell 13.4 Høyeste fullførte utdanning. Andel pasienter i prosent. Pasienter 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.

Høyeste fullførte utdanning	Psykiater			Psykologspesialist		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Universitet/høyskole	54	57	56	57	60	60
Videregående	31	28	29	28	27	27
Grunnskole	14	15	15	14	12	13
Ikke fullført grunnskole	1	<1	<1	1	<1	<1
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter (N)	1 231	2 200	3 484	2 208	5 796	8 140
Mangler (n)	14	16	35	25	48	79

Som vi ser i tabell 13.4, er det en stor andel av pasientene som har høyere utdanning. I vår oversikt er deksamener fra høyskole og universitet inkludert. Dersom denne kategorien ekskluderes er resultatet fra vår registrering at 45 prosent av pasientene har en fullført grad fra høyskole/universitet. I befolkningen er det 27 prosent av de voksne innbyggerne som har dette utdanningsnivået i 2007. Og som ved prosentandelen av de som har inntekt av eget arbeid, har gradienten fra ambulant team, via poliklinikk og til avtalespesialistene samme retning: De høyest utdannede pasientene er hyppigst i behandling hos avtalespesialistene. Vi ser (figur 13.1) at det er en bratt kurve fra poliklinikk-tilbudet opp til avtalespesialist-nivået, der nærmere 60 prosent har eksamen fra høyskole eller universitet.

I kapittel 3 om pasientsammensetningen i det polikliniske tilbudet i 2008 (både poliklinikker og avtalespesialister) og i kapittel 4 som viser utviklingstrekk ved pasientene ved poliklinikene og avtalespesialistene, er det presentert flere data som viser visse ulikheter i praksisprofiler mellom de to typer av tiltak.



Figur 13.1 Karakteristika ved pasienter etter behandlingsform. Pasienttellingen poliklinikker og avtalespesialister 2008 (psykiater- og psykologkategoriene er de som arbeider innen avtalespesialist-sektoren).

Det er tankevekkende at de pasientene som er i behandling i den delen av offentlig psykisk helsevern som på sett og vis har høyest kvalitet (erfarne spesialister, det tilbys lenger behandling enn i de andre polikliniske tilbud, det koster ikke så mye, for når egenandelsgrensen er nådd, som i år er kr 1 780,- er det gratis i hele inneværende år) – er også de mest privilegerte sosioøkonomisk sett; de har høyere utdanning, har oftere inntekt fra eget arbeid, bor sjeldnere alene – noe som vel mange mener er et gode. Dette fant vi også i Pasienttellingene fra 2000 og 2004 (Hagen 2001; Gråwe et al. 2005).

Hva kan dette komme av? Én hypotese kan være at avtalespesialister velger pasienter som på noen måter ligner på dem selv sosiokulturelt og –økonomisk; de er mer kjent med deres kultur, og føler at de derved kan hjelpe dem bedre. En annen kan være at kanskje flere fra relativt privilegerte klasser ser verdien i psykoterapi for sine psykiske lidelser; de er mer fortrolige med "snakkekur", og søker aktivt etter tilbud ved å skrive sine brev til avtalespesialistene. Og det er klart at det er viktig samfunnsøkonomisk sett at høyt utdannede personer med psykiske lidelser får god behandling slik at de kan fungere i sitt arbeid og slipper lange sykemeldinger og eventuelt uføretrygd. Og det er også grunn til å tro at det generelt sett økte utdanningsnivået i befolkningen forklarer en del av endringene.

Men det er nok av dem som ønsker psykoterapi som ikke er i det sosiale sjiktet, og avtalespesialistene bør nok vurdere mer bevisst ved nye pasientinntak å velge flere behandlingssøkende som har beskjeden sosioøkonomisk situasjon. Den norske avtalespesialist-ordningen er et raust velferdsgode som mange andre land ikke har – der man må betale dyrt fra første time, og timeantallet er meget begrenset. Og siden vi vet at etterspørsel etter god psykoterapi som kan vare så lenge man føler man trenger det, er høy (se tabell 13.5), så burde kanskje ett av kriteriene for hvem som bør prioriteres i avtalespesialisttjenesten være at den behandlingssøkende har lite av disponible midler?

13.2.2 Anslagsvis antall konsultasjoner/kontakter siden første kontakt

I tabell 13.5 viser vi andel pasienter etter tid siden første kontakt og intensiteten i behandlingen målt ved antall kontakter per 14 dager.

Tabell 13.5 Andel pasienter og median intensitet per lengde i behandlingen. Pasienter er gruppert i henhold til tid siden første kontakt (hittil varighet). Pasienter 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.

Tid siden første kontakt	Psykiater				Psykologspesialist			
	Andel pasienter	Antall kontakter per 14 dager ²			Andel pasienter	Antall kontakter per 14 dager ²		
		P ₅ ¹	Median	P ₉₅ ¹		P ₅ ¹	Median	P ₉₅ ¹
<=4 uker	9	0,5	1,3	3,0	9	0,6	1,6	4,0
1-3 mnd	3	0,4	1,2	2,6	5	0,4	1,2	2,6
3<-6 mnd	14	0,3	1,0*	2,2	17	0,4	1,1	2,3
6<-12 mnd	12	0,2	0,9*	2,2	15	0,4	1,1	2,1
1<-2 år	17	0,2	0,8*	1,8	17	0,4	1,0	2,5
2<-5 år	25	0,2	0,8*	2,1	22	0,3	1,0	2,3
mer enn 5 år	20	0,1	0,5*	1,6	14	0,2	0,9	2,6
Totalt	100	0,3	1.1	3,7	100	0,3	1.0	2,8
Antall pasienter (N)		3 484				8 140		
Mangler dato for første kontakt/antall kontakter(n)	76	164			173	206		

1) P₅ er 5 persentilen; dvs. grenseverdien i fordelingen som markerer nivået hvor 5 prosent av populasjonen har lavere verdi. P₉₅ er 95 persentilen; dvs. grenseverdien i fordelingen som markerer nivået hvor 5 prosent av populasjonen har høyere verdi.

2) Antall kontakter per 14 dager er kun beregnet for behandlingsserier på minst 14 dagers varighet.

*) Signifikant forskjell i antall kontakter per 14 dager mellom psykiater og psykolog. Mann-Whitney Test ($p < 0.001$) og Kolmogorov-Smirnov Test ($p < 0.001$).

Tabellen 13.5 viser at 46 prosent av pasientene som går til behandling hos psykiater, har gått der i 3 år eller mer. Tilsvarende tid i terapi hos psykologspesialist gjelder 37 prosent av pasientene. Median tid siden første kontakt er på om lag 80 uker for pasientene som går hos psykiater, mens den er på om lag 60 uker hos psykolog.

Når det gjelder *frekvensen* av kontaktene i løpet av behandlingstiden, er det ingen forskjell på psykologer og psykiatere for pasienter som har gått til behandling i mindre enn tre måneder. Men når behandlingen har vart i mer enn tre måneder, har pasientene hyppigere kontakt dersom de går til psykologspesialistene sammenlignet med om de går til psykiater.

For enkelte pasienter er det lange behandlingsperioder det er snakk om og det kan være usikkerhet i anslagsvis antall kontakter som behandlerne skal angi. Dette gjelder imidlertid begge profesjonene og vil skape en viss forventet variasjon i tallgrunnlaget. Like fullt er forskjellene i praksis signifikante.

13.2.3 Tidligere/annen behandling for psykisk lidelse/ruslidelse både siste år og siste fem år for pasientene

Tabell 13.6 viser tidligere eller annen behandling for psykiske lidelser eller ruslidelser i løpet av siste år.

Tabell 13.6 Behandling for psykiske lidelser i løpet av siste år hos andre enn avtalespesialistene. Andel pasienter i prosent. Pasienter eldre enn 18 år. Pasienttellingen 2008.

Tidligere/annen behandling siste år	Avtalespesialist		
	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Primærhelsetjenesten	63	55	57
Psykiatrisk poliklinikk	9	8	8
Privatpraktiserende psykiater	13	3	5
Privatpraktiserende psykolog	6	10	9
Innleggelse psyk. helsevern voksne	7	5	6
Psyk. helsevern barn og unge	0	1	1
Annen behandling i psyk. Helsevern	3	2	2
Rusavdeling i spes. helsetjenesten	1	1	1
Tilbud kommunal rusomsorg/ psyk. helsearbeid	3	2	2
Familiekontor	2	3	3
Ingen tidligere behandling	17	31	28
Vet ikke	0	1	1
Annet	2	2	2
Antall pasienter (N)	3 484	8 140	11 624
Mangler informasjon	43 %	33 %	36 %

Behandling siste år er knyttet til bare ett tilbud i tillegg til avtalespesialisten for 55 prosent av pasientene. Særlig pasientene som har hatt tilbud fra primærhelsetjenesten, har kun hatt dette tilbudet. En del av pasientene som går til psykiater, har også vært hos psykiater i løpet av siste år. Det kan dreie seg om skifte av behandler eller at behandlingen ble avsluttet og påbegynt på nytt med samme behandler i en ny behandlingsserie. Halvparten av disse pasientene har i tillegg også vært i kontakt med primærhelsetjenesten i løpet av dette året, for eksempel for å få ny henvisning. Pasienter som går i terapi hos psykolog har i ti prosent av tilfellene også vært hos annen psykolog i løpet av siste året. Nesten halvparten har i tillegg vært hos primærhelsetjenesten i løpet av dette året.

Tabell 13.7 viser tidligere eller annen behandling for psykiske lidelser eller ruslidelser i løpet av siste fem år.

Tabell 13.7 Behandling for psykiske lidelser hos andre enn avtalespesialistene i løpet av siste 5 år. Andel pasienter i prosent. Pasienter eldre enn 18 år behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.

Tidligere behandling siste fem år	Avtalespesialist		
	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Primærhelsetjenesten	46	40	42
Psykiatrisk poliklinikk	20	17	18
Privatpraktiserende psykiater	18	6	10
Privatpraktiserende psykolog	12	21	18
Innleggelse psyk. helsevern voksne	13	10	11
Psykisk helsevern barn og unge	1	2	2
Annen behandling i psykisk helsevern	4	4	4
Rusavdeling i spesialisthelsetjenesten	2	2	2
Tilbud kommunal rusomsorg/ psyk. helsearbeid	2	2	2
Familiekontor	3	4	3
Ingen tidligere behandling	16	27	23
Vet ikke	1	1	1
Annet	1	2	2
Antall pasienter (N)	3 484	8 140	11 624
Mangler informasjon	32 %	31 %	32 %

En fjerdedel av pasientene har to eller flere behandlinger i sitt pasientforløp (eller "pasientkarriere") når vi ser på de siste fem år. Både poliklinisk og døgnbehandling i psykisk helsevern er inkludert i forløpet, særlig i pasientpopulasjonen hos psykiaterne, men også hos psykologene. Halvparten av pasientene har kun ett behandlingstilbud i sitt pasientforløp siste fem år.

Over en fjerdedel av pasientene som går hos psykologspesialist har ikke mottatt annen behandling for psykisk lidelse i løpet av de siste fem år. Dette er tilfellet for kun en sjettedel av psykiaternes pasienter. Forskjellen kan henge sammen med at avtalespesialistgruppen som er psykiatere kanskje har mer kontakt med andre deler av helsevernet, fordi de selv er leger og har mer erfaring fra det. Psykologgruppen har en litt annen fagkultur og formidler da lettere til en annen psykolog enn en psykiater: Pasientene som går til psykolog har i stor grad vært hos psykolog tidligere, mens pasientene hos psykiaterne har i løpet av de siste fem årene gjennomgått behandlingsopplegg både hos psykiatere og psykologer.

Det er tankevekkende at så mange av informantene ikke har svart på spørsmålene hvis svar vises i de to siste tabellene; tabell 13.6 og 13.7. På spørsmålet om hvilke behandlingskontakter deres pasienter har fått siste år, har så mye som 43 prosent av psykiaterne ikke svart, og hos psykologene er det 33 prosent. Hvis det handler om hukommelse, er det litt underlig at de har lavere "missing"-andel (32 prosent totalt) når de skal krysse av på pasientens kontakter gjennom de siste fem år – en skulle tro at det var vanskeligere å huske. Men handler det heller om mangelfulle journaler – at man ikke har spurt pasientene om deres "pasientkarriere", eller at man ikke har fått tilfredsstillende opplysninger/epikriser fra tidligere behandlere? Det er jo en viktig faglig rettesnor at behandleren skal ha gode

anamnestiske opplysninger slik at han/hun har oversikt over hva som har vært prøvd og gjort i sine pasienters behandlings- og rehabiliteringsprosesser. Ikke minst er det viktig når det skal sendes opplysninger til nye behandlingsinstanser. Rent helsestatistisk kan det også være nyttig å registrere pasientforløp for å kunne lage statistiske analyser om pasientpopulasjonen i psykisk helsevern.

13.2.4 Hvem tok initiativ til første kontakt med avtalespesialisten?

I tabell 13.8 er en oversikt over hvem som tok initiativ til først kontakt presentert.

Tabell 13.8 Initiativtakere til første kontakt med avtalespesialist. Andel pasienter i prosent. Pasienter eldre enn 18 år behandlet hos avtalespesialister. Fagutdanning. Pasienttellingen 2008.

Hvem tok initiativet til første kontakt?	Avtalespesialist		
	Psykiater	Psykologspesialist	Totalt
Pasienten selv	27	47	41
Fastlege/allmennlege	60	46	50
Priv.praktiserende .psykiater	3	1	2
Priv.praktiserende psykolog	3	2	2
Psykiatrisk døgnavdeling	3	1	2
NAV	2	1	1
Familie eller pårørende	5	5	5
Psyk poliklinikk	6	4	5
Antall pasienter (N)	3 484	8 140	11 624
Mangler informasjon (n)	30	95	125

Behandling hos psykiater har som regel kommet i gang etter initiativ fra fastlegen (60 prosent). Pasienten selv er i større grad initiativtaker overfor psykolog ved behov for behandlingstilbud. Dette samstemmer med tabell 12.8 i forrige kapittel, der psykiaterspesialistene oftere får henvisning om ny pasient fra fastlege, og der vi nevner noen hypoteser om hvorfor.

13.2.5 Diagnoser som avtalespesialistene setter på pasientene, og sammenlignet med 2004 og 2000.

I tabell 13.9 er diagnosefordelingen for pasientene hos psykiatere og psykologspesialister presentert og sammenlignet med resultatene fra Pasienttellingen i 2004 og i 2000.

Tabell 13.9 Hoveddiagnosegrupper. Andel pasienter i prosent. Pasienter 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 1999, 2004 og 2008.

Hoveddiagnosegrupper ¹ ICD10: F00-F99	Psykiater			Psykologspesialist		
	2000	2004	2008	2000	2004	2008
Organiske lidelser	0	0	2	1	1	4
Stoffrelaterte lidelser	1	1	1	1	1	1
Schizofrenier	4	4	3	2	2	1
Affektive lidelser	45	44	47	37	37	36
Nevrotiske lidelser	34	34	35	41	37	44
Fysiske atferdssyndromer	2	2	1	3	2	2
Personlighetsforstyrrelser	12	12	7	14	15	9
Andre lidelser kapittel V	2	3	4	2	5	3
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter (N)	2 996	3 463	3 484	3 462	5 054	8 140
Mangler hoveddiagnose fra ICD10 kap V (n)	104	70	115	551	245	568

1) Hoveddiagnosegrupper er her kun basert på hoveddiagnoser fra ICD10 kapittel V. Hoveddiagnoser fra andre deler av ICD10-kodeverket er knyttet til 72 pasienter i 2000 og 539 pasienter i 2008.

Det ser ut til at det ikke er store forandringer fra begynnelsen av opptrappingsplanen (2000) til i dag (2008) når det gjelder diagnosene på schizofreniforme lidelser. At psykiaterne har større andel av disse pasientene enn psykologene, kan henge sammen med at de førstnevnte har opplæring i og rett til å forskrive psykofarmaka. Ruslidelsesdiagnosen har fortsatt liten innpass i avtalespesialisttjenesten hos begge profesjoner, noe vi drøfter under neste problemstilling (13.2.6). Personlighetsforstyrrelsesdiagnosen har minket – kan det skyldes at det er færre pasienter med personlighetsforstyrrelser siden 2000, eller at selve diagnosen har fått mindre oppmerksomhet fra behandlerne?

Pasienter med affektive lidelser (som depresjon, bipolar lidelse, maniske tilstander) og nevrotiske lidelser (som angst, fobier, tvangslidelser, PTSD²⁵ og somatoforme lidelser), er åpenbart de gruppene som avtalespesialistene konsentrerer seg om, og det er kan være rasjonelt, sett ut fra den konteksten de arbeider i; ofte i enmannsforetak, med mulighet til lange psykoterapier som kan foregå poliklinisk. Det er også de to største diagnosegruppene i poliklinikkene (se tabell 4.2 i kapittel 4).

En tabell med sammenligning mellom utvalgte alvorlige psykiske lidelser (SMI)²⁶ og PTSD kan utdype dette:

²⁵ PTSD er definert ved ICD 10-kodene F43 og F44 som hoveddiagnose - se kap 2.3.

²⁶ Alvorlige psykiske lidelser (SMI) er definert ved ICD10-kodene F20, F22-29, F30-F31 som hoveddiagnose - se kap 2.3.

Tabell 13.10 Alvorlig psykisk lidelse og PTSD. Andel pasienter i prosent. Pasienter eldre enn 18 år behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.

	Psykiater		Psykolog- spesialist	
	2000	2008	2000	2008
Alvorlig psykisk lidelse ¹	8	13	3	3
PTSD ²	10	12	17	20
Antall pasienter (N)	2 996	3 484	3 462	8 140
Mangler informasjon om diagnose	75	34	494	110

1) Alvorlige psykiske lidelser (SMI) er definert ved ICD10-kodene F20, F22-29, F30-F31 som hoveddiagnose - se kap 2.3.

2) Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning (ICD 10: F43) og dissosiative lidelser (ICD 10: F44) - se kap 2.3.

Andel pasienter med tyngre, alvorlige psykiske lidelser har økt fra 2000 till 2008 og det er hos psykiaterne denne økningen finner sted. I 2000 var det 8 prosent av disse pasientene som fikk behandling hos psykiater, mens i 2008 er denne andelen på 13 prosent. Psykologene har hele tiden fra 2000 til 2008 hatt en betydelig større andel av behandlingen med pasienter med PTSD – altså traumatiske opplevelser og tunge belastninger.

13.2.6 Rusmiddelbruk de siste ukene før behandlingsstart og/eller ruslidelse.

Tabell 13.11 Ruslidelse og rusmiddelmisbruk. Andel pasienter i prosent. Pasienter eldre enn 18 år behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2004 og 2008.

Ruslidelse eller rusmiddelmisbruk	Psykiater		Psykologspesialist	
	2004	2008	2004	2008
Ruslidelse ¹	4 ³	2	3 ³	1
Rusmiddelmisbruk ²	8	10	11	14
Sum ruslidelse og/eller rusmiddelmisbruk	11	12	13	15
Antall pasienter (N)	3 413	3 484	4 838	8 140
Mangler informasjon om diagnose og rusmiddelmisbruk (n)	62	25	176	101

1) Ruslidelse er definert ved forekomst av en av rusdiagnosene (ICD 10: F10-F19) som hoveddiagnose eller bidiagnose (ROP I)

2) Rusmiddelmisbruk er definert ved middels/stort rusmiddelmisbruk i ukene før behandlingsstart., men uten at det er diagnostisert en ruslidelse (ROP II)

3) Forekomsten dette året kan være noe overestimert i sammenligning med 2008. I 2004 ble hoveddiagnose og bidiagnose innhentet ved at behandler krysset av for aktuell diagnosekategori fra underkapitlene i ICD 10 kapittel F. Dette hadde den konsekvens at mange diagnoser kunne velges for hver pasient, både flere hoveddiagnoser og bidiagnoser. Dette kan være medvirkende årsak til at flere rusdiagnoser er blitt fanget opp. Ved den tradisjonelle innhenting av diagnoser blir behandler bedt om å angi eksakt hoveddiagnosekode og inntil to bidiagnoser, noe som avgrenser antall mulige diagnoser for hver pasient og som krever en prioritering fra behandler side.

Bruk av ruslidelse som hoveddiagnose synes å avta fra 2004 til 2008 men andel pasienter med rusmiddelmisbruk øker. Det er dermed totalt sett en svak økning når det gjelder registrering av rusproblematikk. En grunn til dette kan være at det innen psykisk helsevern har blitt større fokus i de senere år på såkalte "dobbeldiagnoser" (Evjen, Kielland & Øiern, 2007); at pasienter med rusproblemer ofte har en psykisk lidelse som ligger "under" rusen, eller ofte er en årsak til misbruket. Etter rusreformen og opprettelsen av tverrfaglig

spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er trolig også oppmerksomheten på rusproblematikk generelt sett økt.

At avtalespesialistene har registrert at flere av deres pasienter har et rusproblem, er et viktig bidrag i forhold til å sette søkelyset på hva disse pasientene sliter med, selv om omfanget ikke kvalifiserer for en rusdiagnose. Resultatene kan tyde på at psykologspesialistene er noe mer oppmerksomme på dette aspektet i sine samtaler med pasientene.

13.2.7 Suicidalproblemer hos avtalespesialistenes pasienter

I tabell 13.12 er andel pasienter med selvmordsproblematikk presentert for 2004 og 2008.

Tabell 13.12 Andel pasienter med selvmordsproblematikk. Avtalespesialister. Pasienttellingen 2004 og 2008.

	Psykiater		Psykologspesialist	
	2004	2008	2004	2008
Selv mordstanker	32	25	28	24
Selv mordstrusler	5	2	3	2
Selv mordsforsøk	2	2	2	2
Nei	61	71	67	72
Samlet	100	100	100	100
N	3 413	3 484	4 838	8 140
Missing	34	88	133	287

En fjerdedel av pasientene i 2008 har selvmordstanker, mens selvmordstrusler og selvmordsforsøk ligger på to-tre prosent. Fra 2004 til 2008 synes suicidalproblematikk hos pasientene i avtalepraksiser å være mindre hyppig. Det gjelder både selvmordstanker og trusler om selvmord, og andelen av at avtalespesialistene har opplevd selvmordsforsøk mens pasientene er i behandling, har ligget konstant på to prosent. Hva dette kan komme av, er usikkert. Hypoteser kan være at det har blitt mindre suicidalproblematikk generelt blant pasienter i psykisk helsevern, at avtalespesialistene er dyktigere til å møte pasientene på måter som gjør truslene og tankene mindre aktuelle i terapiprosessen, eller at behandlerne har tatt inn færre pasienter med den typen problematikk i sin praksis.

Det siste er kanskje ikke en riktig utvikling hos avtalespesialistene, som har tid til å gi en depressiv pasient den tiden han/hun trenger. Og fordi de har mulighet til å kjenne en pasient godt, kan de vurdere selvmordsfare inngående gjennom forskjellige faser. Men det er forståelig at det kan være en belastning å arbeide med pasienter med for eksempel sterke selvmordstanker, hvis man er i et enmannsforetak og ikke har kollegial støtte i et kontor-fellesskap.

13.3 Oppsummering

I løpet av en 14-dagers registreringsperiode skulle avtalespesialisten fylle ut ett skjema for hver av pasientene som han/hun hadde i det tidsavsnittet. Som nevnt ble det valgt å prioritere utformingen av spørreskjemaet ut fra hvilke spørsmål man syntes var viktige og aktuelle å få svar på i dag, framfor å bare beholde alle de samme spørsmålene fra de forrige pasienttellingene i 1999 og 2004. Det resulterer i at man ikke kan sammenligne med resultatene fra de to tidspunktene med hensyn på *alle* problemstillingene, også fordi svarprosenten ble mye høyere i 2008. Men på en del temaer ble sammenligning brukt, slik at man kan se noe av utviklingen gjennom opptrappingsplanens periode.

Angående *kjønnsfordeling*, er det dobbelt så mange kvinnelige som mannlige pasienter hos psykiaterne, og hos psykologer er kvinneovervekten enda større. Mens 64 prosent av pasientene hos psykiaterne er kvinner, er den andelen på 72 prosent blant pasientene som oppsøker psykolog. Psykologene har 2,3 ganger så mange pasienter som psykiaterne, Dette er rimelig, i og med at psykologer har temmelig nøyaktig 2,3 flere årsverk. Når det gjelder *alder* hos pasientene, er menn noe eldre enn kvinner, og det gjelder pasientene hos begge profesjonene. De som oppsøker psykiater er eldre enn de som oppsøker psykologspesialist.

Kvinner er i flertall i alle polikliniske tilbud i psykisk helsevern. Og avtalespesialistene representerer altså den delen av tilbudet i psykisk helsevern som har størst andel av kvinnelige pasienter, og kvinner søker i tidligere alder enn menn behandling.

Hva angår pasientenes *bosituasjon* med hensyn til hvem de bor sammen med, er det en større andel alene-boende som oppsøker psykologspesialist og følgelig en større andel samboende pasienter som oppsøker psykiater. Kvinner som bor alene oppsøker avtalespesialister hyppigere enn menn som bor alene. Igjen kan det se ut til at kvinnene har større tro på den hjelpen de kan få hos avtalespesialistene.

Arbeidslivstilknytningen er høy: I alt 60 prosent av pasientene som mottar behandling hos psykiater har hatt inntekt av eget arbeid store deler av siste år eller har vært sykemeldt. For pasientene hos psykologspesialist gjelder dette nesten 70 prosent. Det går en gradient gjennom alle polikliniske tilbud; fra ambulant team, poliklinikk og opp til avtalespesialistene, der pasientene har høyest prosent med hensyn til å ha inntekt av eget arbeid, og dermed lavere prosent av trygdeytelser.

Angående *utdanningsnivå*, har 45 prosent av avtalespesialistenes pasienter fullført eksamen fra høyskole/universitet. I befolkningen er det ca. 27 prosent av voksne innbyggere som har dette nivået. Og som ved andelen av de som har inntekt av eget arbeid, har gradienten fra ambulant team, via poliklinikk og til avtalespesialistene samme retning: De høyest utdannede pasientene er hyppigst i behandling hos avtalespesialistene.

Behandlingen for pasientene hos avtalespesialistene har på mange vis høyeste kvalitet (erfarne spesialister, det tilbys lenger behandling enn i de andre polikliniske tilbud, det koster ikke så mye, for når egenandelsgrensen er nådd er det gratis i inneværende år). Disse pasientene er også de mest privilegerte sosioøkonomisk sett; de har høyere utdanning, har oftere inntekt fra eget arbeid, bor sjeldnere alene – noe som vel mange mener er et gode. Dette fant vi også i Pasienttellingene fra 1999 og 2004. Avtalespesialistene bør nok vurdere mer bevisst ved nye pasientinntak å velge flere behandlingssøkende som har beskjeden sosioøkonomisk situasjon.

Vedrørende *antall konsultasjoner/kontakter* siden første kontakt for de registrerte pasientene, viser det seg at 46 prosent av pasientene hos psykiater, har gått der i 3 år eller mer. Tilsvarende tid i terapi hos psykologspesialist gjelder 37 prosent av pasientene. Når det gjelder *frekvensen* av kontaktene i løpet av behandlingstiden, har pasientene noe hyppigere kontakt hos psykologspesialistene når behandlingen har vart i mer enn 3 måneder.

Det ble stilt spørsmål om *tidligere/annen behandling* for psykisk lidelse/ ruslidelse både siste år og siste fem år for pasientene. For 55 prosent av pasientene er behandling siste år knyttet til bare ett tilbud i tillegg til avtalespesialisten. Særlig pasientene som har hatt tilbud fra primærhelsetjenesten, har kun hatt dette tilbudet. I siste *fem* år har en fjerdedel av pasientene hatt to eller flere behandlinger i sitt pasientforløp. Både poliklinisk og døgnbehandling i psykisk helsevern er inkludert i forløpet, særlig i pasientpopulasjonen hos psykiaterne, men også hos psykologene. Halvparten av pasientene har kun ett behandlingstilbud i sitt pasientforløp siste fem år i tillegg til avtalespesialisten. Mer enn en fjerdedel av pasientene hos psykologspesialist har ikke mottatt annen behandling for psykisk lidelse i løpet av de siste fem år. Dette er tilfellet for kun en sjettedel av psykiaternes pasienter.

Beklageligvis har svært mange av informantene ikke svart på spørsmålene om tidligere behandling. Angående behandling om siste år, har så mye som 42 prosent av psykiaterne ikke svart, og hos psykologene er det 33 prosent. Litt flere har svart på spørsmål om behandling siste fem år. Faglig sett er det viktig at behandleren har gode anamnesticke

opplysninger slik at han/hun har oversikt over hva som har vært prøvd og gjort i pasientenes behandlings- og rehabiliteringsprosesser. Helsestatistisk er det også nyttig å registrere behandlingshistorier for å kunne lage analyser om pasientpopulasjonen i psykisk helsevern.

På spørsmål om *hvem som tok initiativ til første kontakt* med avtalespesialisten, har behandling hos psykiater som regel kommet i gang etter initiativ fra fastlegen (60 prosent). Pasienten selv er i større grad initiativtaker overfor psykologspesialist.

Det ble undersøkt *hvilke diagnoser som avtalespesialistene setter på pasientene*, og sammenlignet med pasientene i rapportene fra 1999 og 2004. Det er ikke store forandringer fra begynnelsen av opptrappingsplanen til i dag når det gjelder schizofreniforme lidelser. At psykiaterne har større andel av disse pasientene enn psykologene, kan ha sammenheng med at de har opplæring i og rett til å forskrive psykofarmaka. Ruslidelsesdiagnosen har fortsatt liten innpass i avtalespesialisttjenesten, hos begge profesjoner. Personlighetsforstyrrelsesdiagnosen er mindre hyppig.

Pasienter med affektive og nevrotiske lidelser er de gruppene som avtalespesialistene konsentrerer seg om. Det er også de to største diagnosegruppene i poliklinikkene, så disse to gruppene ser ut til å være de mest vanlige i befolkningspopulasjonen. Slik har det vært siden 2000. Affektive lidelser har større andel hos psykiaterne med en viss økning fra 2000 (i 2008 nærmere halvparten av pasientene), og tilsvarende hos psykologene når det gjelder de nevrotiske lidelsene (også nærmere halvparten). Blant avtalespesialistene ser det ut til at psykiatere og psykologer har utviklet en viss arbeidsfordeling; affektive lidelser utgjør en større andel hos psykiaterne, og tilsvarende hos psykologene når det gjelder de nevrotiske lidelsene. Grunner til dette kan være at psykiaterprofesjonen har lang tradisjon, også innen døgnbehandling, med affektive lidelser som bipolaritet og depresjon, og der det også ofte forskrives psykofarmaka. De nevrotiske lidelsene kan det se ut som psykologer har utviklet behandlingskompetanse på i de senere år, for eksempel på typer av angst, tvangslidelser og PTSD-syndromer.

Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser har økt fra 2000 till 2008 og det er hos avtalepsykiaterne denne økningen finner sted. Psykologene har hele tiden fra 2000 til 2008 hatt en betydelig større andel av behandlingen med pasienter med PTSD (traumatiske opplevelser og tunge belastninger). Det er positivt at avtalespesialistene har økt andel av disse to viktige lidelsestypene i sine praksiser. En del av disse pasientene ble behandlet oftere i døgninstitusjoner før, og det viser at gode polikliniske tilbud har et stort potensial for å hjelpe pasienter med slike lidelser.

Angående *suicidalproblematikk*, har en fjerdedel av pasientene i 2008 selvmordstanker, mens selvmordstrusler og *forsøk* ligger på 2-3 prosent. Fra 2004 til 2008 synes suicidalproblematikk hos pasientene i avtalepraksiser å være mindre hyppig. Det gjelder både selvmordstanker og trusler om selvmord, og andelen av at avtalespesialistene har opplevd selvmordsforsøk mens pasientene er i behandling, har ligget konstant på to prosent. Hva dette kan komme av, er usikkert. Kanskje burde avtalespesialister, som har tid til å gi en depressiv pasient den tiden han/hun trenger, ta inn flere pasienter med selvmordsproblematikk i sin praksis. Men det er forståelig at det kan være en belastning, og kanskje kan det også være uforsvarlig hvis man er i et enmannsforetak og ikke har kollegial støtte i et kontorfellesskap.

Særlig de som er født i den ikke-vestlige verden er i større grad rammet av PTSD, og har oftere uttrykt selvmordstanker og selvmordstrusler sammenlignet med pasienter født i Norge. I forholdt disse pasientenes grad av belastende psykiske lidelser, synes det å være et underforbruk av behandlingstilbud både i poliklinikkene og hos avtalespesialistene.

I analysene av *rusdiagnose og rusmisbruk de siste ukene før behandlingsstart*, ble det funnet at andel pasienter med rusmiddelmissbruk øker. Etter rusreformen og den påfølgende opprettelsen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er oppmerksomhet på rusproblematikk generelt økt. At avtalespesialistene har registrert at flere av deres pasienter har et rusproblem, er et viktig bidrag til å sette søkelyset på hva disse pasientene sliter med. Resultatene tyder på at psykologspesialistene er noe mer oppmerksomme på dette aspektet. Men ut fra avtalespesialistenes ressurser burde det være mulig at de tok inn i sin behandling flere med rusproblematikk.

Referanser

Andersson HW (2009): Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge. SINTEF Helsetjenesteforskning. Rapport 2/09.

Besl. O. nr. 69 (2005-2006): Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

Bjørngaard JH (red) (2008): SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007 2/08. SINTEF Helsetjenesteforskning, rapport A7840.

Bremnes R, Hatling T & Bjørngaard JH (2008): Bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg i 2007. Bruk av legemidler uten samtykke utenfor institusjon i 2007, SINTEF Helsetjenesteforskning, rapport A8237.

Evjen R, Kielland KB & Øiern T (2007). *Dobbelt opp*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gråwe RW, Hagen H, Husum TL, Pedersen PB & Ruud T (2005): Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne – september 2004. SINTEF Helse. A2446.

Hagen H (1992): Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1989. NIS-rapport 6/92, Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning.

Hagen H (1997): Pasienter i psykiatriske institusjoner 1 november 1994. SINTEF Unimed-rapport 5/97. Trondheim: SINTEF Unimed.

Hagen H (2001): Pasienter i psykisk helsevern for voksne. 1 november 1999. Rapport 5/01. Trondheim: SINTEF Unimed.

Hagen H & Ruud T (2004): Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003. Rapport 3/04 Trondheim: SINTEF Helse.

Hagen H (2006): Registrering av dagbehandling ved DPS. SINTEF Helse, rapport A684.

Hagen H & Lilleeng S (2007): Estimering av antall individer som ble behandlet i psykisk helsevern for voksne i 2005. Tjenestetilbudet til individer – fra episodedata til individdata innen psykisk helsevern. SINTEF Helse, rapport A1198.

Helsedirektoratet (2009): Aktivitetsdata for avtalespesialister 2008. Norsk pasientregister. IS-1750.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Forslag til endring av helsepersonelloven mv. for å styrke rettsstillingen til barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Høringsnotat.

Helse Sør-Øst 01.11.08: Arbeidsgruppe – tilgjengelighet hos avtalespesialister – psykisk helsevern – Helse Sør-Øst

Helsetilsynet (2006): Bruk av tvang i psykisk helsevern, 4/2006.

Kalseth J, Pettersen I & Kalseth B (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsplanperioden. SINTEF rapport A8823.

Kaspersen SL, Ose SO & Hatling T (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av øremerkede midler 1999-2007.

Kulbrandsstad T, Granum LA (2008). "Drop inn for Drop ut", en undersøkelse av fremmøte til poliklinisk rusbehandling. Sykehuset Innlandet, Divisjon Psykisk Helse, DPS Hamar, poliklinikken rus. Hamar: Sykehuset Innlandet.

Lilleeng S (red.) (2008). SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007. Rapport 4/08. SINTEF Helse. Trondheim.

Lilleeng S, Ose SO, Bremnes R, Pedersen PB & Hatling T (2009): Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007. SINTEF Helsetjenesteforskning. Rapport 1/09.

Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Norges offentlige utredninger (2008:2): Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.

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

Ose SO, Kaspersen SL, Pettersen I & Kalseth J (2009): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007. Årsverksinnsats og analyser av kommunal variasjon. SINTEF rapport A11269.

Rundskriv IS-5/2006 (2006): Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2007): Individuell plan 2007. Veileder til forskrift om individuell plan. IS-1253.

Øgar B (1981): Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1979. En undersøkelse spesielt med henblikk på langtidspasientenes situasjon. NIS-rapport 5/81. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.

Øgar B, Kolstad A & Kindseth O (1986): Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1984. NIS-rapport 5/86. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.

Tabell- og figuroversikt

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Polikliniske konsultasjoner med refusjon fra RTV/NAV i psykisk helsevern for voksne ved sykehus og andre institusjoner. Antall og endring i prosent 2000, 2004 og 2007.....	25
Tabell 1.2	Polikliniske årsverk i psykisk helsevern for voksne. Leger/psykologer og totaltall. Antall årsverk per 100 000 innbyggere 18 år eller eldre og endring i prosent. Regioner. 2000 og 2007.	26
Tabell 1.3	Årsverk knyttet til avtalespesialistene i psykisk helsevern. Antall årsverk per 100 000 innbyggere 18 år eller eldre og endring i prosent. Regioner. 2000 og 2007.....	26
Tabell 2.1	Antall pasienter, pasienter per innbyggere, andel pasienter med refusjon fra NAV, antall konsultasjoner per innbyggere og estimert oppslutningen om Pasienttellingen 2008. Regioner. Offentlige poliklinikker. 2008.....	30
Tabell 2.2	Antall årsverk og oppslutning blant avtalespesialistene. Avtaleregioner. 2008.	31
Tabell 3.1	Andel pasienter etter tid siden første kontakt. Median og variasjonsbredden (P_{05} , P_{95}) for intensiteten i pasientkontakten; antall kontakter per 14 dager, for hver kategori av tid siden første kontakt. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.....	38
Tabell 3.2	Henvendende instans ved første kontakt denne behandlingsserien. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.	40
Tabell 3.3	Tidligere behandling for psykisk lidelse/ruslidelse. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.	41
Tabell 3.4	Etablert og udekket behov innen spesialisthelsetjenesten. Andel pasienter (prosent) innen hvert tilbud. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.....	43
Tabell 3.5	De vanligste kombinasjonene av behandlingstilbud til pasientene. Poliklinikk. Pasienttellingen 2008.	43

Tabell 3.6	Karakteristika ved pasientene etter behandlingsform ved poliklinikkene. Andel pasienter i hver kategori. Vanlig poliklinisk behandling, dagbehandling og behandling hvor pasienten oppsøkes annet sted. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.	44
Tabell 4.1	Antall pasienter og antall lege- og psykologårsverk. Poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2000 og 2008.....	47
Tabell 4.2	Andel pasienter etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. Poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2000 og 2008.....	50
Tabell 4.3	Alvorlig psykisk lidelse, ruslidelse og rusmiddelmissbruk. Andel pasienter i prosent. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2000, 2004 og 2008.....	51
Tabell 4.4	Kjennetegn ved pasientene. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen. 2000 og 2008.	57
Tabell 5.1	Rusmiddelprofil for pasienter med ruslidelse eller middels/stort rusmiddelbruk de siste 4 uker før innleggelse. Andel pasienter (prosent) etter mest brukte rusmiddel (rusmiddelet som i perioden ga mest rus-tid eller påvirkningstid) og 2.mest brukte rusmiddel (rusmiddelet som i perioden ga 2. mest rus-tid eller påvirkningstid). Pasienter med ruslidelse eller middels/stort rusmiddelmissbruk før behandlingsstart. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.	60
Tabell 5.2	Hyppighet i bruk av det mest brukte rusmidlet de siste 4 uker før behandlingsstart. Andel pasienter etter hyppighet når dette er kjent. Antall pasienter totalt for hvert rusmiddel og andel pasienter uten angitt hyppighet. Pasienter med ruslidelse eller middels/stort rusmiddelmissbruk før innleggelse. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.....	61
Tabell 5.3	Ruslidelse og/eller rusmiddelmissbruk. Pasienter med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI). Andel av alle pasienter i prosent. Poliklinikker. Pasienttellingen 2004 og 2008.....	62
Tabell 5.4	Andel pasienter med alvorlig psykisk lidelse (SMI) blant pasienter med ruslidelser (ROP I) eller kun rusmiddelmissbruk (ROP II) , andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI) totalt og andel pasienter med ruslidelser (ROP I) . Poliklinikker. Bostedsregion. Pasienttellingen 2008.	63
Tabell 5.5	Pasientkjennetegn. Pasienter behandlet ved psykiatrisk poliklinikk, ruspoliklinikk/rusteam eller ambulant team. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.	65

Tabell 5.6	Henvendende instans ved første kontakt. Pasienter behandlet ved psykiatrisk poliklinikk, ruspoliklinikk/rusteam eller ambulant team. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.....	66
Tabell 5.7	Tidligere/annen behandling for psykisk lidelse/ruslidelse i løpet av det siste året/siste fem år. Andel pasienter i prosent. Pasienter behandlet ved psykiatrisk poliklinikk, ruspoliklinikk/rusteam eller ambulant team. Pasienttellingen 2008.	67
Tabell 5.8	Faktiske behandlingstiltak. Pasienter behandlet ved psykiatrisk poliklinikk, ruspoliklinikk/rusteam eller ambulant team. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.	68
Tabell 6.1	Antall pasienter, antall årsverk i psykisk helsearbeid, andel med alvorlige psykiske lidelser og befolkning, kommunegruppe, 2007/2008.....	75
Tabell 6.2	Andel av befolkningen, andel av pasientene og andel av årsverkene, kommunegruppe, 2007/2008.....	75
Tabell 6.3	Antall pasienter, antall årsverk i psykisk helsearbeid, andel med alvorlige psykiske lidelser og befolkning, helseregion, 2007/2008.	76
Tabell 6.4	Andel av befolkningen, andel av pasientene og andel av årsverkene i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern, helseregion, 2007/2008.....	76
Tabell 6.5	Andeler av pasientene med etablert og udekkede behov for kommunale tjenester og tiltak. Landet. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.	78
Tabell 6.6	Etablerte kommunale tjenester og tiltak. Kombinasjoner av tilbud og tiltak. Pasienttellingen 2008.	79
Tabell 6.7	Andeler av pasientene med etablert og udekkede behov for kommunale tjenester og tiltak. Region. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.	80
Tabell 7.1	Forekomst av individuell plan. Andel pasienter i prosent. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.	84
Tabell 7.2	Forekomst av individuell plan for utvalgte hoveddiagnosegrupper. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008.....	85
Tabell 7.3	Andel pasienter (prosent) med koordinatører for det samlede tilbudet innen utvalgte hoveddiagnosegrupper. Pasienter med IP, pasienter som ikke har IP og pasienter som ikke ønsker IP. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.	85
Tabell 7.4	Estimert ¹ andel pasienter (prosent) som har etablert og som har udekket behov innen de ulike kommunale bo- og omsorgstilbud. Pasienter med og uten individuell plan. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.	86

Tabell 7.5	Andel av pasienter (prosent) etter de hyppigst forekommende kombinasjoner av kategorier av kommunale tilbud. Symbolet 0 betyr at instans fra denne kategorien ikke inngår og X betyr at instans fra denne kategorien inngår. Basert på pasienter med kommunale tilbud. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008.	87
Tabell 8.1	Vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg. Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne. Prosentandel. Pasienttellingen 2004 og 2008.....	90
Tabell 8.2	Forekomst av de ulike tilleggskriteriene. Prosentandel av pasienter med vedtak om tvungent vern på registreringstidspunktet. Pasienttellingen 2004 og 2008.....	91
Tabell 8.3	Diagnosegruppe for pasienter under henholdsvis tvungent vern og i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008..	92
Tabell 8.4	Ruslidelse/rusmiddelmissbruk for pasienter under tvungent vern og pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.....	92
Tabell 8.5	Kjønns- og aldersfordeling for pasienter under tvungent vern og pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.....	93
Tabell 8.6	Sivilstatus, viktigste inntektskilde siste år og høyeste fullførte utdanning for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.	94
Tabell 8.7	Henvissende instans for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.....	95
Tabell 8.8	Tidligere behandling for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Siste år og siste fem år. Prosentandel. Pasienttellingen 2008.	96
Tabell 8.9	Behandlingens varighet (måneder) siden første kontakt for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling ved på registreringstidspunktet. Kvartiler. Pasienttellingen 2008.	97
Tabell 8.10	Gjennomførte behandlingstiltak for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008..	98

Tabell 8.11	Boforhold siste seks måneder for pasienter under tvungent vern og for pasienter henholdsvis med og uten alvorlig psykisk lidelse (SMI) i frivillig behandling på registreringstidspunktet. Prosentandel. Pasienttellingen 2008..99	
Tabell 8.12	Pasientsammensetning ved poliklinikkene i psykiske helsevern for voksne. Etter helseregion. Pasienttellingen 2008. 101	101
Tabell 9.1	Andel pasienter med omsorg for egne og/eller andres barn under 18 år. Poliklinikker. Pasienttellingen 2008. 105	105
Tabell 9.2	Hittil varighet av behandlingsserien (median antall uker), andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser (SMI), andel pasienter med ruslidelse/rusmiddelmisbruk, andel pasienter yngre enn 30 år og andel som er gift eller samboende. Pasienter med eller uten omsorg for barn under 18 år. Pasienttellingen 2008..... 106	106
Tabell 9.3	Forekomst av tiltak for oppfølging av barn. Pasienter med omsorg for barn under 18 år. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008. 107	107
Tabell 9.4	Forekomst av tiltak for oppfølging av barn for pasienter med eller uten rusmiddelproblematikk. Pasienter med omsorg for barn under 18 år. Andel pasienter i prosent. Pasienttellingen 2008..... 108	108
Tabell 10.1	Initiativtaker til første kontakt med avtalespesialist. Pasienter yngre enn 18 år behandlet hos avtalespesialistene. Andel pasienter i prosent. Fagutdanning. Pasienttellingen 2008..... 113	113
Tabell 10.2	Behandling for psykiske lidelser i løpet av siste år. Pasienter yngre enn 18 år behandlet hos avtalespesialistene. Andel pasienter i prosent. Fagutdanning. Pasienttellingen 2008..... 113	113
Tabell 11.1	Pasienter med fødeland utenfor Norge fordelt etter verdensdel og omfanget totalt (andel pasienter i prosent). Poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2008. 116	116
Tabell 11.2	Andel pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg, andel pasienter med PTSD, andel pasienter med selvmordstanker, andel pasienter yngre enn 30 år, andel menn og andel med omsorg for barn under 18 år. Pasienter med norsk eller ikke-vestlig opprinnelse. Poliklinikkene. Pasienttellingen 2008. 117	117
Tabell 11.3	Andel pasienter med PTSD, andel pasienter med selvmordsproblematikk, andel ugifte, andel pasienter yngre enn 30 år, andel med høyere utdannelse og andel med omsorg for barn. Pasienter med norsk eller ikke-vestlig opprinnelse. Avtalespesialistene. Pasienttellingen 2008..... 117	117

Tabell 11.4	Behandlingstilbud for pasienter med fødeland i den ikke-vestlige verden eller født i Norge. Kommunale tilbud. Faktisk/etablert og udekket behov. Andel pasienter i prosent. Poliklinikkene. Pasienttellingen 2008.....	118
Tabell 11.5	Pasientenes bostedskommune fordelt etter region og kommunestørrelse. Pasienter med fødeland Norge, vestlige verden for øvrig og ikke-vestlige verden. Andel pasienter i prosent. Poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.	119
Tabell 12.1	Oppslutningen blant avtalespesialister; psykiatere og psykologspesialister. Andel (prosent) behandlere som har returnert tilsendte pasientskjema. Avtalespesialister 2008.	122
Tabell 12.2	Antall årsverk ved poliklinikker og avtalespesialister og endring i årsverk fra 2000 angitt i prosent. Leger og psykologer. 2007.	123
Tabell 12.3	Andel psykiatere og psykologer i hver aldersgruppe. Prosent. Avtalespesialister 2008.	126
Tabell 12.4	Andel psykiatere og psykologer etter kjønn. Prosent. Avtalespesialister 2008.	126
Tabell 12.5	Andel behandlere etter omfang av privatpraksis. Prosent. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.....	127
Tabell 12.6	"Har du flere behandlingstimer enn driftstilskuddet dekker?" Andel av avtalespesialistene som svarer "Ja" på dette spørsmålet. Prosent. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.	127
Tabell 12.7	Andel timer per uke med pasientrettet arbeid (utredning, vurdering og behandling) i avtalepraksisen. Prosent. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.	128
Tabell 12.8	Nye behandlingssøkende pasienter som har tatt kontakt i løpet av siste 14 dager. Prosentfordeling. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008	129
Tabell 12.9	Nye pasienter som er henvist fra lege i løpet av siste 14 dager. Prosentfordeling. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.	129
Tabell 12.10	Antall nye pasienter hvor lege har tatt kontakt per telefon. Antall pasienter <i>per uke</i> i løpet av det siste halve året. Prosentfordeling. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.....	130
Tabell 12.11	Hvor lenge tror du det er til du kan ta imot en ny pasient? Prosentfordeling. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008.	131

Tabell 12.12	Andel som fører venteliste. Psykiatere og psykologspesialister. Avtalespesialister 2008	132
Tabell 12.13	Kategorisering av utsagn fra behandlere som ikke førte venteliste. Avtalespesialister 2008.	133
Tabell 13.1	Aldersfordeling for kvinner og menn, fordelt på psykiatere og psykologer. Andel pasienter i prosent 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.	138
Tabell 13.2	Bosituasjon ved registreringstidspunktet. Andel pasienter i prosent, 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.....	139
Tabell 13.3	Hovedinntektskilde siste år. Andel pasienter i prosent. Pasienter 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.....	139
Tabell 13.4	Høyeste fullførte utdanning. Andel pasienter i prosent. Pasienter 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.....	140
Tabell 13.5	Andel pasienter og median intensitet per lengde i behandlingen. Pasienter er gruppert i henhold til tid siden første kontakt (hittil varighet). Pasienter 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.....	142
Tabell 13.6	Behandling for psykiske lidelser i løpet av siste år hos andre enn avtalespesialistene. Andel pasienter i prosent. Pasienter eldre enn 18 år. Pasienttellingen 2008.	143
Tabell 13.7	Behandling for psykiske lidelser hos andre enn avtalespesialistene i løpet av siste 5 år. Andel pasienter i prosent. Pasienter eldre enn 18 år behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.	144
Tabell 13.8	Initiativtakere til første kontakt med avtalespesialist. Andel pasienter i prosent. Pasienter eldre enn 18 år behandlet hos avtalespesialister. Fagutdanning. Pasienttellingen 2008.	145
Tabell 13.9	Hoveddiagnosegrupper. Andel pasienter i prosent. Pasienter 18 år og eldre behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 1999, 2004 og 2008.	146
Tabell 13.10	Alvorlig psykisk lidelse og PTSD. Andel pasienter i prosent. Pasienter eldre enn 18 år behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2008.	147
Tabell 13.11	Ruslidelse og rusmiddelmisbruk. Andel pasienter i prosent. Pasienter eldre enn 18 år behandlet hos avtalespesialister. Pasienttellingen 2004 og 2008. .	147
Tabell 13.12	Andel pasienter med selvmordsproblematikk. Avtalespesialister. Pasienttellingen 2004 og 2008.	148

Figuroversikt

Figur 3.1	Polikliniske pasienter fordelt mellom offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Andel pasienter i prosent. Aldersgrupper. Pasienttellingen 2008.	36
Figur 3.2	Hoveddiagnosegrupper (ICD 10 kap F) for pasientene ved offentlige poliklinikker. Kvinner og menn. Pasienttellingen 2008.	37
Figur 3.3	Hoveddiagnosegrupper (ICD 10 kap F) for pasienter hos avtalespesialistene. Kvinner og menn. Pasienttellingen 2008.	37
Figur 4.1	Aldersfordelingen for polikliniske pasienter. Poliklinikker. Pasienttellingen 2000 og 2008.	48
Figur 4.2	Aldersfordelingen for polikliniske pasienter. Avtalepraksis. Pasienttellingen 2000 og 2008.	49
Figur 4.3	Sivilstatus. Kvinner og menn. Poliklinikker. Pasienttellingen 2000 og 2008. ...	52
Figur 4.4	Sivilstatus. Kvinner og menn. Avtalespesialister. Pasienttellingen 2000 og 2008.	52
Figur 4.5	Utdanning. Kvinner og menn. Poliklinikker. Pasienttellingen 2000 og 2008. ...	53
Figur 4.6	Utdanning. Kvinner og menn. Avtalespesialister. Pasienttellingen 2000 og 2008.	54
Figur 4.7	Hovedinntektskilde. Kvinner og menn. Poliklinikker. Pasienttellingen 2000 og 2008.	55
Figur 4.8	Hovedinntektskilde. Kvinner og menn. Avtalepraksis. Pasienttellingen 2000 og 2008.	55
Figur 8.1	Pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg ved behandlingsstart og på registreringstidspunktet. Prosentandel av alle registrerte pasienter. Etter pasientens bostedsregion. Pasienttellingen 2008.	100
Figur 8.2	Pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg ved behandlingsstart og på registreringstidspunktet. Antall pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter pasientens bostedsregion. Pasienttellingen 2008.	101
Figur 12.1	Psykologer og leger ved poliklinikkene og psykiatere og psykologspesialister i avtalepraksis. Årsverk per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Regioner. 2000 og 2007.	124
Figur 12.2	Årsverk og pasienter ved poliklinikkene og i avtalepraksis. Pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og årsverk per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Regioner. 2000 og 2007.	125

Figur 13.1	Karakteristika ved pasienter etter behandlingsform. Pasienttellingen poliklinikker og avtalespesialister 2008 (psykiater- og psykologkategoriene er de som arbeider innen avtalespesialist-sektoren).	141
------------	---	-----

Vedlegg

PASIENTER I POLIKLINISK- ELLER DAGBEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN
Registreringsperiode 14.-27. april 2008

Det skal fylles ut *ett* skjema for hver pasient som mottar behandling i registreringsperioden.
 Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Helse.

OPPLYSNINGER OM INSTITUSJON			
Institusjonens navn <input style="width: 90%;" type="text"/> Team/post/avdeling <input style="width: 90%;" type="text"/>	Type team/post/avdeling <input type="checkbox"/> Psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Dagenhet <input type="checkbox"/> Ruspoliklinikk/rusteam <input type="checkbox"/> Døgnetenhet <input type="checkbox"/> Ambulant team/opsøkende virksomhet		
OPPLYSNINGER OM PASIENTEN			
Kjønn <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	Fødselsår <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		
Har pasienten omsorg for barn under 18 år? Egne barn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke Andres barn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke Hvis ja: Antall egne barn: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Antall andre barn: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	(Se vedlagt oversikt over kommunenummer i Norge) Bosted Bydel <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Kommunenummer <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Nåværende bosted <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Bosted ved fødsel: Hvis i Norge: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Kommunenummer..... Hvis utenfor Norge: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Land.....Antall år i Norge: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		
Er det satt i verk tiltak for oppfølging av barna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Intet behov <input type="checkbox"/> Vet ikke	Er pasienten asylsøker? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke Er pasienten flyktning /har bakgrunn som flyktning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke		
Bosituasjon <input type="checkbox"/> Alene <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Alene m/barn <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer og barn <input type="checkbox"/> Med andre voksne <input type="checkbox"/> Med andre voksne og egne barn	Hovedsaklig boforhold siste 6 mnd (Kryss av bare ett alternativ) <input type="checkbox"/> Egen eiet/leid bolig <input type="checkbox"/> Hos familie <input type="checkbox"/> Hos venner/bekjente <input type="checkbox"/> Hospits <input type="checkbox"/> Flykningemottak/asylmottak <input type="checkbox"/> Annet skriv inn↓ <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Sivilstatus <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/> Separert/skilt <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Registrert partnerskap	Hovedinntektskilde siste år (Kryss av bare ett alternativ) <input type="checkbox"/> Inntekt av eget arbeid <input type="checkbox"/> Sykepenger <input type="checkbox"/> Inntekt av arbeid i regi av NAV <input type="checkbox"/> Attføringsstønad <input type="checkbox"/> Inntekt av ektefelles/annens arbeid <input type="checkbox"/> Uførepensjon <input type="checkbox"/> Rehabiliteringspenger <input type="checkbox"/> Alderspensjon <input type="checkbox"/> Arbeidsledighetstrygd <input type="checkbox"/> Sosial stønad <input type="checkbox"/> Studielån <input type="checkbox"/> Annen trygd <input type="checkbox"/> Annen skriv inn↓ <input type="checkbox"/> Ingen inntekt		
Tidligere/annen behandling for psykisk lidelse /ruslidelse (Flere alternativer kan krysses av) siste år siste 5 år	Høyeste fullførte utdanning (Kryss av bare ett alternativ) <input type="checkbox"/> Fullført eksamen fra universitet/høyskole (høyere grad) <input type="checkbox"/> Fullført eksamen fra universitet/høyskole (lavere grad) <input type="checkbox"/> Fullført(e) deleksamen(er) fra universitet/høyskoler <input type="checkbox"/> Videregående skole (inkl yrkesrettet utd. på vgs nivå) <input type="checkbox"/> Grunnskole (7-9 årig) <input type="checkbox"/> Ikke fullført grunnskole		
Behandlet i primærhelsetjenesten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandlet ved psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandlet hos privatpraktiserende psykiater <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandlet hos privatpraktiserende psykolog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Innleggelse i psykisk helsevern for voksne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandling i psykisk helsevern for barn og unge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dømt til psykisk helsevern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annen behandling psykisk helsevern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandling ved rusavdeling/rustiltak i spes.htj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tilbud ved kommunal rusomsorg/psyk helsearb <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiekontor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ingen tidligere behandling <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Henvendende instans ved første kontakt denne behandlingsserien <input type="checkbox"/> Pasienten selv <input type="checkbox"/> Familie/pårørende <input type="checkbox"/> Fastlege/allmennlege <input type="checkbox"/> Psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Dagavdeling <input type="checkbox"/> Ambulant team <input type="checkbox"/> Privatpraktiserende psykiater <input type="checkbox"/> Ruspoliklinikk/rusteam <input type="checkbox"/> Privatpraktiserende psykolog <input type="checkbox"/> Rusavdeling/tiltak <input type="checkbox"/> Psykiatrisk døgnavdeling <input type="checkbox"/> BUP poliklinikk <input type="checkbox"/> Helse- og sosialtjenesten <input type="checkbox"/> Somatisk institusjon <input type="checkbox"/> Flyktingemottak/asylmottak <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien <input type="checkbox"/> Krisesenter <input type="checkbox"/> Fengsel/politietat/KIF <input type="checkbox"/> NAV		

NÅVÆRENDE BEHANDLINGSSITUASJON

Har pasienten stått på venteliste for å få behandling?

Ja → Henvisningsdato
 Nei (DDMMÅÅ)

Type pasient (Flere alternativer kan krysses av)

Poliklinisk pasient
 Dagpasient (kontakt/opphold av minst 3 timers varighet)
 Pasienten behandles ambulant/ oppsøkes annet sted

Denne behandlingsserien/henvisningsperioden

Dato for første kontakt (DDMMÅÅ)

Anslagsvis antall konsultasjoner/kontakter siden første kontakt

Hvor mange kontakter har pasienten hatt og hvor mange timer behandling mottok pasienten i løpet av disse 14 dagene (registreringsperioden)?

Antall konsultasjoner/kontakter totalt og målt i timer
 Herav kontakter utenfor kontoret Herav kontakter pr telefon

Mottas refusjon fra NAV for denne pasienten?

Ja Nei Vet ikke

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold:

Ved behandlingssstart? Ja Nei
 Nå? Ja Nei

Hvis pasienten var eller er underlagt tvungent psykisk helsevern – hvilke tilleggskriterier var/er tilstede (Kryss av alle aktuelle kriterier)

Pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for:

Eget liv/helse
 Andres liv/helse
 Utsikt til vesentlig bedring reduseres betydelig/sannsynlighet for vesentlig forverret tilstand

Diagnose(r) (ICD-10); relevante for behandlingen (bokstav, to siffer, 1-2 desimaler)

Hoveddiagnose Bidiagnose

Aktuelle behandlingstiltak (Flere alternativer kan krysses av se veiledning)

	Faktisk	Ønskelig	Pasientens ønske
Nevropsykologisk test.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandling med medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaleterapi med en behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppebehandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaleterapi der pasientens nærmeste deltar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treningsopplegg/mestringstrening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidstrening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlingsopplegg for rusproblem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet skriv inn↓.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pasienten har ikke gitt uttrykk for eget ønske

Rusmiddelmisbruk de siste uker før behandlingssstart:

	Intet	Lite	Middels	Stort	Vet ikke
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rusmiddelbruk de siste 4 uker før behandlingssstart.

Mest brukte rusmiddel betyr det rusmiddel som ga mest rus-tid eller virkningstid (se veiledning for type rusmiddel og hyppighet)

	Type rusmiddel	Hvor ofte brukt siste 4 uker
Mest brukte rusmiddel/medikament	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
2. mest brukte rusmiddel/medikament	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
3. mest brukte rusmiddel/medikament	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

LAR pasient nå Ja Nei Ukjent

Individuell plan

Er en individuell plan utarbeidet/under utarbeidelse?

Ja, under utarbeidelse Nei
 Ja, utarbeidet Ikke aktuelt
 Vet ikke Pasienten ønsker ikke

Er det én koordinator for de samlede tilbud til denne pasienten?

Ja Nei Vet ikke

Suicidalproblemer/ selvskadetendens

Nei
 Selvskadetendens Selvmordstrusler
 Selvmordstanker Selvmordsforsøk

Etablert og ideelt bo/behandling/omsorgstilbud

(Se veiledningsskjema) Etablert Ideelt Pasientens ønske

	Etablert	Ideelt	Pasientens ønske
Poliklinisk tilbud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagtilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante team.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åpen døgninstitusjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukket døgninstitusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommunale tilbud

Kommunalt sykehjem/servicesenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omsorgsbolig med døgnbemanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omsorgsbolig uten tilsyn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen bolig med tilsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen bolig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunalt dagtilbud/dagsenter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støttekontakt for voksne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeid i kommunal regi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeid i NAV regi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pasienten har ikke gitt uttrykk for eget ønske

**PASIENTER I POLIKLINISK – ELLER DAGBEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN FOR
VOKSNE
14.-27. APRIL 2008**

VEILEDNING VED UTFYLLING AV SKJEMAET

Utfyllingen

Det fylles ut ett skjema for hver pasient som ved den aktuelle enheten har mottatt poliklinisk eller dagbehandling i psykisk helsevern for voksne i perioden 14.-27. april 2008. Pasienter som er oppsøkt utenfor enheten skal også registreres. Som dagpasient regnes pasienter med oppmøte som vanligvis utgjør minst 3 timer hver gang. Dette angis i **Type pasient** i 1. spalte på side 2 i skjemaet.

Skjemaet fylles ut for hånd. Det vil bli lest inn optisk (maskinelt). Det er derfor viktig at avkrysning skjer inni rubrikkene. De steder der det bes om å anvende *tallverdier* (dette gjelder f.eks *fødselsår, bosted (kommune og bydel), diagnose, type rusmiddel og hyppighet av bruk av rusmidler etc*) må derfor tallene skrives tydelig. Ett-tallet skrives som en loddrett strek, mens syv-tallet skrives slik: 7.

Innsendingen

Skjemaene sendes inn samlet til **kontaktpersonen ved helseforetaket** i god tid før utgangen av mai.

Veiledning og kommentar til de enkelte punkter

Bosted

Se egen vedlagte oversikt (4 sider) over kommunenummer og bydelskoder for Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø. Under "Bosted" føres opp den kommunen der pasienten har bosted nå. For pasienter som er bosatt i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø, Stavanger og Kristiansand oppgis dessuten bydel, se vedlagte liste. Bydelsangivelse for pasienter fra disse byer er viktig for å kunne belyse ulikheter i bruk av psykiatritjenester i de ulike deler av "storbyene"; noe som hittil ikke er dokumentert på noen helhetlig måte.

Bosted ved fødsel

Under "Bosted ved fødsel" føres opp den kommunen der pasientens foreldre var bosatt ved pasientens fødsel. Dersom kommunenavn (nummer) ikke er kjent, men bare stedsnavn, område eller fylke, angis dette så presist som mulig. Dersom kommunen senere er slått sammen med andre, anføres nåværende kommunes navn i den grad det er mulig. *Dersom pasienten ble født i utlandet, oppgis land. Angi også anslagsvis antall år pasienten har bodd i Norge.*

Hovedsakelig boforhold siste 6 mnd

Kun ett svaralternativ skal krysses av. Det boforhold som har vært *dominerende* siste 6 måneder før registreringstidspunktet etterspørres her. Med egen eiet/leid bolig menes her en fast bopel. Dersom pasienten er uten fast bopel kan boforhold spesifiseres i henhold til de gitte alternativer.

Hovedinntektskilde siste år.

Kun ett svaralternativ skal krysses av. Den inntektskilde som har vært *dominerende* det siste år; 6 måneder eller mer, etterspørres her. Dersom to inntektskilder hver på 6 måneder, velges inntektskilde det siste halve året. Dersom annen hovedinntektskilde enn de alternativer som er angitt, skriv inn i eget felt.

Høyeste fullførte utdanning

Kun ett svaralternativ skal krysses av.

Med "Fullført eksamen fra universitet/høyskole (**høyere grad**)" forstås at pasienten har **fullført** hovedfag eller mastergrad ved universitet/høyskole, eller har fullført et utdanningsløp ved høyskole normert til *mer enn fire år*.

Med "Fullført eksamen fra universitet/høyskole (**lavere grad**)" forstås at pasienten har **fullført** cand.mag./bachelorgrad ved universitet/høyskole, eller har fullført et utdanningsløp ved høyskole normert til *fire år eller mindre*.

Tidligere/annen behandling for psykisk lidelse/ruslidelse

Her ønsker vi informasjon om tidligere/annen behandling og tilbud pasienten har mottatt for sin lidelse siste år og siste 5 år. Spesielt opptatt er vi av behandlingstilbud innen den øvrige spesialisthelsetjeneste. Dersom pasienten har mottatt kommunale tilbud innen psykisk helsearbeid og/eller rusomsorg ber vi om at dette også angis.

Henvendende instans ved første kontakt denne henvisningsperioden/behandlingsserien

Her avkrysses hvorfra/av hvem første kontakt ble opprettet i denne henvisningsperioden/behandlingsserien. Flere alternativ kan velges.

Type pasient

Her er det veldig viktig at det krysses av for minst ett av de tre alternativ:

- **Er pasienten en poliklinisk pasient?**
- **Er pasienten dagpasient definert ved opphold av minst 3 timers varighet?**
- **Oppsøkes pasienten utenfor institusjonen?**

Diagnoser (ICD-10); relevante for behandlingen

Det nødvendig å fylle ut full diagnoseangivelse med bokstavprefiks, 2 siffer og 1-2 desimaler. Vi ber om hoveddiagnosen blir fylt ut. Videre ønsker vi også at den viktigste bidiagnosen angis for å synliggjøre komorbiditet og kompleksiteten i lidelsen.

Aktuelle behandlingstiltak

Tiltak i behandlingstilbudet til pasienten ønskes kartlagt her

“Treningssopplegg/mestringstrening” : Med dette alternativet menes tiltak satt i verk for å bedre pasientens evne til å håndtere egne problemer i det daglige. Også fysiske treningssopplegg kan angis her.

“Arbeidstrening” : Tiltak som er rettet mot å gi pasienten mulighet til å fungere i en vanlig arbeidssituasjon skal angis her.

“Annet” : Her ber vi om at det viktigste behandlingstiltak blant øvrige tiltak som ikke er angitt som egne alternativer, angis i tekstboksen.

“**Faktisk tiltak**” . Her avkrysses de type tiltak som er satt i verk overfor pasienten i registreringsperioden. (Ett eller flere kryss).

“**Ideelt tiltak**” . Her avkrysses de tiltak som etter behandlers vurdering er nyttige og ideelle for pasienten på registreringstidspunktet, uavhengig av om disse behandlingstilbud faktisk er tilgjengelig. (Ett eller flere kryss).

“**Pasientens eget ønske**” . Her ønsker vi å fange opp pasientens faktiske ønske, uavhengig av om dette faktisk er tilgjengelig og/eller realistisk. (Ett eller flere kryss).

“**Pasienten har ikke gitt uttrykk for eget ønske**” For at pasientens eget ønske skal fremkomme på en best mulig måte vil det i de fleste tilfeller forutsette at behandler har hatt samtaler med pasienten hvor ulike tiltak har vært tatt opp. Dersom det av ulike grunner ikke har vært tema i noen av samtalene og/eller at pasienten selv ikke har gitt uttrykk for ønsker eller behov for spesielle tiltak, angis dette ved avkrysning her.

Rusmiddelmissbruk de siste 4 uker før behandlingsstart.

Her angis, etter beste evne, omfanget av rusmiddelmissbruket som pasienten har hatt i tiden før behandlingen startet. Ved kvalifisert mistanke om problematisk bruk av rusmidler, ber vi om at dette angis her så godt det lar seg gjøre. Dersom detaljerte opplysninger om rusmiddelbruk foreligger, ber vi om at det *i tillegg* angis som svar på neste spørsmål.

Rusmiddelbruk de siste 4 uker før behandlingsstart.

"Mest brukte" betyr i denne sammenheng det rusmiddel eller medikament som i perioden ga **mest rus-tid** eller (på)**virkningstid**, det vil si det som etter pasientens oppfatning ga ham/henne lengst samlet tid i ruset/påvirket tilstand i perioden på 4 uker før behandlingsstart.

Koder for angivelse av type rusmiddel og hyppighet i registreringskjemaet:

Type rusmiddel:

00=Ingen
01=Alkohol
02=Cannabis
03=Heroin/Opium
04=Amfetaminer
05=Kokain
06=Crack
07=Andre sentralstimulerende midler
08=LSD og lignende
09=Ecstasy
10=Løsemidler
11=Rødsprit og lignende
20=Metadon
21=Metadon, buprenorfin, andre opiater/-opioider foreskrevet i LAR-program
22=Metadon, buprenorfin, andre opiater/-opioider foreskrevet utenfor LAR-program
30=Benzodiazepiner
31=Benzodiazepiner foreskrevet av lege
32=Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege
40=Andre vanedannende medikamenter
98=Annet
99=Ukjent

Hvor ofte brukt:

0=Ikke brukt
1=Sjeldnere enn 1gg/uke
2=Omtrent ukentlig
3=2-4 ganger i uken
4=Omtrent daglig
9=Ukjent

Suicidale problemer/selvskadetendens

Her avkrysses dersom pasienten i løpet av tiden før behandlingsstart har vist selvskadetendens/utført selvskading, gitt uttrykk for selvmordstanker, har kommet med trusler om å begå selvmord, eller faktisk har forsøkt å begå selvmord.

Etablert og ideelt bo/behandling/omsorgstilbud

Tilbudet til pasienten i psykisk helsevern og i kommunal regi ønskes kartlagt her

"Etablert tilbud". Her avkrysses den type tilbud pasienten mottar i registreringsperioden.

"Ideelt tilbud". Her avkrysses det tilbud som etter behandlerens vurdering er best for pasienten på registreringstidspunktet, uavhengig av om dette tilbudet faktisk er tilgjengelig. Spesielt vil vi fremheve muligheten for å angi behov for ambulante tjenester. Pasienter som har problemer med å møte til avtalte konsultasjoner, vil for eksempel kunne ha behov for ambulant tilbud i tillegg. (Ett eller flere kryss).

"Pasientens eget ønske". Her ønsker vi å fange opp pasientens faktiske ønske, uavhengig av om dette faktisk er tilgjengelig og/eller realistisk. (Ett eller flere kryss).

"Pasienten har ikke gitt uttrykk for eget ønske" For at pasientens eget ønske skal fremkomme på en best mulig måte vil det i de fleste tilfeller forutsette at behandler har hatt samtaler med pasienten hvor ulike tilbud har vært tatt opp. Dersom det av ulike grunner ikke har vært tema i noen av samtalene og/eller at pasienten selv ikke har gitt uttrykk for ønske eller behov for spesielle tilbud, angis dette ved avkrysning her.

SINTEF Helse

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret:
NO 948 007 029 MVA

Seksjons/enhets-ledere ved:

Poliklinikker, ambulante team og dagavdelinger i psykiske helsevern for voksne.

Døgnavdelinger innen psykisk helsevern for voksne med poliklinisk og/eller dagbasert virksomhet

Deres ref.:

Vår ref.:

78I110.30

Direkte innvalg:

982 45 157

Trondheim,
2008-02-18

Informasjon om en landsdekkende registrering av alle pasienter som mottar poliklinisk eller dagbehandling i psykisk helsevern for voksne våren 2008

Siden 1979 har det med fire til fem års mellomrom blitt gjennomført landsdekkende registreringer av samtlige døgnpasienter i det psykisk helsevernet for voksne. Siden 1990 har registreringene blitt utvidet til også å omfatte samtlige pasienter som mottar poliklinisk eller annen dagbehandling på registreringstidspunktene. Undersøkelsene omfatter også pasienter under behandling hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale.

Undersøkelsene samler inn flere opplysninger enn det som registreres i de pasientadministrative systemene. Stor interesse og god oppslutning i tidligere registreringer har gitt verdifull informasjon om behandlingstilbudet, og medvirket som grunnlag for sentrale helsepolitiske beslutninger.

Sosial- og helsedirektoratet har nå bedt SINTEF Helse foreta en ny pasientregistrering. Direktoratet har gitt dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysningene i denne undersøkelsen. Konsesjon fra Datatilsynet er innvilget, og prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Helseregion Midt-Norge.

Registreringen av døgnpasientene ble gjennomført den 20. november 2007. Registreringen av pasienter som mottar poliklinisk eller annen dagbehandling planlegges gjennomført i perioden **mandag 14. april kl 00:00 til søndag 27. april kl 24:00, 2008.**

Sosial- og helsedirektoratet legger stor vekt på denne pasientregistreringen da den vil kunne gi verdifull informasjon om nytten og effekten av Opptappingsplanen, samt for fremtidig justering av behandlingstilbudet.

Om pasientregistreringen

Registreringen skal omfatte alle pasienter som mottar et poliklinisk, dagbasert eller ambulant tilbud i registreringsperioden. Det skal fylles ut et registreringsskjema for hver pasient som behandlerne har kontakt med i løpet av 14-dagersperioden 14.april kl 00:00 - 27 april kl 24:00 i 2008. Hver pasient skal registreres bare én gang ved hver enhet. Også pasienter som man har telefonkontakt, video/telekonferanse eller internettbasert kontakt med skal registreres.

Det presiseres at både pasienter som mottar et definert poliklinisk, dagbasert eller ambulant tilbud inngår i registreringen, uavhengig av *hvor* slik virksomhet foregår. Poliklinisk, dagbasert og/eller ambulant virksomhet ved døgnavdelingene omfattes også av registreringen.

Nytteverdien av registreringen er sterkt avhengig av at *alle* som driver poliklinisk eller dagbasert virksomhet medvirker. Selv om registreringen medfører et betydelig merarbeid, tror vi at denne

belastningen oppveies av den oversikten som undersøkelsen gir om pasientene og deres behandlingstilbud. Slik kunnskap er viktig for å forbedre det psykiske helsevernet for voksne.

Det helseforetaket som de er tilknyttet har oppnevnt en kontaktperson som vil være lokal koordinator for studien. Denne vil være ansvarlig for utsendelse av skjemaer og innsamling av utfylte registreringskjemaer. Hvis registreringskjemaer ikke er mottatt før registreringsperiodens start, ber vi deg om å ta kontakt med den lokale koordinatoren for helseforetaket.

Spørsmål om pasientregistreringen kan rettes til Solfrid Lilleeng (tlf 982 45 157, e-post: solfrid.e.lilleeng@sintef.no).

Registreringskjemaene vil bli sendt fra SINTEF Helse til de lokale koordinatorene i uke 13 våren 2008.

Med vennlig hilsen
for SINTEF Helse

Solfrid Lilleeng
Prosjektleder
Pasienttelling psykisk helsevern 2007/2008

Rolf W.Gråwe
Prosjektleder
Poliklinikkregistreringen

Antall pasienter, antall konsultasjoner/kontakter og andel pasienter som gir refusjon i løpet av registreringsperioden. Oppslutningen er beregnet ved antall konsultasjoner med refusjon i løpet av registreringsperioden dividert med forventet antall konsultasjoner med refusjon¹ i løpet av 14 dager. Pasienttellingen 2008.

Helseforetak/regionalt helseforetak	Antall pasienter	Konsultasjoner	Andel pasienter som gir refusjon (prosent)	Estimert oppslutning ¹ (prosent)
Sykehuset Østfold HF	852	1 486	83	97
Akershus universitetssykehus HF	977	2 469	62	67
Sykehuset Asker og Bærum HF	774	1 761	71	106
Aker universitetssykehus HF	1 068	2 601	73	93
Ullevål universitetssykehus HF	1 245	3 552	60	105
Sykehuset Innlandet HF	1 912	3 738	74	110
Sykehuset i Buskerud HF	545	1 136	64	56
Ringerike sykehus HF	573	1 133	97	135
Blefjell sykehus HF	538	1 199	78	117
Psykiatrien i Vestfold HF	1 458	3 199	83	95
Sykehuset i Telemark HF	898	2 560	71	86
Sørlandet sykehus HF	1 673	3 649	79	123
Direkte Helse Sør-Øst RHF	1 522	4 015	80	111
Helse Sør-Øst RHF	14 035	32 498	75	99
Helse Stavanger HF	1 439	3 628	79	97
Helse Fonna	453	1 105	73	60
Helse Bergen HF	1 126	2 363	74	109
Helse Førde HF	615	1 416	82	149
Direkte under Helse Vest RHF	723	1 652	71	130
Helse Vest RHF	4 356	10 164	76	102
Helse Sunnmøre HF	531	1 189	72	80
Helse Nordmøre og Romsdal HF	775	1 657	69	60
St. Olavs Hospital HF	1 679	3 667	61	67
Helse Nord-Trøndelag HF	802	1 519	79	79
Helse Midt-Norge RHF	3 787	8 032	68	71
Helgelandssykehuset HF	420	750	71	71
Nordlandssykehuset HF	685	1 903	59	101
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1 011	2 281	76	77
Helse Finnmark HF	426	803	63	90
Direkte Helse Nord	12	23	100	105
Helse Nord RHF	2 554	5 760	68	82
Totalt	24 732	56 454	73	93

1) Antall konsultasjoner med refusjon i 2007 (NPR og SSB) dividert på 23 uker.

OPPLYSNINGER OM PRIVATPRAKTISERENDE PSYKIATERE OG PSYKOLOGER MED DRIFTSAVTALE

<p>Praksisfylke</p> <hr/> <p>Helseforetaksområde</p>	<p>Fører du venteliste for de henviste pasientene?</p> <p>Til utredning/behandling Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis nei, hvorfor ikke?:</p>																																																		
<p>Alder</p> <p><input type="checkbox"/> 20-29 år</p> <p><input type="checkbox"/> 30-39 år</p> <p><input type="checkbox"/> 40-49 år</p> <p><input type="checkbox"/> 50-59 år</p> <p><input type="checkbox"/> 60 år og eldre</p>	<p>Kjønn</p> <p><input type="checkbox"/> Mann</p> <p><input type="checkbox"/> Kvinne</p>																																																		
<p>Fagutdanning</p> <p><input type="checkbox"/> Spesialist i psykiatri/psykiater</p> <p><input type="checkbox"/> Spesialist i klinisk psykologi/psykologspesialist</p>	<p>Hvor mange nye pasienter har tatt kontakt siste 14 dager?</p> <p>Til utredning/behandling Antall <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																																																		
<p>Spesialitet/kompetanse (flere alternativ kan krysses av)</p> <p><input type="checkbox"/> Spesialist i psykisk helsevern for voksne</p> <p><input type="checkbox"/> Spesialist i psykisk helsevern for barn og unge</p> <p><input type="checkbox"/> Doktorgradskompetanse</p>	<p>Hvor mange nye pasienter er henvist fra lege siste 14 dager?</p> <p>Til utredning/behandling Antall <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></p>																																																		
<p>Omfang av privatpraksis</p> <p><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> % av fullt driftstilskudd</p> <p>Har du flere behandlingstimer enn det som dekkes av driftstilskuddet?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Har du i tillegg stillingsandel utenfor privatpraksisen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ved universitet/høyskole?</p> <p><input type="checkbox"/> Ved annet forskningsmiljø?</p> <p><input type="checkbox"/> Innen den offentlige delen av spesialisthelsetjenesten?</p> <p><input type="checkbox"/> Innen førstelinjetjenesten (kommunale tjenester)?</p> <p><input type="checkbox"/> Annet:</p>	<p>Omtrent hvor lenge tror du det er til du kan ta inn en ny pasient?</p> <p>Til utredning/behandling Antall mnd <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Har du tatt imot nye pasienter siste 14 dager?</p> <p>Til vurdering/behandling Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p>																																																		
<p>Type oppgaver i privatpraksisen</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Antall timer per uke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Utredning/vurdering/behandling</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Veiledning</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Undervisning</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Annet:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table>		Antall timer per uke		Utredning/vurdering/behandling			Veiledning			Undervisning			Annet:			<p>Hvor mange nye har anslagsvis tatt kontakt per uke siste 6 mnd? (Antall henvendelser fra pasient/lege med ønske om terapi. Dersom henvendelse kommer fra både pasient og lege, registrer dette kun på pasient.)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Av pasienter</th> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Av lege</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Kontakt per brev</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Kontakt per telefon</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Kontakt per fastlege/almenlege</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Kontakt per epost</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Annen måte:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">.....</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table>		Av pasienter		Av lege		Kontakt per brev					Kontakt per telefon					Kontakt per fastlege/almenlege					Kontakt per epost					Annen måte:								
	Antall timer per uke																																																		
Utredning/vurdering/behandling																																																			
Veiledning																																																			
Undervisning																																																			
Annet:																																																			
	Av pasienter		Av lege																																																
Kontakt per brev																																																			
Kontakt per telefon																																																			
Kontakt per fastlege/almenlege																																																			
Kontakt per epost																																																			
Annen måte:																																																			
.....																																																			

PASIENTER BEHANDLET AV PRIVATPRAKTISERENDE PSYKIATER ELLER PSYKOLOG
 Registreringsperiode 14.-27. april 2008

Det skal fylles ut *ett* skjema for hver pasient som blir behandlet i registreringsperioden.

OPPLYSNINGER OM PASIENTEN																									
<p>Kjønn</p> <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	<p>Fødselsår</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
<p>Har pasienten omsorg for barn</p> Egne barn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke Andres barn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke Hvis ja:	<p>Dato for første kontakt (DDMMÅÅ)</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
Antall egne barn: <input type="text"/> <input type="text"/> Antall andre barn: <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>Anslagsvis antall konsultasjoner/kontakter siden første kontakt</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
(Se vedlagt oversikt over kommunenummer i Norge) Bosted Bydel Kommunenummer	<p>Antall konsultasjoner/kontakter á 60 min i registreringsperioden på 14 dager</p> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
Nåværende bosted <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>Tidligere/annen behandling for psykisk lidelse /ruslidelse (Flere alternativer kan krysses av) siste år siste 5 år</p> Behandlet i primærhelsetjenesten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandlet ved psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandlet hos privatpraktiserende psykiater <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandlet hos privatpraktiserende psykolog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Innleggelse i psykisk helsevern for voksne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandling i psykisk helsevern for barn og unge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annen behandling psykisk helsevern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandling ved rusavdeling/rustiltak i spes.htj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tilbud ved kommunal rusomsorg/psyk helsearb <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familiekontor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ingen tidligere behandling <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annet skriv inn↓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
<p>Bosted ved fødsel:</p> Hvis i Norge: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kommunenummer..... Hvis utenfor Norge: <input type="text"/> <input type="text"/> Land..... Antall år i Norge: <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>Er pasienten asylsøker? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke Er flyktning/har flyktningebakgrunn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke</p>																								
<p>Bosituasjon ved registreringen</p> <input type="checkbox"/> Alene <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Alene m/barn <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer og barn <input type="checkbox"/> Med andre voksne <input type="checkbox"/> Uten fast bolig <input type="checkbox"/> Med andre voksne og egne barn	<p>Hvem tok initiativet til første kontakt?</p> <input type="checkbox"/> Pasienten selv <input type="checkbox"/> Familie/pårørende <input type="checkbox"/> Fastlege/almenlege <input type="checkbox"/> Psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Dagavdeling <input type="checkbox"/> Ambulant team <input type="checkbox"/> Privatpraktiserende psykiater <input type="checkbox"/> Ruspoliklinikk/rusteam <input type="checkbox"/> Privatpraktiserende psykolog <input type="checkbox"/> Rusavdeling/tiltak <input type="checkbox"/> Psykiatrisk døgnavdeling <input type="checkbox"/> BUP poliklinikk <input type="checkbox"/> Helse- og sosialtjenesten <input type="checkbox"/> Somatisk institusjon <input type="checkbox"/> Flyktningemottak/asylmottak <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien <input type="checkbox"/> Krisesenter <input type="checkbox"/> Fengsel/politietat/KIF <input type="checkbox"/> NAV																								
<p>Sivilstatus på registreringstidspunktet</p> <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/> Separert/skilt <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Registrert partnerskap	<p>Diagnose(r) (ICD-10); relevante for denne behandlingsserien (bokstav, to siffer, 1-2 desimaler)</p> Hoveddiagnose Bidiagnose <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
<p>Hovedinntektskilde siste år (Kryss av bare ett alternativ)</p> <input type="checkbox"/> Inntekt av eget arbeid <input type="checkbox"/> Sykepenger <input type="checkbox"/> Inntekt av arbeid i regi av NAV <input type="checkbox"/> Attføringsstønad <input type="checkbox"/> Inntekt av ektefelles/annens arbeid <input type="checkbox"/> Uførepensjon <input type="checkbox"/> Rehabiliteringspenger <input type="checkbox"/> Alderspensjon <input type="checkbox"/> Arbeidsledighetstrygd <input type="checkbox"/> Sosial stønad <input type="checkbox"/> Studielån <input type="checkbox"/> Annen trygd <input type="checkbox"/> Annet skriv inn↓ <input type="checkbox"/> Ingen inntekt	<p>Rusmiddelmissbruk de siste uker før behandlingsstart</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Intet</th> <th>Lite</th> <th>Middels</th> <th>Stort</th> <th>Vet ikke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alkohol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Medikamenter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Narkotika</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Intet	Lite	Middels	Stort	Vet ikke	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intet	Lite	Middels	Stort	Vet ikke																				
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>Høyeste fullførte utdanning (velg ett alternativ)</p> <input type="checkbox"/> Fullført eksamen fra universitet/høyskole (høyere grad) <input type="checkbox"/> Fullført eksamen fra universitet/høyskole (lavere grad) <input type="checkbox"/> Fullført(e) deleksamen(er) fra universitet/høyskoler <input type="checkbox"/> Videregående skole (inkl yrkesrettet utd. på vgs nivå) <input type="checkbox"/> Grunnskole (7-9 årig) <input type="checkbox"/> Ikke fullført grunnskole	<p>LAR pasient nå <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent</p> <p>Suicidalproblemer/ selvskadetendens siste år</p> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Selvskadetendens <input type="checkbox"/> Selvmordstrusler <input type="checkbox"/> Selvmordstanker <input type="checkbox"/> Selvmordsforsøk																								

PASIENTER BEHANDLET AV PRIVATPRAKTISERENDE PSYKIATER ELLER PSYKOLOG

Registreringsperiode 14.-27. april 2008

VEILEDNING VED UTFYLLING AV SKJEMAET

Utfyllingen

Det fylles ut ett skjema for hver pasient som har blitt utredet/behandlet i privatpraksisen i registreringsperioden 14.-27. april 2008. Pasienter som er oppsøkt utenfor enheten skal også registreres.

Skjemaet fylles ut for hånd. Det vil bli lest inn optisk (maskinelt). Det er derfor viktig at avkrysning skjer inni rubrikkene. De steder der det bes om å anvende *tallverdier* (dette gjelder *fødselsår, bosted (kommune og bydel), antall barn, diagnose og dato mm* må derfor tallene skrives tydelig. Ett-tallet skrives som en loddrett strek, mens syv-tallet skrives slik: 7.

Innsending

Skjemaene sendes inn samlet til **SINTEF Helse v/Hanne Kvam, 7465 Trondheim** innen utgangen av mai 2008.

Veiledning og kommentar til de enkelte punkter

Bosted

Se egen vedlagte oversikt (4 sider) over kommunenummer og bydelskoder for Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø. Under "Bosted" føres opp den kommunen der pasienten har bosted nå. For pasienter som er bosatt i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø, Stavanger og Kristiansand oppgis dessuten bydel, se vedlagte liste. Bydelsangivelse for pasienter fra disse byer er viktig for å kunne belyse ulikheter i bruk av psykiatritjenester i de ulike deler av "storbyene"; noe som hittil ikke er dokumentert på noen helhetlig måte.

Bosted ved fødsel

Under "Bosted ved fødsel" føres opp den kommunen der pasientens foreldre var bosatt ved pasientens fødsel. Dersom kommunenavn (nummer) ikke er kjent, men bare stedsnavn, område eller fylke, angis dette så presist som mulig. Dersom kommunen senere er slått sammen med andre, anføres nåværende kommunes navn i den grad det er mulig. *Dersom pasienten ble født i utlandet, oppgis land. Angi også anslagsvis antall år pasienten har bodd i Norge.*

Bosituasjon ved registreringen

Den bosituasjon som har vært *dominerende* siste 6 måneder før registreringstidspunktet etterspørres her. Dersom pasienten har vært uten fast bolig i store deler av de siste 6 måneder, angis dette i tillegg.

Hovedinntektskilde siste år.

Kun ett svaralternativ skal krysses av. Den inntektskilde som har vært *dominerende* det siste år; 6 måneder eller mer, etterspørres her. Dersom to inntektskilder hver på 6 måneder, velges inntektskilde det siste halve året. Dersom annen hovedinntektskilde enn de alternativer som er angitt, skriv inn i eget felt.

Høyeste fullførte utdanning

Kun ett svaralternativ skal krysses av.

Med "Fullført eksamen fra universitet/høyskole (**høyere grad**)" forstås at pasienten har **fullført** hovedfag eller mastergrad ved universitet/høyskole, eller har fullført et utdanningsløp ved høyskole normert til *mer enn fire år*.

Med "Fullført eksamen fra universitet/høyskole (**lavere grad**)" forstås at pasienten har **fullført** cand.mag./bachelorgrad ved universitet/høyskole, eller har fullført et utdanningsløp ved høyskole normert til *fire år eller mindre*.

Dato for første kontakt

Dato for første kontakt med denne pasienten angis her.

Anslagsvis antall konsultasjoner/kontakter siden første kontakt

Her ber vi om et anslag over antall kontakter totalt siden første kontakt med pasienten.

Antall konsultasjoner/kontakter målt i timer á 60 minutter i registreringsperioden

Her ønsker vi registrert hyppigheten i kontakt med behandler i denne sammenhengende registreringsperioden på 14 dager.

Tidligere/annen behandling for psykisk lidelse/ruslidelse

Her ønsker vi informasjon om tidligere/annen behandling og tilbud pasienten har mottatt for sin lidelse siste år og siste 5 år. Spesielt opptatt er vi av behandlingstilbud innen den øvrige spesialisthelsetjeneste. Dersom pasienten har mottatt kommunale tilbud ber vi om at dette også angis. Dersom behandlingstilbudet pasienten har mottatt ikke er fanget opp av de gitte alternativer, ber vi om at dette angis i tekst under Annet. Dersom pasienten har mottatt flere andre tilbud, ønsker vi at det tilbud pasienten mener har vært mest betydningsfullt, skrives inn under Annet. Annet tilbud kan for eksempel være: Alternativ til vold (ATV), behandlingstilbud- eller opplæringstilbud til foreldre som er oppfordret/pålagt til dette av Barnevernet, behandlings- eller rehabiliteringstilbud med psykosomatisk profil. Bruk gjerne denne muligheten til å angi spesifikke tilbud som anses å ha hatt betydning for pasienten med hensyn på å håndtere egen psykisk lidelse/ruslidelse.

Hvem tok initiativet til første kontakt?

Her ønsker vi at det krysses av for den/de instanser som bidro til at første kontakt ble opprettet for denne pasienten. Flere alternativ kan velges.

Diagnoser (ICD-10); relevante for behandlingen

Det nødvendig å fylle ut full diagnoseangivelse med bokstavprefiks, 2 siffer og 1-2 desimaler. Vi ber om hoveddiagnosen blir fylt ut. Videre ønsker vi også at den viktigste bidiagnosen angis for å synliggjøre komorbiditet og kompleksiteten i lidelsen.

Rusmiddelmisbruk de siste 4 uker før behandlingsstart.

Her angis, etter beste evne, omfanget av rusmiddelmisbruket som pasienten har hatt i tiden før behandlingen startet. Ved kvalifisert mistanke om problematisk bruk av rusmidler ber vi om at dette angis her så godt det lar seg gjøre.

Suicidale problemer/selvskadetendens siste år

Her avkrysses dersom pasienten i løpet av det siste år har vist selvskadetendens/utført selvskading, gitt uttrykk for selvmordstanker, har kommet med trusler om å begå selvmord, eller faktisk har forsøkt å begå selvmord.

Trondheim, mars 2008, SINTEF Helse

SINTEF Helse

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret:
NO 948 007 029 MVA

Psykiatere og psykologer med privat avtalepraksis

Deres ref.:

Vår ref.:
78111030/SL/priv

Direkte innvalg:
982 45 157

Trondheim,
2008-03-21

Registrering av pasienter under utredning og behandling i privat avtalepraksis i perioden 14.-27. april 2008.

Vi viser til brev datert 21.februar 2008 hvor det ble redegjort for den landsomfattende poliklinikkundersøkelsen hos private avtalespesialister som SINTEF Helse gjør på oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet. Nå er registreringsperioden nært forestående og registrerings skjemaene sendes ut til alle privatpraktiserende spesialister. Vi beklager det merarbeid en slik registrering fører til for allerede travle behandlere, men håper at denne belastningen oppveies av mulighetene registreringen gir som grunnlag for å evaluere og planlegge psykiatritjenesten både på sentralt og lokalt nivå. Vi har prøvd å gjøre spørsmålene i dette skjemaet meningsfulle og dekkende for privatpraktiserendes praksis, og håper du kan ta deg tid til å svare så det blir god svarprosent for undersøkelsen. Det er viktig at undersøkelsen gir et mest mulig reelt/dekkende inntrykk av denne delen av spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud.

Vi er kjent med den rutinemessige rapporteringen av virksomheten til Norsk pasientregister som nå er trådt i kraft i januar 2008 og forstår at det er en ekstra belastning at denne pasientregistreringen kommer i tillegg. Vår undersøkelse søker imidlertid i større grad å fange opp karakteristika ved pasientpopulasjonen som drar nytte av dette viktige og omfattende behandlingstilbudet innen psykisk helsevern. Denne registreringen i 2008 er dessuten avgjørende for å belyse utviklingen gjennom Opptappingsplanperioden.

Vil også be om at spesialister med hovedfokus på barn og unge også prioritere å delta i denne registreringen, selv om skjemaet bærer preg av at det er de voksne pasientene skjemaet er utviklet for. Det er viktig å få synliggjort dette tilbudet til barn- og unge.

Registreringsopplegg :

Undersøkelsen utføres ved at det fylles ut *ett* registrerings skjema for *hver pasient* som blir utredet/behandlet i 14-dagersperioden 14.-27. april 2008. Dersom spesielle forhold tilsier det, kan en annen registreringsperiode velges, men registreringen må være avsluttet innen utgangen av mai. Det vesentlige er at perioden som velges er mest mulig representativ for 14 dagers virksomhet.

Vi ber om at det også fylles ut registrerings skjema for avtalepraksisen.

De utfylte skjemaene sendes *samlet* til SINTEF Helse v/Hanne Kvam, 7465 Trondheim innen **utgangen av mai.**

Dersom det er spørsmål om undersøkelsen kan SINTEF Helse kontaktes ved Solfrid Lilleeng, tlf 982 45 157 eller per epost: solfrid.e.lilleeng@sintef.no

Med ønske om et godt samarbeid
for SINTEF Helse avd PH

Solfrid Lilleeng
Prosjektleder
Pasienttelling psykisk helsevern 2007/2008

Rolf W.Gråwe
Prosjektleder
Poliklinikkregistreringen

Vedlegg: Pasientregistreringsskjemaer
 - Veiledningsskjema
 - Registreringsskjema for avtalepraksisen
 - Kommune- og bydelslister til utfylling av pasientenes bostedskommuner

