

Rapport

**Døgnpasienter i psykisk helsevern
for voksne (PHV)
20. november 2012**

Forfattere
Solveig Osborg Ose
Ivar Pettersen



SINTEF Teknologi og samfunn
Avd. helse



Rapport

Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV) 20. november 2012

Baseline for samhandlingsreformen

EMNEORD:

- Psykisk helsevern
- Udekkede behov
- Selvmordsrisiko
- Selvskading
- Barn av psykisk syke
- Individuell plan
- Ansvarsgruppe
- Koordinator
- Faktisk og ideelt behandlingstilbud
- Tilbud før innleggelse
- Tilbud ved utskriving
- Utskrivningsklare pasienter
- Forebygging av innleggelser

VERSJON

Versjonsnummer

DATO

2014-06-13

FORSKERE

Solveig Osborg Ose (SINTEF) og Ivar Pettersen (NTNU)

OPPDRAKSGIVER(E)

Helsedirektoratet

OPPDRAKSGIVERS REF.

Oppdragsgivers referanse

PROSJEKTNR

102001028

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

150+ vedlegg

SAMMENDRAG

Datagrunnlaget som presenteres i denne rapporten utgjør baseline for samhandlingsreformen for døgnpasienter i psykisk helsevern. Det er samlet inn informasjon om 2 358 pasienter, og dette utgjør 65 prosent av alle pasientene som var innlagt for døgnbehandling i psykisk helsevern 20. november 2012.

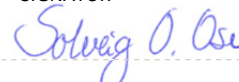
Denne baselinerapporten konkluderer med at det er få pasienter i døgninstitusjonene i psykisk helsevern som vurderes å være feilplassert ved at de burde hatt et annet tilbud ut i fra tilbudene som i dag eksisterer. Ved å bygge ut det kommunale tilbudet i riktig retning, kan sannsynligvis innleggelser i døgnbehandling forebygges for 25 prosent av pasientene.

Det er flere som har behov for poliklinisk behandling i psykisk helsevern enn dem som får det blant døgnpasientene, men det er særlig kommunale tjenester det er udekkede behov for. Dette gjelder særlig bolig, både med og uten bemanning. Det er også udekkede behov i pasientpopulasjonen for andre kommunale tjenester, som arbeids- og aktivitetstiltak. NAV ser ut til å dekke behovene for inntektssikring for nesten alle pasientene.

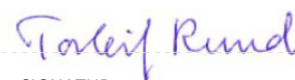
Pasienter med alvorlige psykiske lidelser (schizofrenier og psykoser), utgjør en stadig mindre andel av pasientene i døgnbehandling i psykisk helsevern. Dette var en pasientgruppe som skulle prioriteres i opptrappingsplanen for psykisk helse, men det er usikkert hvor godt det samlede tjenestetilbudet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser er i dag.

UTARBEIDET AV


Solveig Osborg Ose, seniorforsker

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Torleif Ruud, avdelingssjef, Ahus, psykisk helsevern

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR**RAPPORTNR**

SINTEF A26086

ISBN

978-82-14-05679-2

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

Datagrunnlaget for rapporten består av detaljert informasjon om 2 358 voksne pasienter i døgninstitusjoner i psykisk helsevern. Datainnsamlingen er gjennomført som en punktkartlegging blant alle pasienter som var innlagt ved en døgninstitusjon i Norge 20. november 2012. Alle de nitten helseforetakene har deltatt og 95 av 105 institusjoner (offentlige og private) har levert data. 65 prosent av pasientene som var innlagt denne datoen er kartlagt.

SINTEF har utført datainnsamlingen og analysene på vegne av Helsedirektoratet. Pasientkartleggingen (tidligere kalt pasienttellingsen), har blitt gjennomført omtrent hvert femte år siden 1979. Innsamlingen gjøres både blant døgnpasienter og blant polikliniske pasienter (gjennomført våren 2013, se egen rapport) både i psykisk helsevern (PHV) og i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Totalt leveres det fem rapporter fra prosjektet, og dette er nummer to. Første rapport handlet om utskrivningsklare pasienter i PHV og TSB, og ble publisert i oktober 2013.

Det er foreløpig ikke mulig å gjennomføre store elektroniske datainnsamlinger på pasientnivå i alle døgninstitusjonene, så hele kartleggingen har foregått på papir. Tidligere SINTEF-forskere Heidi Jensberg og Rune Slettebak har begge deltatt i betydelig grad i datainnsamlingen. Sentio AS har vært vår underleverandør og har håndtert selve datainnsamlingen, men i nært samarbeid med SINTEF. Datainnsamlingen har pågått i over ett år og et stort antall skjema er trykket, pakket, utsendt, mottatt, scannet og vært gjennom en detaljert kvalitetskontroll både i Sentio og i SINTEF. En stor takk til Roar Håskjold som har vært vår kontaktperson i Sentio. Studenter har transkribert billedfiler der det er brukt tekstvariabler. Forskningsassistent Lin Jiang har bidratt med litteratursøk i forbindelse med rapportskrivningen i siste fase av prosjektet.

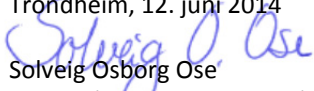
SINTEF retter også en stor takk til referansegruppen som har bestått av: Psykiatrisk sykepleier og fagrådgiver Ulrica Grannas Bore (Helse Sør-Øst), psykiater og fagsjef/avdelingsoverlege allmennpsykiatri Trond Aarre (Helse Vest), psykiater og overlege Egil Jonsbu (Helse Midt), psykologspesialist Elisabeth Gerhardsen (Helse Nord), psykiater og spesialrådgiver Ola Marstein (Norsk psykiatrisk forening), sentralstyremedlem Ola Kristian Johansen (Mental Helse) og seniorrådgiver Anne Solberg (Helsedirektoratet) og seniorrådgiver Solfrid Lilleeng (Helsedirektoratet). Referansegruppemøtene har vært svært lærerike for oss, og deltakerne har bidratt både i skjema utviklingen, prosedyrediskusjoner og gitt innspill til resultatene. Solfrid Lilleeng ledet arbeidet med pasientkartleggingen i 2007/2008 da hun arbeidet i SINTEF, og har hatt store bidrag i alle faser av prosjektet. I tillegg har seniorrådgiver Per Bernhard Pedersen i Helsedirektoratet bidratt med gode innspill underveis i prosjektet. Takk også til tidligere seniorforsker i SINTEF, Helge Hagen, som sammen med andre i SINTEF har bidratt til høy kvalitet av tidligere tilsvarende pasientkartlegginger. Prosjektsekretær Hanne Kvam er også et sentralt navn i pasientkartleggingene, og denne gangen har hun bidratt i arbeidet med institusjonsoversikten, med kommunikasjon med helseforetakene og institusjonene i forbindelse med datainnsamlingen og korrekturlesing.

Vår kontaktperson sentralt i Helsedirektoratet har vært seniorrådgiver Anne Solberg, og vi takker for godt samarbeid.

Vi takker også avdelingssjef/professor Torleif Ruud ved Avdeling psykiske helsevern, Forskning og utvikling, Akershus universitetssykehus, som har vært kvalitetssikrer av rapporten. Seniorforsker Jorid Kalseth og forskningsleder Mariann Ådnes i SINTEF, har også gitt gode bidrag underveis i prosjektet.

Til slutt takker vi spesielt alle pasienter, behandlere og i noen tilfeller kommunale representanter, for å ha bidratt i prosjektet og fylt ut omfattende kartleggingskjema.

Trondheim, 12. juni 2014


Solveig Osborg Ose

dr.polit/samfunnsøkonom/prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG	7
1 INNLEDNING	15
1.1 DØGNTILBUDET I PSYKISK HELSEVERN	15
1.2 BAKGRUNN FOR PASIENTKARTLEGGINGEN I 2012	21
1.3 FORMÅL MED RAPPORTEN	22
2 DATA OG METODE	23
2.1 DATAMATERIALETS DESIGN	23
2.2 GODKJENNING FRA REGIONALETISK FORSKNINGSKOMITE (REK)	24
2.3 INFORMASJON FRA BEHANDLER OG PASIENT	24
2.4 DELTAKENDE INSTITUSJONER OG REPRESENTATIVITET	25
2.5 TYPE INSTITUSJONER	30
3 PASIENTPOPULASJONEN 2012	33
3.1 ALDER OG KJØNN	33
3.2 UTDANNINGSNIVÅ	34
3.3 HOVEDINNTEKTSKILDE	36
3.4 SIVILSTATUS	38
3.5 BOSITUASJON OG NETTVERK	39
3.6 PASIENTENES HOVEDDIAGNOSE	41
3.7 ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER	44
3.8 RUSBRUK	45
3.9 OMFANGET AV RUSDIAGNOSER OG RUSMIDDELMISBRUK	46
3.10 OPPSUMMERING	47
4 HENVISNING, SPESIALISTVEDTAK, Ø-HJELP, REINNLEGGELSER OG FORVENTET VARIGHET	49
4.1 HENVISENDE INSTANS	49
4.2 HENVISNINGSFORMALITET VED INNLEGGELSE	50
4.3 SPESIALISTVEDTAK VED INNLEGGELSE	50
4.4 ØYEBLIKKEG HJELP	52
4.5 GJENINNLEGGELSE OG REINNLEGGELSE	53
4.6 RETT TIL PRIORITERT HELSEHJELP	53
4.7 FORVENTET VARIGHET PÅ OPPHOLDET	54
4.8 OPPSUMMERING	55

5	<u>SELVMORDSRISIKO, SELVSKADING OG VOLDSRISIKO</u>	57
5.1	KJØNN OG RISIKO	58
5.2	ALDER OG RISIKO	59
5.3	ENDRING OVER TID	61
5.4	DIAGNOSE OG RISIKO	62
5.5	INSTITUSJONSTYPE OG RISIKO	63
5.6	OPPSUMMERING	64
6	<u>INDIVIDUELL PLAN, ANSVARSGRUPPE OG KOORDINATOR</u>	65
6.1	INDIVIDUELL PLAN	65
6.2	ANSVARSGRUPPE	67
6.3	KOORDINATOR	68
6.4	OPPSUMMERING	70
7	<u>BARN AV PSYKISK SYKE</u>	71
7.1	ANDEL PASIENTER MED OMSORG FOR BARN OG UNGE	72
7.2	ER TILTAK IVERKSATT OVERFOR BARN SOM PASIENTEN HAR OMSORG FOR?	72
7.3	HVEM FØLGER OPP BARNA?	73
7.4	PASIENTER MED OMSORG FOR BARN OG SOSIOØKONOMISK STATUS	73
7.5	OPPSUMMERING	74
8	<u>PASIENTER MED OPPRINNELSE UTENFOR NORGE</u>	75
8.1	ASYLSØKERE/FLYKTNINGER	75
8.1.1	INNLEDNING	75
8.1.2	PASIENTER MED ASYLSØKERSTATUS	75
8.1.3	PASIENTER MED FLYKTNINGSTATUS	75
8.2	PASIENTER SOM ER FØDT UTENFOR NORGE	75
8.3	OPPSUMMERING	76
9	<u>BRUK AV TVANG</u>	77
9.1	TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN MED DØGNOPPHOLD	77
9.2	TILLEGGSKRITERIER	79
9.3	TVANGSMIDLER	81
9.4	TVANGSBEHANDLING	81
9.5	OPPSUMMERING	83
10	<u>BENYTTETE TJENESTER FØR INNLEGGELSE</u>	85

10.1	INNLEGGINGSTIDSPUNKT	85
10.2	SPECIALISTHELSETJENESTER	87
10.3	KOMMUNALE TJENESTER	89
10.4	ANDRE TJENESTER	91
10.5	OPPSUMMERING	93
<u>11</u>	<u>FAKTISK OG IDEELT BEHANDLINGS-TILBUD I DAG</u>	<u>95</u>
11.1	SYKEHUS	95
11.1.1	ALLMENNPSYKIATRISK AVDELING	96
11.1.2	PSYKIATRISK SENTER	97
11.1.3	AKUTTPOST	98
11.1.4	KORTTIDS-/INTERMEDIÆRPOST	99
11.1.5	LANGTIDS REHABILITERINGSPOST	100
11.1.6	ALDERS-/PSYKOGERIATRISK POST	101
11.1.7	SIKKERHETSAVDELING	102
11.1.8	ANNET	103
11.2	DPS	104
11.2.1	DØGNTILBUD	104
11.2.2	POLIKLINIKK/DAGTILBUD	105
11.3	TSB	106
11.3.1	DØGNTILBUD	106
11.3.2	POLIKLINIKK	107
11.3.3	DAGTILBUD	108
11.4	ANNET	109
11.4.1	LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING	109
11.4.2	ANNET TILBUD I SPESIALISTHELSETJENESTEN	110
11.4.3	TILBUD FRA KOMMUNEN	111
11.5	OPPSUMMERING	112
<u>12</u>	<u>TILBUD VED UTSKRIVING</u>	<u>115</u>
12.1	ANDEL MED BEHOV	115
12.2	GITT AT DE HAR BEHOV, VIL PASIENTEN FÅ DETTE TILBUDET NÅR UTSKREVET?	116
12.3	OM IKKE TILBUD, HVORFOR?	118
12.4	OPPSUMMERT	122
<u>13</u>	<u>UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER</u>	<u>123</u>
13.1	INNLEDNING	123
13.2	OMFANG UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER	124
13.3	KJENNETEGN VED UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER	127
13.4	KOMMUNESTØRRELSE OG FYLKE	133
13.5	OPPSUMMERING	137

14	FOREBYGGING AV INNLEGGELSER	139
14.1	INNLEDNING	139
14.2	OMFANG UNØDVENDIGE INNLEGGELSER	139
14.3	ÅRSAKER TIL UNØDVENDIG INNLEGGELSER	141
14.4	OPPSUMMERT	146
REFERANSER		147

Sammendrag

Pasientkartleggingen ble utført som en baseline undersøkelse for Samhandlingsreformen i psykisk helsevern (PHV) og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i november 2012. Det utarbeides separate rapporter for PHV og TSB, og denne rapporten handler om pasienter som har fått døgnbehandling i PHV.

Alle døgninstitusjoner i PHV fikk tilsendt kartleggingsskjema som skulle fylles ut for hver av de pasientene som mottok et døgntilbud den 20. november 2012. Alle de nitten helseforetakene har deltatt, og 95 av 105 institusjoner (offentlige og private) har levert data. Institusjonene som ikke har deltatt er stort sett små, og de hadde til sammen 158 innlagte pasienter 20. november 2012. Basert på tall fra Norsk pasientregister (NPR) vet vi at 65 prosent av pasientene som var innlagt eller ble innlagt denne datoen, er kartlagt.

Kartleggingen omhandler tema som ikke dekkes av obligatorisk rapporteringer til NPR. Dette er udekkede behov for tjenester på ulike nivå, sosioøkonomiske kjennetegn ved pasientene, rusbruk før innleggelse, omsorg for barn, behov for tjenester ved utskrivning og andre forhold som ikke er en del av standard rapportering.

Det er behandler i spesialisthelsetjenesten som er ansvarlig for utfyllingen, men pasient og kommunal samarbeidspart ble bedt om å delta. Pasienten har deltatt i 55 prosent av tilfellene, mens kommunal representant har deltatt i tillegg til behandler og pasient, i 6 prosent av tilfellene.

PASIENTPOPULASJONEN

52 prosent av pasientene er kvinner i døgnbehandling det psykiske helsevernet. Dette er relativt likt tidligere pasientkartlegginger.

Både kvinner og menn har generelt høyere sannsynlighet for å være døgnpasienter i PHV om de har lav utdanning. Vi finner også at kvinner med fullført høyere grads eksamen fra universitet/høyskole, har høyere bruk av døgnjenestene i psykisk helsevern enn menn med samme nivå på utdanningen.

Nesten to av tre pasienter er ugift/enslig eller skilt/separert. En høyere andel av de kvinnelige pasientene er gift eller samboer (27 prosent), mens tilsvarende for menn er 15 prosent. Flere kvinner enn menn bor i egen eiet bolig.

Ti prosent av pasientene har i 2012 inntekt fra eget arbeid som hovedinntektskilde. Andelen i 1999 var fem prosent. Over hver tredje pasient (35%) i døgnbehandling i PHV er mottakere av uførepensjon, noe større andel blant mannlige pasienter enn blant kvinnelige. 27 prosent av pasientene har arbeidsavklaringspenger som hovedinntekt.

I forhold til diagnosesammensetningen, finner vi en jevn nedgang i andel pasienter som har schizofrenier og personlighetsforstyrrelser, mens vi observerer en jevn økning i andel pasienter med affektive lidelser og nevrotiske lidelser. Alvorlige psykiske lidelser utgjør derfor en mindre

andel av pasientpopulasjonen i 2012, sammenlignet med tidligere år. Omfanget av denne pasientgruppen utgjør under halvparten av pasientene i 2012, mot 60 prosent for 13 år siden. Andel pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene er høyest i sykehusene og i andre institusjoner, og lavest i DPS-ene.

Andelen pasienter som har rusproblemer (ruslidelse eller rusmiddelmissbruk uten ruslidelse) blant døgnpasientene i psykisk helsevern, beregnes til å ligge på rundt 30 prosent.

Andelen pasienter som har en alvorlig psykisk lidelse og et rusproblem (ROP-pasienter), enten i form av en ruslidelse som hoveddiagnose eller bidiagnose eller bruker rusmidler oftere enn to ganger i uken, er 12 prosent. Andelen ROP blant mannlige pasienter er 18 prosent, mens andelen er seks prosent blant de kvinnelige pasientene.

HENVISNING, INNLEGGELSE OG FORMÅL

De fleste henvisningene til døgnbehandling i psykisk helsevern kommer fra fastlegen (26 prosent) og psykiatrisk poliklinikk (26 prosent). 20 prosent er henvist fra legevakten mens en del pasienter henvises fra sykehus til DPS og omvendt.

64 prosent av henvisningene er gjort på frivillig grunnlag mens 36 prosent er gjort i henhold til psykisk helsevernloven om tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern. Kvinner henvises i betydelig større grad på frivillig grunnlag enn menn, hhv 73 og 56 prosent av pasientene. Det er små endringer siden 2003, da 65 prosent av døgnpasientene innlagt 20. november 2003 ble henvist til institusjonen på frivillig grunnlag.

De aller fleste henvisningene om tvungen observasjon kommer fra legevakt, der 60 prosent er henvist på tvangsgrunnlag.

Halvpartene av døgnpasientene er innlagt i psykisk helsevern for øyeblikkelig hjelp. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og pasienter med samtidige alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, har høyere sannsynlighet for å bli innlagt for øyeblikkelig hjelp. Det ser for øvrig ikke ut som såkalte ROP-pasienter (kormorbid ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse), har ytterligere forhøyet sannsynlighet for å bli innlagt for øyeblikkelig hjelp, enn andre pasienter med alvorlige psykiske diagnoser.

22 prosent av pasientene er innlagt innen 30 dager, inkludert både de som er innlagt for øyeblikkelig hjelp og de som ikke er det. 13 prosent av pasientene er re-innlagt som øyeblikkelig hjelp, mens 9 prosent av alle døgnpasientene i psykisk helsevern er gjeninnlagt uten at det er øyeblikkelig hjelp.

11 prosent av oppholdene forventes å ha varighet på 0-2 uker og kan karakteriseres som akuttbehandling, mens 29 prosent er korttidsopphold (2-6 uker). 26 prosent er lenger utrednings- og behandlingsopphold med varighet på 6 uker til 3 måneder. 12 prosent er rehabiliteringsopphold (3-6 måneder). 17 prosent er langtidsopphold (6 måneder – 5 år), mens en prosent av de innlagte pasientene forventes å ha opphold som varer mer enn fem år.

SELVMORD, SELVSKADING OG VOLDSRISIKO

65 prosent av pasientene hverken skader seg selv eller har selvmordsproblemer (selvmordstanker, selvmordstrusler eller selvmordsforsøk). 23 prosent av pasientene har selvmordstanker, mens 3-5 prosent av pasientpopulasjonen har risiko for hhv. selvskading, selvmordstrusler eller har forsøkt å ta sitt eget liv. Andelen er noe høyere blant kvinnelige pasienter enn blant mannlige, men det er ikke store kjønnsforskjeller.

67 prosent av populasjonen (52 prosent blant menn og 82 prosent blant kvinner) vurderes å ikke ha risiko for å utøve vold. En stor andel av pasientene som vurderes som å ha voldsrisiko, har lav eller moderat risiko. 94 prosent av pasientene ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern har ikke voldsrisiko eller lav/moderat risiko. Totalt har 6 prosent av pasientene (9 prosent av de mannlige pasientene og 2 prosent av de kvinnelige pasientene), høy eller svært høy risiko for å utøve vold. 80 prosent av disse pasientene er innlagt ved sykehus på akuttavdelinger, sikkerhetsavdelinger eller andre spesialavdelinger.

INDIVIDUELL PLAN, ANSVARSGRUPPER OG KOORDINATOR

Det er utarbeidet, eller er under utarbeidelse en individuell plan (IP) for 37 prosent av døgnpasientene i psykisk helsevern. For 13 prosent av pasientene svarer behandler og pasient at det ikke aktuelt med IP (for eksempel at pasientene ikke har langvarige og sammensatte behov), og syv prosent av pasienten ønsker ikke individuell plan. I 2007 hadde 53 prosent en IP, så andelen har klart gått ned de siste årene. Årsaken til dette bør undersøkes.

35 prosent av pasientene som mottar døgnbehandling i PHV har fått etablert ansvarsgruppe. 62 prosent av pasientene som har ansvarsgruppe, har alvorlig psykisk lidelse. Det er ikke forskjeller i andel av pasientene som har ansvarsgruppe i sykehus og DPS.

33 prosent av pasientene har fått oppnevnt en koordinator, men blant de med de mest alvorlige psykiske lidelsene, er andelen 41 prosent. Blant de som har IP, har 81 prosent en koordinator.

BARN AV PSYKISK SYKE

Det er ingen endring i andel pasienter i psykisk helsevern som har omsorg for barn og unge, fra 2007 til 2012. Det er heller ikke endring i andel av pasientene med omsorg for barn der barna får oppfølging. Kartleggingen viser at 44 prosent ikke har behov for oppfølging, men at det er et udekket behov for oppfølging for minst 5 prosent av barn av pasienter som er innlagt i døgninstitusjoner i psykisk helsevern. Hva som ligger i vurderingen at det ikke er behov for oppfølging av barna, bør undersøkes videre med andre metoder. Andelen som svarer "Vet ikke" har gått betydelig ned fra 2007 til 2012 og dette tyder på at politiske beslutninger som førte til lovendringer og presiseringer, har hatt betydning for fokuset på oppfølging av barn av psykisk syke i psykisk helsevern. Det er særlig barn av mannlige pasienter som i større grad følges opp i 2012 sammenliknet med 2007, mens vi ser en nedgang i andelen blant kvinner. Fordi det ikke er få som svarer at barn ikke følges opp selv om det er behov for det, kan dette kanskje tyde på at oppfølgingen er mer målrettet enn tidligere. Datagrunnlaget kan ikke si noe om innholdet og kvaliteten i oppfølgingen av barna.

FLYKTNINGER, ASYLSØKERE OG PASIENTER MED OPPRINNELSE UTENFOR NORGE.

Det er få flykninger og asylsøkere i pasientpopulasjonen, 1-2 prosent, og dette er relativt uendret fra 2007. Hvorvidt dette betyr at det er mange med udekkede behov blant flykninger og asylsøkere, er usikkert.

10 prosent av pasientene er født utenfor Norge, og andelen var den samme i 2007, mens andelen i 1999 var fire prosent. Fra 1999 til i dag, ser vi en økning i andel pasienter som kommer fra Asia og en nedgang i andelen som kommer fra Europa. De som er født utenfor Norge har oftere enn alvorlig psykisk diagnose og er noe yngre, sammenliknet med de som er født i Norge. Mannlige pasienter født utenfor Norge er i større grad innlagt på sikkerhetsavdeling, 19 prosent mot 10 prosent blant de som er født i Norge. Få kvinner er innlagt på sikkerhetsavdelinger, og andelen er lavere blant kvinnene som er født utenfor Norge, enn kvinner født i Norge.

TVANGSINNLEGGELSER, TILLEGGSKRITERIER, BRUK AV TVANGSMIDLER OG TVANGSBEHANDLING

Spesialistvedtak skal gjøres som det første vedtaket av spesialist ved behandlingsenheten innen 24 timer etter at pasienten er mottatt for behandling. 99 prosent av de som henvises til institusjonen på frivillig grunnlag, får spesialistvedtak frivillig innleggelse eller frivillig kontrakt. Mens 93 prosent av de som henvises til tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern får tvangsspesialistvedtak, hhv 33 prosent til tvungen observasjon og 60 prosent til tvungent psykisk helsevern. Fire prosent av pasientene er dømt til psykisk helsevern jf. straffeloven.

Pasienter med vedtak om frivillig opphold eller frivillig kontrakt regnes som frivillig innlagt. I 2012 var 62 prosent av pasientene frivillig innlagt. Pasienter med andre typer spesialistvedtak defineres som tvangsinnlagt og 38 prosent av pasientene var tvangsinnlagt i 2012. 46 prosent av de mannlige pasientene er tvangsinnlagt, mens 29 prosent av de kvinnelige pasientene er tvangsinnlagt.

I samsvar med tidligere kartlegginger er det langt hyppigere bruk av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon i sykehusene enn i DPS-ene. Pasientene som får spesialistvedtak om tvunget psykisk helsevern er betydelig høyere blant pasienter med de alvorligste lidelsene enn blant pasienter med andre lidelser (hhv 41 prosent og 7 prosent). Andelen som får spesialistvedtak om tvungen observasjon er omtrent like stor blant pasienter med og uten de alvorligste diagnosene. De som er dømt til psykisk helsevern har typisk alvorlige psykiske lidelser og de utgjør fire prosent av vedtakene blant pasientene med alvorlige psykiske lidelser.

Andelen som er tvangsinnlagt er relativt stabil over tid, men gikk særlig ned fra 1999 til 2003. Det er en større andel tvangsinnleggelse i sykehusene enn i DPS-ene, og dette har sammenheng med at akuttavdelingene og sikkerhetsavdelingene er organisert under sykehusene.

Årsaken til at tvangsinnleggelsene i populasjonen var nødvendig, var som oftest at uten tvangsinnleggelse, var det stor fare for at pasienten blir sykere (behandlingskriteriet). Tre av fire pasienter er tvangsinnlagt etter behandlingskriteriet. Hver tredje tvangsinnlagte døgnpasient har vedtaket fordi de utgjør en fare for eget liv og helse, mens hver fjerde utgjør en fare for andres liv og helse. Andel pasienter som er tvangsinnlagt fordi de utgjør en fare for andres liv eller helse, er 35 prosent blant de mannlige tvangsinnlagte pasientene og 9 prosent blant de kvinnelige tvangsinnlagte pasientene.

Mekaniske tvangsmidler (reiming), er brukt på rundt 4,6 prosent av pasientene, mens kortidsvirkende legemidler er benyttet på 5,3 prosent av pasientene. Det er lite endring siden 2007. Isolering er brukt på 2,4 prosent av pasientene og dette er en nedgang fra 2007. Holding er brukt på 4,9 prosent av pasientene i 2012, og dette er en svak økning fra 2007. 10,3 prosent har fått vedtak om skjerming, mens 4,3 har vært utsatt for skjerming uten vedtak. Skjerming med vedtak har økt noe fra 2007, mens skjerming uten vedtak har gått noe ned.

27 prosent av pasientene som er tvangsinnlagt, har blitt tvangsmedisinert i løpet av de tre siste månedene, og dette tilsvarer en økning på ett prosentpoeng siden 2007. Bruken av annen tvangsbehandling (ernæring og annet) er lav (tre prosent) og er redusert med ett prosentpoeng siden 2007. Totalt fikk en like stor andel tvangsbehandling i døgninstitusjonene i psykisk helsevern i 2012, som i 2007 (29 prosent).

BENYTTETE TJENESTER I MÅNEDENE FØR INNLEGGELSE

89 prosent av pasientene som var innlagt 20. november 2012, ble innlagt samme år. 4 prosent av pasientene ble innlagt i 2009 eller tidligere. For pasientene som ble innlagt i 2012, er det kartlagt hvilke tjenester de har mottatt i månedene før innleggelsen.

27 prosent av pasientene som er innlagt til døgnbehandling, har ikke hatt andre tilbud fra spesialisthelsetjenesten i forkant av innleggelsen. De som har hatt et tilbud, har som oftest fått poliklinisk behandling i psykisk helsevern, men det er også noen pasienter som har hatt tidligere akuttinnleggelser, tvangsinnleggelser, ambulant team og tidligere døgnopphold i psykisk helsevern.

26 prosent av pasientene har hverken hatt et kommunalt tilbud eller et tilbud i primærhelsetjenesten i månedene før innleggelsen. Resten av pasientene har typisk hatt kontakt med fastlegen, NAVs sosialtjeneste, kommunalt psykisk helsearbeid og hjemmesykepleien.

Pasientene kan også ha fått hjelp fra tilbud utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunene, som tannhelsebehandling og brukerdrevne tilbud. Vi finner at 75 prosent av pasientene ikke har hatt kontakt med noen av disse i månedene før innleggelse til døgnbehandling i psykisk helsevern. Rundt tre prosent av pasientene har hatt kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper eller treffsteder og møteplasser for brukergruppen i månedene før innleggelsen.

FAKTISK OG IDEELT BEHANDLINGSTILBUD PÅ REGISTRERINGSTIDSPUNKTET

Det er kartlagt hvilke behov pasienten har på registreringstidspunktet, dvs 20. november 2012. Vi finner at det generelt er få pasienter som kan sies å være feilplassert innen spesialisthelsetjenesten ved at de får ett tilbud, men har behov for et annet. Dette tyder på at pasientene som får behandling i døgn tjenester i psykisk helsevern, får det tilbudet de har behov for. Hvor mange som har behov for et døgn tilbud i psykisk helsevern, men som ikke får det – kan vi ikke svare på med å studere pasienter som faktisk får et tilbud. Det de fleste pasientene mangler på registreringstidspunktet, er et kommunalt tilbud. 12 prosent av pasientene som ikke har et kommunalt tilbud, burde hatt tilbudet på registreringstidspunktet – altså samtidig som de er innlagt i psykisk helsevern (ikke når de skrives ut). Det er ikke betydelige forskjeller mellom kvinner og menn, ulike aldersgrupper eller mellom pasienter i ulike diagnosegrupper.

TILBUD PÅ UTSKRIVNINGSTIDSPUNKTET

Vi har også kartlagt behov for tjenester når pasienten skrives ut fra døgnbehandling i psykisk helsevern.

Det er relativt få pasienter som ikke vil få nødvendig spesialisthelsetjenestetilbud når de skrives ut fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Over halvparten av pasientene har behov for et poliklinisk tilbud i psykisk helsevern etter utskrivning, og de aller fleste pasientene med behov vil sannsynligvis få et slikt tilbud (82 prosent). For resten er det usikkert om tilbudet vil bli gitt, og årsaken er at kapasiteten på tjenesten er for lav eller at pasienten ikke ønsker tilbudet eller "annet". Hva som ligger i "annet" har vi ikke informasjon om, men gitt at dette beskrives som årsak til at pasienten ikke vil få et tilbud i 30 prosent av tilfellene, bør dette undersøkes videre. Det kan være helseforklaringer og oppmøteproblematikk som ligger i dette, men dette har vi ikke grunnlag for å si noe om.

Det er en god del udekkede behov for kommunale tjenester og særlig for kommunal bolig med døgnbemanning. 40 prosent av pasientene har behov for et kommunalt boligtilbud når de skrives ut og 22 prosent har behov for døgnbemannet bolig. Rundt 40 prosent av de med behov for boligtilbud, har et tilbud på plass. For resten er ikke et slikt tilbud foreløpig ikke etablert og årsaken er i stor grad kapasitetsproblemer i kommunene. Det er også relativt mange pasienter som selv ikke ønsker et kommunalt boligtilbud, selv om de vurderes av behandler å ha behov for det.

Generelt er det mange pasienter som har udekte behov for tjenester når de skrives ut fordi de selv ikke ønsker hjelp. En viktig satsning fremover bør derfor være bedre tilpasning av tilbudene slik at de oppleves å være i samsvar med pasientenes behov samt satsning på motiveringsarbeid for å få personer med psykiske lidelser til å ta i mot hjelp. Dette arbeidet må gjøres både i spesialisthelsetjenestene, hos fastlegene og av de kommunale tjenestene. Metodeutvikling på dette området synes å være mangelfull.

UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Vi har beregnet at 7 prosent av pasientene i psykisk helsevern er utskrivningsklare, men venter på et kommunalt tilbud. Dette dreier seg i stor grad om et boligtilbud.

Mange behandlere og pasienter vurderer at pasienten som er utskrivningsklar trenger et døgnbemannet botilbud. Dette er ikke nødvendigvis kommunene enige i, og de kan ønske å ha større påvirkning på vurdering av hvilke tjenester pasienten trenger. Det er mulig at behandlere i døgninstitusjonene undervurderer pasientens funksjonsnivå fordi de typisk møter pasienten i en periode der pasienten er svært syk og fungerer dårlig. Når pasienten friskner til og utskrives, vil kanskje behovet være endret og de vil ha større nytte av et lavere omsorgstilbud. Dette er et uavklart tema mange steder, og det skaper stor usikkerhet for pasientene. Mangel på egnede boligtilbud i hjemkommunen, utgjør det største udekkede behovet for pasientgruppen.

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

FOREBYGGING AV INNLEGGELSER

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

Kommunene må ha god forebyggingskompetanse og et bredt tilbud både med bolig, lavterskeltiltak, støttetjenester (arbeid, dagsenter, støttekontakt), gode hjemmetjenester, hjelp i hjemmet mm. I tillegg handler det om å motivere personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer til å ta i mot hjelp i fra kommunene. Som nevnt over er det mange mennesker med psykiske lidelser som vegrer seg til å ta i mot hjelp og årsakene kan være manglende opplevd anonymitet, dårlige erfaringer fra tidligere og innsikt i/opplevelse av egen sykdom. Når pasientene vegrer seg og går for lenge uten oppfølging, ender det ofte med en innleggelse som kunne vært unngått om kommunene hadde fått satt inn tiltak. I tillegg kan unødvendige innleggelser skyldes at kommunene ikke får tilstrekkelig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten når de ber om det, men omfanget av dette er ukjent.

KONKLUSJON

Dette omfattende datagrunnlaget har bidratt til å gi svar på mange uavklarte problemstillinger som er viktige for å kunne videreutvikle spesialisthelsetjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Kartlegginger basert på registerdata som spesialisthelsetjenesten rapporterer jevnlig til helsemyndighetene og SSB, gir ikke nødvendig informasjon for å kunne analysere inkluderte tema. Pasientkartleggingen har derfor vært viktig å gjennomføre.

Kartleggingen er omfattende og krever omfattende innsats for behandlere og institusjonene som deltar. Å kartlegge flere tusen pasienter tar opplagt mye ressurser. Selv om oppslutningen har vært god og 95 av 105 institusjoner har deltatt, er det bare 65 prosent av pasientene som var eller ble innlagt på tellingstidspunktet, som er kartlagt. Dette har ikke gitt betydelige skjevheter så langt vi kan vurdere, men det kan være en indikasjon på motivasjon og kapasitet til å delta.

Dette er en baselineundersøkelse for evalueringen av samhandlingsreformen blant døgnpasienter i psykisk helsevern. Når oppfølgningene skal gjøres, bør helsemyndighetene bidra til at en større andel av pasientene inkluderes gjennom mer systematisk arbeid mot RHF-ene og helseforetakene i forkant av kartleggingen.

1 Innledning

Dette forskningsprosjektet er en baseline-undersøkelse for samhandlingsreformen i psykisk helsevern. Vi starter derfor med en beskrivelse av hvordan døgntilbudet for mennesker med psykiske lidelser har utviklet seg frem til i dag, fra asylperioden til dagens desentraliserte tjenestetilbud.

Deretter beskriver vi bakgrunnen for pasientkartleggingen i 2012 (kapittel 1.2) og beskriver nærmere formålet med rapporten (kapittel 1.3).

1.1 Døgntilbudet i psykisk helsevern

Teksten er ikke ment å være en fullstendig beskrivelse, men vil gi et bilde av utviklingen i et langt tidsperspektiv.

1840-1961 INSTITUSJONSOPPBYGGING

Den norske legen Herman Wedel Major (1814-1854) var pioner og drivkraft innen utviklingen av norsk psykiatri, både faglig og institusjonelt (Hermundstad 2005). I 1840-årene fikk Major et stipend for å undersøke den eksisterende behandling av "sinnssyke"¹, og resultatet av hans arbeid var utkast til *lov om sindssykes behandling og forpleining (sinnssykeloven)* og en plan for oppretting av Gaustad asyl (Vold 1999). Med små endringer ble sinnssykeloven av 1848² stående helt frem til lov om psykisk helsevern kom i 1961 (ibid). Perioden med sinnssykeloven var preget av oppbygging av institusjoner og asylter, men begrunnelsen for opprettelsene av asylene var i følge Hermundstad (2005) todelt:

I den romantiske perioden på 1800-tallet, hadde man en optimistisk tro på nytten av å løfte pasientene ut av vanskelige hjemmemiljø, og heller plassere ham eller henne i vakre, landlige og rolige omgivelser – sjelen skulle få fred og mulighet til å helbredes.

Latskap ble ansett som roten til alt ondt, og sinnslidende skulle oppdras til å bli dannede og produktive medlemmer av samfunnet. Gjennom "moralisk behandling" med fast døgnrytme, hardt arbeid og oppbyggelige fritidsaktiviteter, skulle pasientene avledes fra hallusinasjoner og vrangforestillinger, bli fornuftige og gradvis opplæres i sunne vaner. Kombinasjon av ansvarliggjøring, oppmuntring og advarsler skulle skape selvbeherskelse og kontroll over følelsene (Hermundstad, 2005).

¹ Dette var institusjoner for "de gale" også tidligere. Oslo Hospital og Dollhus var den første institusjon som ble bygd spesielt for "sinnssyke" her i landet og den ble åpnet i 1779 (Hagen og Ruud, 2005).

² Loven av 1848 var etter datidens forhold preget av respekt for sinnssykes menneskeverd. Den fastslo det offentlige plikt til å sørge for de sinnssyke og hadde klare bestemmelser for innskriving i og utskrivning fra asylter og vern mot uberettiget frihetsberøvelse. Loven innførte ordningen med kontrollkommissjoner som skulle overvåke pasientenes rettigheter og tarv. Legene skulle forestå behandlingen og foreta en «passende» vitenskapelig klassifikasjon av de syke. Både private og offentlige asylter skulle autoriseres av det offentlige (St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet).

Sinnslidelsene ble karakterisert som sykdom, men ble i praksis behandlet som moralsk svikt (ibid). I perioden 1850 – 1950, og særlig frem til 1920, ble det lagt mye arbeid i å bygge ut tilstrekkelig antall plasser i asylene, flere av dem med privatpleie i tillegg (NOU, 1995: 14 Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner). Selv om det ble gitt omsorg og pleie ved asylene, var perioden også preget av prøving og feiling i behandlingen av psykisk syke, se blant annet historiene om Gaustad asyl (Steen 2005) og Sanderud asyl (Haave 2008).

Institusjonaliseringen av psykisk syke mennesker i Norge og fremveksten av asylene og faget psykiatri, fulgte samme trend som i England, Frankrike og USA - men startet noe senere i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

I de psykiatriske institusjonene levde de psykisk syke avsondret fra omverdenen for en kortere eller lengre periode, og alle fysiske, psykiske og sosiale behov skulle ivaretas innenfor institusjonen (totale institusjoner). Asylene fungerte mer som oppbevaringsanstalter enn som behandlingsinstitusjoner (Vold 2002). (Vold 2002)

På 1950-tallet begynte myndighetene å satse på oppbygging av psykiatriske sykehjem for det var store overbelegg ved de psykiatriske sykehusene (Hagen og Ruud 2004). Det ble en arbeidsdeling mellom psykiatriske sykehus, som var best stilt personellmessig og derfor kunne drive pasientbehandling, og psykiatriske sykehjem (senil demente og andre pasientgrupper med langvarig behov for pleie og omsorg) med lite og lavt utdannet personell og vekt på pleie og omsorg (Vold 2002).

NEDBYGGINGEN OG DE-INSTITUSJONALISERING

I 1950-60 årene kom de moderne nervemedisinene. De representerte et enormt fremskritt, men ga både leger og pasienter overdreven tro på hvilke problemer medisiner kunne løse. Resultatet var overmedisinering og neddopede pasienter - en tilværelse som for noen måtte minne om et kjemisk robotliv (St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet).

Utover i 1970-årene fikk den antipsykiatriske tankegangen fotfeste. Delvis ledet an av 1968-generasjonen ble det, i hvert fall i visse miljøer og kretser, gjort et humanistisk opprør (ibid):

- Tvangsbehandling ble bannlyst - behandling skulle bygge på frivillighet og motivasjon - ingen skulle behandles mot sin vilje.
- Medisiner ble oppfattet mer som et onde enn et gode. Medikamenter skulle være unntaket, ikke regelen.
- Bruk av diagnoser ble forlatt - koder ble erstattet med lange beskrivelser av pasientens personlighet, familieforhold, utløsende faktorer og mestringssevne - beskrivelser som ikke kunne brukes til å sammenholde og studere grupper av pasienter.

Nedbyggingen av de tradisjonelle institusjonsplassene i psykiatrien startet på begynnelsen av 1970-tallet, og gradvis mistet institusjonene sitt preg som totale institusjoner. Viktige retningslinjer for den videre utvikling ble trukket opp i "Sykehusutbygging i et regionalt helsevesen" (St.meld. nr. 9, 1974-75).

Nye institusjonstyper, som psykiatriske klinikkavdelinger ved somatiske sykehus og psykiatriske poliklinikker, fikk stadig større betydning (Vold 2002). Antall døgnplasser i Norge nådde toppen i

1973, og den faglige utviklingen innenfor psykiatrien, innføringen av nye medikamenter og behandlingsmetoder trakk i retning av en stadig mer behandlingsorientert psykiatri (ibid).

Pasientkartleggingen i november 1989 viste at det var 3 660 pasienter i psykiatriske sykehus i Norge, og dette utgjorde 42 prosent av alle pasientene i psykiatriske institusjoner (Hagen, 1992). Hele 50 prosent av pasientene ved de psykiatriske sykehjemmene ble da vurdert som kandidater for et lavere omsorgsnivå (ibid). En kartlegging av psykopatologi og funksjonsnivå blant langtidspasienter ved psykiatriske sykehjem i Sogn og Fjordane, viste at av de 107 pasientene i fylket hadde 40 pasienter videre behov for psykiatrisk sykehjemsplass, 30 pasienter hadde behov for vanlig sykehjemsplass, mens 37 pasienter kunne skrives ut til et botilbud med kommunal omsorg (Ruud, Martinsen, og Friis 1998).

De samme forskerne fulgte også opp disse pasientene seks år etter, og fant at de fleste av de gjenlevende pasientene bodde på vanlige sykehjem (Martinsen et al. 1998). De fant at de som hadde flyttet ut av de psykiatriske sykehjemmene, hadde symptombedring, men endringen var ikke signifikant. De som hadde flyttet ut var fornøyd med sitt nye bosted, men de fleste trengte omfattende hjelp for å oppnå en akseptabel levestandard i lokalmiljøet. De som fortsatt var på sykehjem, hadde lavt funksjonsnivå og mange hadde også somatiske sykdommer i tillegg til psykiske lidelser. De fant liten endring i funksjonsnivå og symptomer for denne gruppen (ibid).

Nedbyggingen av psykiatriske sykehjemsplasser startet tidlig på 1990-tallet og tilbudet ble redusert til en fjerdedel i løpet av en ti-årsperiode (Hagen og Ruud 2004).

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE (1999-2008)

Den kraftige nedtrappingen av døgntilbudet på 1990-tallet fortsatte i noe mindre styrke inn i de påfølgende 10 år parallelt med Opptrappingsplanen som fremmet etableringen av DPS-ene (Lilleeng et al., 2009).

I følge "Psykiatrimeldingen" ble ikke institusjonsnedbyggingen fulgt opp av en oppbygging av førstelinjetilbudet, og det var tydelig behov for økt satsning (St.meld. nr. 25 (1996-97)). En omfattende plan og konkrete tiltak ble utarbeidet for å styrke tilbudet og å legge til rette for en planmessig utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser (St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006). Planen ble senere utvidet til å gå ut 2008 (St.prp. nr. 1 (2003-2004)).

Satsningen skulle resultere i både en kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. I følge opptrappingsplanens verdigrunnlag skal målet med tjenestetilbudet være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Sektorer og tjenesteytere skulle bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrensene og forvaltningsnivåer. Følgende hovedgrupper av tiltak inngikk i Opptrappingsplanen:

- Brukerstyring og informasjon
- Styrking av tilbudet i kommunene
- Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne
- Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom
- Stimulering av utdanning og forskning
- Styrking av tilbudet om arbeid og sysselsettingstiltak

Et hovedmål for planen var etablering av aktive behandlingseenheter i lokalsamfunnet (Distriktpsykiatriske sentra eller DPS-er). Pasientkartleggingen i 2003 konkluderte med at i de fire første årene av planperioden hadde det skjedd en markert omstilling av døgntilbudet (Hagen og Ruud, 2005). Kartleggingen viste at døgninstitusjonene fortsatt tok hånd om mange pasienter som burde hatt tilbud på lavere omsorgsnivå. Det var særlig plasser i kommunale omsorgsboliger og egen bolig med tilsyn, som ble etterspurt av behandlerne på vegne av pasientene. Kartleggingen viste også at mange pasienter kunne klart seg i egen bolig uten tilsyn, med oppfølgende poliklinisk eller dagbasert tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Forskerne konkluderte med at det fortsatt var behov for en betydelig omstillingsprosess i det psykiske helsevern for voksne, samt å øke kapasiteten i kommunenes døgnbaserte omsorgstilbud for pasienter som i 2003 befant seg i institusjoner innen det psykiske helsevern (ibid).

På slutten av opptrappingsplanperioden ble det gjort flere oppsummering av utviklingen i planperioden. Disse viste at eldre pleiepasienter hadde blitt skrevet ut fra "øvrige institusjoner" til kommunal omsorg, behandlingstilbudet var bygget ut, og de psykiatriske sykehjemmene ble erstattet av DPS (Pedersen og Bjerkan 2008). Dette synes samtidig å redusere behovet for innleggelse i sykehus (ibid). Utbygging av DPS-avdelingene ble finansiert gjennom en hurtigere nedbygging av sykehjemmene enn forutsatt, poliklinikkene ved DPS-ene ble utbygd mer enn forutsatt og utdanningsnivå og personellfaktor ble vesentlig styrket (Pedersen, Lilleeng, og Marit 2008).

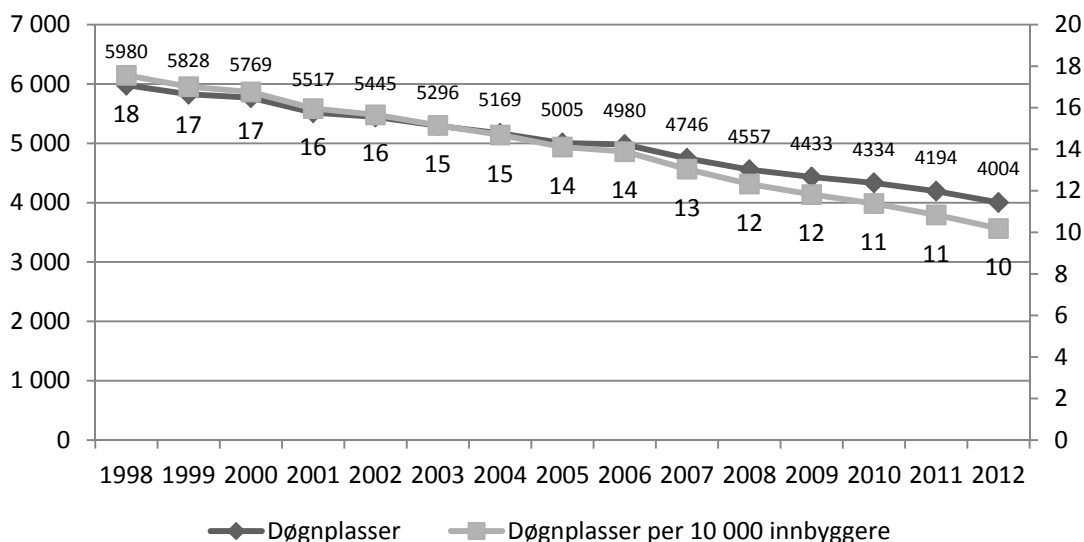
Det desentraliserte psykiatriske helsevernet skulle ha ansvar for akutt- og kisetjenester, tilby spesialisert utredning og behandling, være et bindeledd mellom kommunehelsetjenesten og de spesialiserte tjenestene ved sykehusene samt ivareta kontinuiteten innad i spesialisthelsetjenesten (Lilleeng et al., 2009).

Det kan likevel ikke sies å ha vært en sterk omstilling fra sykehus til DPS-er, vurdert ut i fra antall døgnplasser fra Opptrappingsplanens start til i dag, se tabell 1.1. Fordelingen av døgnplasser mellom sykehusene og DPS-ene har vært relativt stabil de siste 13 årene, og antall døgnplasser er jevnt redusert både i sykehus og i DPS-er. Pasientpopulasjonene ved de ulike typene institusjoner, kommer vi tilbake til senere i rapporten.

Tabell 1.1 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne ved sykehus og andre institusjoner. Antall og endring i prosent. 1999, 2003, 2007 og 2012.

Institusjonstype	1999	2003	2007	2012
Sykehus	3 039	2 940	2 712	2 166
Andre institusjoner (DPS + andre inst)	2 789	2 356	2 057	1 838
Alle institusjoner	5 828	5 296	4 769	4 004
Prosent av plassene i sykehus	52	56	57	54
Prosent av plassene i DPS + andre inst	48	44	43	46

Døgnkapasiteten er redusert med 1 800 døgnplasser fra inngangen til Opptrappingsplanen til i dag. Dette er kompensert gjennom kortere oppholdstid (median oppholdstid beregnet fra hittil oppholdstid i pasientkartleggingene er redusert fra 60 dager i 1999 til 29 dager i 2012, se kapittel 4.8), en sterk økning i poliklinisk behandling og et bedre rustet kommunalt tjenestetilbud.



Figur 1.1 Døgnplasser i PHV i perioden 1998–2012 (Kilde: Samdata 2012, kap 15)

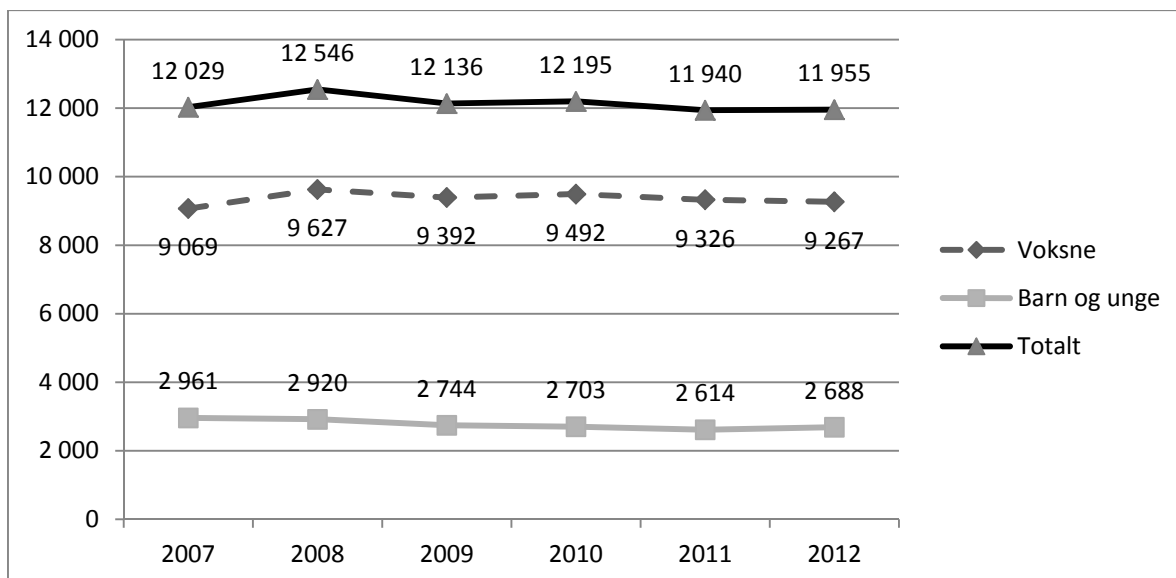
KOMMUNENE SOM HOVEDARENA

Evalueringer viser at opptrappingsplanmålene for psykisk helsearbeid i kommunene ble nådd på de aller fleste områdene (Kaspersen, Ose, og Kalseth 2009). De som er rekruttert til psykisk helsearbeid i kommunene har generelt høy utdannelse (Ådnanes og Sitter, 2007), noe som bør være en indikasjon på at kvaliteten i tjenestene har blitt bedre.

Behovet for økt satsing i kommunene var hovedargument for utvidelse av opptrappingsplanperioden fra 2006 til 2008 (St.prp. nr. 1 (2003-2004)), og fokuset på kommunehelsetjenester har økt ytterligere de siste årene. Veksten i bruk av sykehustjenester skal dempes gjennom økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, og utbygging av kommunehelsetjenesten. I Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)), og gjennom ny folkehelselov (LOV 2011-06-24-29; HOD, 2010a) og ny kommunal helse- og omsorgslov (LOV 2011-06-24-30; HOD, 2010b), løftes kommunene fram som den viktigste arenaen for forebygging, oppfølging og behandling av mennesker med psykiske lidelser og problemer.

Siste året i Opptrappingsplanen (2008) mottok kommunene 3,4 milliarder kroner i øremerkede midler til psykisk helsearbeid, en realvekst på 2,7 milliarder kroner fra starten av planperioden. I følge statsbudsjettet (Prop. 1 S 2010-2011) ble det i 2009 innlemmet øremerkede tilskudd til psykisk helsearbeid på om lag 3,5 milliarder kroner i kommunenes frie inntekter. Rapportering fra kommunene de to siste årene av Opptrappingsplanen, viste at opptrappingsplanmidlene finansierte ca. 50 prosent av stillingene i psykisk helsearbeid, den andre halvparten finansierte kommunene selv. Kommunene med mest egenfinansiering hadde en over gjennomsnittlig andel uføre med psykiske lidelser og høyere skatteinntekter per innbygger, men ellers var det vanskelig å finne forhold i kommunene som systematisk var assosiert med høy egenfinansiering (Ose et al., 2009).

SINTEF har hatt ansvaret for å kvalitetssikre, sammenstille og analysere det som rapporteres fra kommunalt psykisk helsearbeid (Ose og Slettebak 2014). Rapporteringene viser at årsverksinnsatsen stort sett har vært stabil siden opptrappingsplanen ble avsluttet, se figur 1.2.



Figur 1.2 Antall årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid. Kilde: IS-24 rapporteringen (Ose og Slettebak, 2014).

Konklusjonene fra forrige rapport var at det er behov for flere årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid, og estimert behov er 1 780 nye årsverk totalt der 275 av årsverkene i følge fagpersonene i kommunene bør være psykologer. Det er altså ikke tilstrekkelig å kun satse på psykologer i kommunene, det er behov for flere årsverk blant annet til å bemanne boliger for målgruppen. Vi fant også at det er vanskelig for kommunene å prioritere forebyggingsarbeidet i form av ulike aktivitetstilbud. Trenden er at det blir færre og færre årsverk i disse tjenestene i kommunalt psykisk helsearbeid. Vi anbefalte derfor å vurdere øremerking av statlige midler til forebygging gjennom ulike aktivitetstilbud til voksne (dagsenter, fritids- og kulturtilbud tilpasset målgruppen) og til tidlig innsats mot barn og unge som står i fare for å utvikle psykiske lidelser.

Vi konkluderte med at døgnplassene i psykisk helsevern bygges ned alt for raskt, uten at kommunene har økt ressursinnsatsen. Med en nullvekst i årsverksinnsatsen i kommunene fra 2008 og færre døgnplasser i psykisk helsevern og kortere oppholdstid, er det vanskelig å forvente at kvaliteten i tilbudet til brukergruppen har økt. Det er kommunene som forventes å bygge tilbudet ut ytterligere, og løsningen er sannsynligvis ikke å bygge opp igjen døgntilbudene i psykisk helsevern. Vi advarte derfor mot en ytterligere nedbygging av døgnplasser i psykisk helsevern før kommunene har fått tid og ressurser til å bygge ut tjenestene videre. Man må også se på kostnadsdelen i overføring av oppgaver til kommunene. Samme tjenester utført av samme kompetanse vil sannsynligvis koste det samme uansett på hvilket nivå tjenesten ytes på. Det kan også bli vesentlig dyrere om hver kommune skal bygge ut tjenester som ligger innholdsmessig nært et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er stor forskjell på somatiske pasienter som ofte trenger en rask og effektiv behandling i sykehus, og mennesker med psykiske lidelser som ofte trenger et omfattende og kontinuerlig tjenestetilbud. Det er ulike virkemidler som er effektive for å få til gode tjenester for ulike brukergrupper. SINTEF har også tidligere konkludert med at innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og TSB, ikke kan anbefales. Årsaken er at det er stor usikkerhet i forhold til brukerbehov og dekningsgrad i kommunene, og at det er store gråsoner i ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (Kalseth et al. 2013).

Det handler fortsatt om å få til et godt faglig samarbeid rundt hver enkelt pasient, og til det må både spesialisthelsetjenesten og kommunene bidra. Mange har kommet langt i dette arbeidet, mens potensialet andre steder ikke utnyttes, fordi det mangler kapasitet i de kommunale tjenestene.

Vi konkluderte med at kort og effektiv behandling i spesialiserte tjenester med et godt utbygd kommunalt tilbud og utnyttelse av spesialistkompetanse inn i de kommunale tjenestene fortsatt ser ut til å være riktig vei å gå (Ose og Slettebak 2014).

1.2 Bakgrunn for pasientkartleggingen i 2012

I forbindelse med iverksettingen av Samhandlingsreformen og andre viktige arbeider på områdene innen psykisk helse og rus, ønsket Helsedirektoratet å inngå avtale om gjennomføring av en undersøkelse av tilbudet til pasienter i det psykiske helsevernet og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det ble i begynnelsen av 2012 inngått avtale med Sintef om å utføre oppdraget.

I utlysningen var Helsedirektoratet opptatt av bruken av økonomiske virkemidler i gjennomføringen av samhandlingsreformen. Det var høsten 2011 (utlysningstidspunkt) klart at det fra 1. januar 2012 skulle innføres kommunal medfinansiering og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innen somatikk. Disse økonomiske virkemidlene skulle støtte målene om ønsket arbeidsfordeling, gode pasientforløp og løsninger på beste effektive omsorgsnivå. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var ikke omfattet av disse økonomiske virkemidlene og en av årsakene var at det var knyttet stor usikkerhet til omfanget av utskrivningsklare pasienter innenfor disse sektorene. En del av formålet med pasientkartleggingen 2012 var derfor å identifisere omfanget av utskrivningsklare pasienter. Beregningene av dette ble gjort i en egen rapport publisert høsten 2013 (Ose og Slettebak 2013).

Målet med undersøkelsen er også å fremskaffe en oversikt over tilbud og behov hos pasienter som mottar behandling i det psykiske helsevernet og innenfor TSB, på tvers av forvaltningsnivåer (kommune/NAV/spesialist), fagområder (psykisk helsevern/TSB/somatikk) og omsorgsnivå (døgn/dag/poliklinikk/ambulant), samt avdekke udekte tjenestebehov når det gjelder behandling, oppfølging, bolig, arbeid og utdanning, aktiviteter og sosial støtte mm.

Resultatene i kartleggingen presenteres i fem rapporter, der den første kom, som nevnt over høsten 2013. Dette er nummer to i rekken og handler altså om pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern (PHV). Nummer tre handler om døgnpasienter i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), nummer fire om polikliniske pasienter i PHV og nummer fem om polikliniske pasienter i TSB.

Forskningsprosjektet skal fremskaffe følgende oversikter og svar:

- Oversikt over hvilke tilbud pasientene mottar fra ulike forvaltningsnivåer (kommune/NAV/spesialist), fagområder (psykisk helsevern/TSB/somatikk) og omsorgsnivå (døgn/dag/poliklinikk/ambulant).
- Omfanget av pasienter med udekte behov for ulike typer tjenester, jf punktet ovenfor, og mulige årsaker til dette.
- Omfanget av pasienter som behandles på for høyt/lavt nivå i spesialisthelsetjenesten, eller som burde hatt et tilbud i kommunen, og mulige årsaker til at pasienten ikke behandles på riktig nivå..
- Omfanget av utskrivningsklare og overføringsklare pasienter og oversikt over det samlede tjenestebehovet hos disse pasientene.
- Omfanget av pasienter med behov for samtidig oppfølging og behandling fra både det kommunale tjenesteapparatet og fra spesialisthelsetjenesten.
- Belyse pasientforløp og grad av koordinerte tjenester rundt den enkelte pasient.
- Geografiske variasjoner

1.3 Formål med rapporten

Rapporten skal først og fremst vise baseline for Samhandlingsreformen for døgnbehandling i psykisk helsevern. Grunnlaget er pasientpopulasjonen per slutten av 2012 og hovedfokus er pasientenes dekkede og udekkede behov for tjenester og tiltak på ulike nivå.

Hoveddelen av prosjektet er, som i tidligere pasienttellinger, selve datainnsamlingen. Dette er et omfattende arbeid og hoveddelen av prosjektmidlene går med til dette arbeidet. Resultatene som legges frem i denne rapporten er i stor grad deskriptive tabeller som gir grunnlag for mer utvidede analyser i neste omgang.

2 Data og metode

Første del av kapittelet beskriver hvordan datamaterialet er samlet inn. Deretter viser vi hvilke institusjoner som har deltatt og beregner representativitet (kapittel 2.4). Kapittel 2.5 viser representativitet i forhold til type institusjon (sykehus, DPS og andre døgninstitusjoner).

2.1 Datamaterialets design

Pasientkartleggingen 2012 er en tverrsnittsregistrering av døgnpasientene i psykisk helsevern i Norge. Alle døgninstitusjoner i PHV fikk tilsendt kartleggingsskjema som skulle fylles ut for hver av de pasientene som mottok et døgntilbud den 20. november 2012. Spørreskjemaet ble utformet slik at de skulle kunne besvare de problemstillingene som var bakgrunnen for pasientkartleggingen beskrevet i forrige kapittel.

Som bakenforliggende premisser for pasientkartleggingenes volum og resultater ligger to viktige forhold: For det første er pasientkartleggingens design basert på pasientpopulasjonen som mottar behandlingstilbud på en bestemt dag. Pasientpopulasjonen er i utgangspunktet, rent volummessig, begrenset ut fra det antall døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne som er tilgjengelig. For det andre er behandlernes oppslutning om undersøkelsen avgjørende. 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 punkttellinger siden 1979 innen psykisk helsevern, da den første registreringen ble gjennomført for å kartlegge pasientpopulasjonen ved psykiatriske sykehjem (Øgar 1981, Øgar, Kolstad, og Kindseth 1986). Undersøkelsene har tradisjonelt hatt en meget god oppslutning. Dette skyldes trolig undersøkelsens kortfattede form, objektive spørsmål og avgrensede registreringsperiode med mer (Hagen 1992, 1997, 2001, Hagen og Ruud 2004, Lilleeng et al. 2009).

For å kunne svare på alle problemstillingene Helsedirektoratet ønsket at undersøkelsen skulle gi svar på, og for at dette skulle være en god baselineundersøkelse for Samhandlingsreformen, har det vært nødvendig med et skjema med flere spørsmål enn tidligere. Dette forventes å påvirke deltakelsen, men det ble ansett som viktigere å finne svarene på disse spørsmålene enn å ha komplett datagrunnlag. Deltakelsen må likevel anses som høy, se kapittel 2.4.

Designet innebærer at kartleggingen er et supplement til data innsamlet av Norsk pasientregister (NPR). Mens NPR data vil gi et riktig bilde av pasientsammensetningen i løpet av et år, vil pasientkartleggingen representere de som til enhver tid er innlagt. I kartleggingen på et gitt tidspunkt, vil langtidspasienter være overrepresentert fordi de har større sannsynlighet for å være innlagt på et gitt tidspunkt enn korttidspasientene.

2.2 Godkjenning fra Regionaletisk forskningskomite (REK)

Prosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge 1. juni 2012:

2012/848 Undersøkelse av tilbudet til pasienter i det psykiske helsevernet og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2.3 Informasjon fra behandler og pasient

Det er behandleren i spesialisthelsetjenesten som er ansvarlig for utfyllingen. Det er bedt om at pasienten også deltar i utfyllingen dersom det er mulig å få til. Pasienten skal ikke bes om å delta i utfyllingen dersom behandler mener pasienten er ruspåvirket eller for syk til å oppfatte spørsmålene. Om pasienten har kommunale tilbud, skulle en representant som kjenner pasientens tilbud i hjemkommunen, fortrinnsvis delta i utfyllingen. Utfyllingen trengte ikke å skje den 20. november, men pasienten måtte ha vært innlagt på denne datoen. Utfyllingen kunne gjøres i forbindelse med planlagte samarbeidsmøter (ansvarsgruppemøte eller liknende), eller gjennom at spesialisthelsetjenesten avtalte et møte med kommunen spesielt for utfyllingen rundt den enkelte pasient. Det ble gitt frist på i overkant av tre uker på å gjennomføre utfyllingen og returnere utfylt skjema. Noen ba om lenger frist, og fikk dette. Hvem som har deltatt i utfyllingen, vises i neste tabell.

Tabell 2.1 Hvem har deltatt i utfyllingen.

	Antall	Andel
Behandler	2 075	88
Annen representant for institusjonen	2 358	12
Pasient	1 296	55
Representant fra kommunen	153	6

Behandler har deltatt i utfylling av skjemaet for 88 prosent av pasientene. Dersom behandler ikke har deltatt i utfyllingen av ulike årsaker, er oppgaven delegert til andre ved institusjonen. I noen få enkelttilfeller ser det ut som pasienten har fylt ut alene. Alle innkomne skjema er med i datagrunnlaget i denne rapporten.

55 prosent av pasientene har deltatt i utfyllingen. I noen tilfeller har de deltatt i utfyllingen av enkelte deler av skjemaet, mens i de fleste tilfeller ser det ut som pasientene har deltatt i utfyllingen av hele skjemaet.

For seks prosent av pasientene, har en representant fra kommunen deltatt i utfyllingen.

Vi forventet at det ville bli vanskelig å få til deltakelse både fra pasienter og fra kommunene, og vi ba derfor utfyller om en kort begrunnelse for hvorfor pasient eller representant fra kommunen ikke har deltatt. Begrunnelsene som er gitt kan oppsummeres på følgende måte:

Årsaker til at pasienten ikke har deltatt:

- Pasienten ønsket ikke å delta (orker ikke, vil ikke, har ikke interesse eller vil at behandler skal fylle ut for ham/hun)
- Pasienten var for syk til å delta (alvorlig syk, psykotisk, kognitiv svikt, dårlig sosial fungering, ikke samtykkekompetent og annet)
- Deltakelse fra pasienten antas som uhensiktsmessig (ikke terapeutisk gevinst, deltakelse kunne ført til uro og forverret tilstand etc)

Årsaker til at representant fra kommunen ikke har deltatt:

- Pasienten har ikke noe kommunalt tilbud
 - Ikke etablert et kommunalt tilbud
 - Pasienten har ikke behov for noe kommunalt tilbud
 - Pasienten kan ha behov, men ønsker ikke noe kommunalt tilbud
- Avstand og lang reisetid mellom hjemkommune og behandlingstilbud
- Ikke etablert kontakt med kommunen på kartleggingstidspunktet
- For kort tidsfrist
- Manglende kapasitet i kommunen, ingen tilgjengelige representanter
- Manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten til å organisere
- Manglende koordinering av tjenestene gjør det vanskelig å lage avtaler
- Vanskelig å nå kontaktpersonene i kommunene
- Har ikke fast kontaktperson i kommunen
- Unødvendig fordi behandler og/eller pasient kjenner godt nok til det kommunale tilbudet

Det er altså en rekke årsaker til at kommunale representanter ikke har deltatt i utfyllingen. Disse begrunnelsene kan være en indikasjon på hvorfor samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten noen steder kan være krevende.

2.4 Deltakende institusjoner og representativitet

Det er totalt levert utfylt skjema for 2 358 pasienter. For seks pasienter er det ikke mulig å se hvilken institusjon de tilhører. Tabellen under viser fordelingen av døgnplasser og pasienter det er levert skjema for gruppert etter helseregion. 55 prosent av døgnplassene som var i drift pr 31.12.2012 ligger i Helse Sør-øst, mens 59 prosent av skjemaene er fylt ut for pasienter som får døgnbehandling i helseregionen. Ellers ser det ut til å være en svak underrepresentasjon av pasienter i Helse Vest. Fordelingen på helseforetak er vist i tabell 2.2.

Tabell 2.2 Antall pasienter det er levert skjema for, helseregion.

Helseregion	Døgnplasser i drift 31.12.2012	Antall pasienter det er levert skjema for	Andel av døgnplassene	Andel av pasientene det er levert skjema for
Helse Sør-øst	2 197	1 384	55	59
Helse Vest	858	441	21	19
Helse Midt-Norge	535	314	13	13
Helse Nord	414	213	10	9
Totalt	4 004	2 352	100	100

I forhold til døgnplasser er det overrepresentasjon av pasienter i institusjoner direkte under Helse Sør-Øst, mens pasienter i Helse Stavanger er svakt underrepresentert.

Antall pasienter som fanges opp i designet som anvendes for pasientkartleggingen, er et resultat av institusjonenes døgnkapasitet, aktuelt pasientbelegg og oppslutningen om registreringen.

Fra pasientdata (NPR) har vi nøyaktig informasjon om antall innlagte pasienter 20. november 2012 ved hver institusjon. Noen pasienter ble innlagt denne datoen, mens andre ble utskrevet. Det er sannsynligvis noe tilfeldig om pasientene som ble utskrevet på denne datoen er tatt med, og det er trolig mer sannsynlig at de som ble innskrevet på kartleggingstidspunktet er tatt med. Utfyllingstidspunktet er ikke nødvendigvis 20. november, men det er pasienter som er innlagt denne datoen som skulle kartlegges. Dersom pasienten er utskrevet på utfyllingstidspunktet, skulle likevel kartleggingsskjemaet leveres.

Tabell 2.3 viser pasientstrømmene rundt 20. november 2012. Mens totalt 3 618 unike pasienter var registrert 20. november, viser oversikten at 241 færre pasienter (avviket mellom første og siste kolonne) var innlagt før den aktuelle datoen enn det som totalt er registrert. Vi antar da at 241 pasienter er innlagt på dato. I tillegg er det 187 færre pasienter som er innlagt etter 20. november, enn det som totalt er registrert 20. november og dette antas å være antall som er utskrevet på dato. Totalt er det 420 pasienter som enten er innskrevet eller utskrevet 20. november (4 pasienter er både innskrevet og utskrevet samme dag). Når vi beregner representativitet tar vi likevel utgangspunkt i det totale antallet innlagt på tellingstidspunktet, altså siste kolonne. Vi beregner altså representativitet ut i fra alle innlagte pasienter 20. november 2012.³

Tabell 2.3 Antall pasienter i døgninstitusjoner i psykisk helsevern pr 20. november 2012. Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

	Innlagt før 20.11	Inn før 20.11, ut etter 20.11	Fortsatt innlagt etter 20.11.	Totalt
Totalt	3 377	3 198	3 431	3 618
Avvik fra totalt	241	420	187	0

Totalt har vi informasjon om 2 358 pasienter, og den totale dekningen er dermed 65 prosent av alle registrerte pasienter, eller 74 prosent av alle pasienter som er innlagt før 20. november og utskrevet etter 20. november. Hvorvidt de pasientene det ikke er fylt ut skjema for i hovedsak utgjør dagpasienter, pasienter på akuttavdelinger eller sikkerhetsavdelinger, eller pasienter som har permisjon, krever omfattende analyser og detaljerte NPR-data.

Tabell 2.5 viser antall registrerte pasienter i NPR, antall innkomne skjema og svarprosent basert på denne for de fire helseregionene. Pasienter fra Helse Vest og Helse Nord er underrepresentert i utvalget.

³ Fordi det finnes mer detaljert informasjon om de innlagte pasientene i NPR, kan det gjøres utvidede analyser av representativitet enn det som er tatt med her. Vi fokuserer her på representativitet for hver institusjon og for ulike institusjonstyper.

Tabell 2.4 Antall døgnplasser, antall registrerte pasienter 20. november 2012 (NPR), belegg på dato, innkomne skjema og andel svar, helseregion.

Helseregion	Døgnplasser i drift 31.12.2012	Totalt antall registrerte pasienter pr 20. november	Belegg 20. november	Antall innkomne skjema	Andel innkommet av antall registrerte pasienter
Helse Sør-Øst	2 197	1 960	89	1 384	71
Helse Vest	858	833	97	441	53
Helse Midt-Norge	535	451	84	314	70
Helse Nord	414	374	90	213	57
Totalt	4 004	3 618	90	2 352*	65

* Institusjon ukjent for seks pasienter

I tabell 2.6 viser vi oversikten over alle institusjonene som har deltatt/ikke deltatt i kartleggingen.

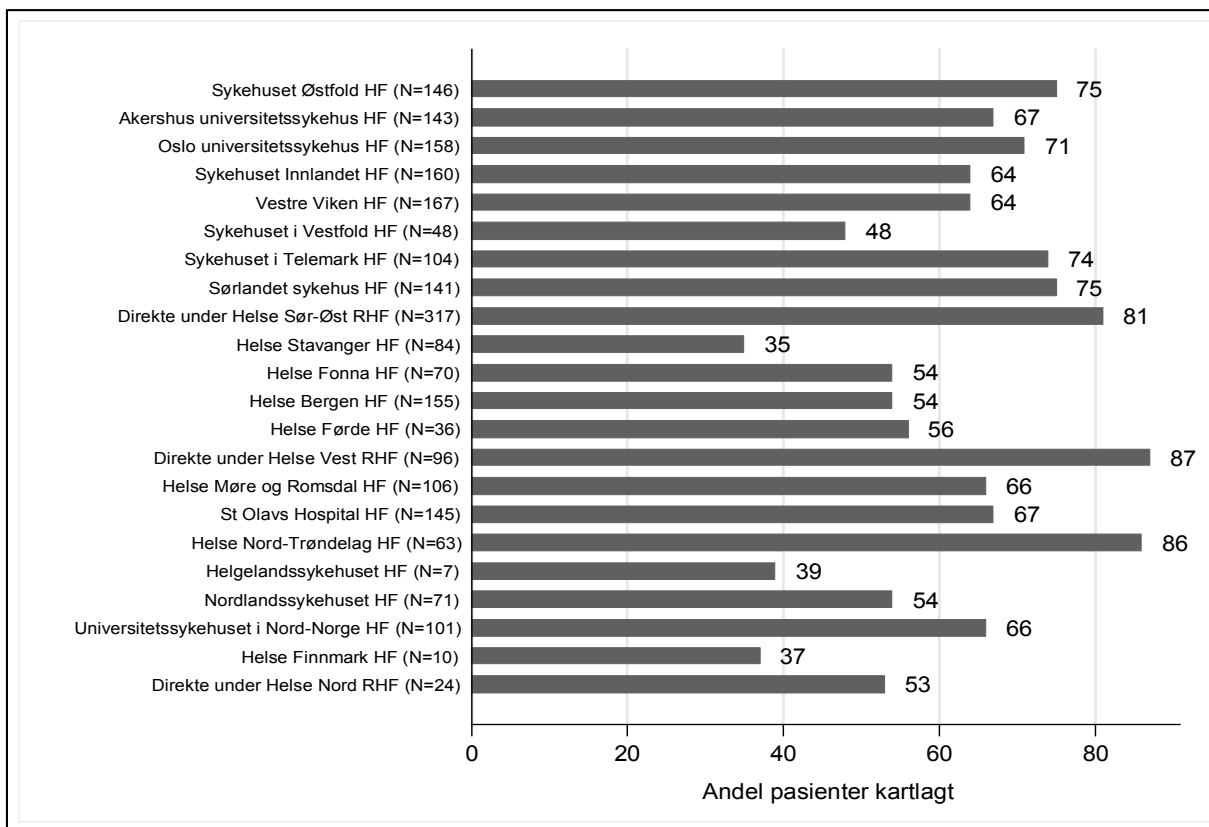
Tabell 2.5 Institusjon, institusjonstype, antall døgnplasser, antall registrerte pasienter 20. november 2012 (NPR), belegg på dato, innkomne skjema og andel svar, helseforetak og institusjon.

	Institusjons- type	Døgnplasser i drift 31.12.2012	Totalt antall registrerte pasienter pr 20. november	Belegg 20. november	Antall innkomne skjema	Andel innkommet av antall registrerte pasienter
Sykehuset Østfold HF		194	194	100	146	75
Sykehuset Østfold	Sykehus	97	99	102	93	94
DPS Edwin Ruud	DPS	14	15	107	8	53
DPS Fredrikstad	DPS	28	31	111	15	48
DPS Halden/Sarpsborg	DPS	35	33	94	22	67
DPS Moss	DPS	20	16	80	8	50
Akershus universitetssykehus HF		266	213	80	143	67
Akershus Universitetssykehus	Sykehus	134	95	71	72	76
Follo DPS	DPS	33	34	103	29	85
Groruddalen DPS	DPS	22	19	86	7	37
Nedre Romerike DPS	DPS	41	36	88	21	58
Øvre Romerike DPS	DPS	36	29	81	14	48
Oslo universitetssykehus HF		260	221	85	158	71
Oslo universitetssykehus	Sykehus	202	187	93	119	64
Josefinegt DPS	DPS	36	23	64	22	96
Søndre Oslo DPS	DPS	22	11	50	17	155
Sykehuset Innlandet HF		267	251	94	160	64
Sykehuset Innlandet	Sykehus	174	162	93	118	73
DPS Gjøvik	DPS	30	33	110	4	12
DPS Hamar	DPS	15	15	100	14	93
DPS Kongsvinger	DPS	14	11	79	Ikke deltatt	0
DPS Lillehammer	DPS	24	22	92	22	100
DPS Tynset	DPS	10	8	80	2	25
Vestre Viken HF		302	262	87	167	64
Vestre Viken, avd Blakstad	Sykehus	74	72	97	51	71
Vestre Viken, avd Lier	Sykehus	81	70	86	55	79

Asker DPS	DPS	39	34	87	14	41
Bærum DPS	DPS	38	25	66	22	88
Drammen DPS	DPS	29	26	90	25	96
Kongsberg DPS	DPS	19	17	89	Ikke deltatt	0
Ringerike DPS	DPS	22	18	82	Ikke deltatt	0
Sykehuset i Vestfold HF		138	99	72	48	48
Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	Sykehus	69	64	93	39	61
Nordre Vestfold DPS	DPS	36	27	75	4	15
Søndre Vestfold DPS	DPS	33	8	24	5	63
Sykehuset i Telemark HF		145	140	97	104	74
Sykehuset Telemark	Sykehus	63	68	108	62	91
DPS Notodden/Seljord	DPS	24	20	83	12	60
DPS Porsgrunn	DPS	30	32	107	27	84
DPS Skien	DPS	28	20	71	3	15
Sørlandet sykehus HF		218	189	87	141	75
Sørlandet sykehus Arendal	Sykehus	40	32	80	25	78
Sørlandet sykehus Kristiansand	Sykehus	82	81	99	75	93
DPS Aust-Agder	DPS	37	25	68	20	80
DPS Lister	DPS	14	11	79	1	9
DPS Solvang	DPS	20	21	105	11	52
DPS Strømme	DPS	25	19	76	9	47
Direkte under Helse Sør-Øst RHF		407	391	96	317	81
Diakonhjemmets sykehus	Sykehus	42	39	93	35	90
Lovisenberg diakonale sykehus	Sykehus	76	75	99	73	97
Modum Bad	Sykehus	121	135	112	102	76
Lovisenberg DPS	DPS	17	22	129	17	77
Furukollen psyk senter	A. døgninst.	15	15	100	Ikke deltatt	0
Manifestsenteret	A. døgninst.	30	11	37	15	136
NKS Grefsenlia	A. døgninst.	18	18	100	Ikke deltatt	0
Skjelfoss psyk senter	A. døgninst.	28	22	79	26	118
Bergfløtt behandlingssenter	A. døgninst.	12	10	83	6	60
Bymisjonens psyk døgnrehab	A. døgninst.	33	31	94	32	103
Fekjær psyk senter	A. døgninst.	15	13	87	11	85
Helse Stavanger HF		258	243	94	84	35
Stavanger univ.sjukehus	Sykehus	126	127	101	21	17
Dalane DPS	DPS	14	13	93	12	92
Ryfylke DPS	DPS	36	32	89	12	38
Sandnes DPS	DPS	30	26	87	4	15
Sola DPS	DPS	30	27	90	23	85
Stavanger DPS	DPS	22	18	82	12	67
Helse Fonna		136	130	96	70	54
Haugesund sjukehus	Sykehus	28	22	79	10	45
Valen sjukehus	Sykehus	41	42	102	23	55
Folgefonn DPS	DPS	17	16	94	7	44
Haugaland Karmøy DPS	DPS	36	39	108	22	56
Stord DPS	DPS	14	11	79	8	73
Helse Bergen HF		267	286	107	155	54
Helse Bergen Psykiatrisk klinikk	Sykehus	152	170	112	106	62
Bjørgvin DPS	DPS	37	37	100	32	86
Kronstad DPS	DPS	40	41	103	3	7
Øyane DPS	DPS	18	19	106	14	74

Bergen bosenter	A. døgninst.	20	19	95	Ikke deltatt	0
Helse Førde HF		71	64	90	36	56
Helse Førde	Sykehus	20	38	190	12	32
Indre Sogn psykiatrisenter	DPS	13	16	123	9	56
Nordfjord psykiatrisenter	DPS	13	10	77	10	100
Direkte under Helse Vest RHF		126	110	87	96	87
NKS Olaviken alderspsyk sykehus	Sykehus	20	21	105	21	100
Betanien DPS	DPS	30	21	70	18	86
Jæren DPS	DPS	36	33	92	30	91
Solli sykehus	DPS	20	17	85	9	53
Voss DPS, NKS Bjørkeli	DPS	20	18	90	18	100
Helse Møre og Romsdal HF		175	161	92	106	66
Molde sjukehus	Sykehus	37	39	105	25	64
Ålesund sjukehus	Sykehus	52	44	85	20	45
Kristiansund psyk senter	DPS	20	20	100	12	60
Molde psyk senter	DPS	18	24	133	19	79
Volda DPS	DPS	16	9	56	5	56
Ålesund DPS	DPS	32	25	78	25	100
St Olavs Hospital HF		244	217	89	145	67
St Olavs hospital	Sykehus	132	121	92	92	76
Nidaros DPS	DPS	51	47	92	23	49
Orkdal DPS	DPS	25	22	88	6	27
Tiller DPS	DPS	36	27	75	24	89
Helse Nord-Trøndelag HF		106	73	69	63	86
Sykehuset Levanger	Sykehus	52	32	62	34	106
Sykehuset Namsos	Sykehus	26	17	65	8	47
DPS Kolvereid	DPS	8	7	88	7	100
DPS Stjørdal	DPS	20	17	85	14	82
Helgelandssykehuset HF		23	18	78	7	39
Psyk senter Mo i Rana	DPS	9	7	78	Ikke deltatt	0
Psyk senter Mosjøen	DPS	14	11	79	7	64
Nordlandssykehuset HF		150	132	88	71	54
Nordlandssykehuset, Rønvik	Sykehus	108	93	86	71	76
Salten DPS	DPS	24	32	133	Ikke deltatt	0
Vesterålen DPS	DPS	18	7	39	Ikke deltatt	0
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF		163	152	93	101	66
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Sykehus	86	70	81	62	89
DPS Sør-Troms	DPS	12	11	92	Ikke deltatt	0
Ofoten psyk senter	DPS	12	10	83	2	20
Psyk senter for Tromsø og omegn	DPS	41	44	107	24	55
Senter for psyk helse Nord-Troms	DPS	6	6	100	5	83
Senter for psyk helse, Midt-Troms	DPS	12	11	92	8	73
Helse Finnmark HF		37	27	73	10	37
DPS Vest-Finnmark	DPS	19	11	58	1	9
DPS Øst-Finnmark	DPS	10	10	100	4	40
SANKS/DPS Midt-Finnmark	DPS	8	6	75	5	83
Direkte under Helse Nord RHF		41	45	110	24	53
Viken senter for psykiatri og sjelesorg	Sykehus	37	42	114	24	57
NKS Kløveråsen (demens)	A. døgninst.	4	3	75	Ikke deltatt	0
Totalt		4 004	3 618	90	2 352	65

Figur 2.1 viser andel kartlagte pasienter i hvert helseforetak. Andelen er særlig lav i Helse Stavanger og i Helse Finnmark.



Figur 2.1 Andel kartlagte pasienter av alle registrerte pasienter pr 20. november 2012.

Gitt denne variasjonen, er ikke dette datagrunnlaget egnet til å gjøre analyser av geografisk variasjon.

2.5 Type institusjoner

Fordelingen av innlagte og kartlagte pasienter er vist i tabell 2.6. 73 prosent av de innlagte pasientene ved sykehusene er kartlagt og 55 prosent av pasientene ved DPS-ene. Pasienter fra DPS-ene er dermed underrepresentert.

Tabell 2.6 Antall kartlagte pasienter 20. november 2012, type institusjon. Pasientkartleggingen 2012.

	Antall pasienter innlagt	Antall pasienter kartlagt	Andel kartlagt
	20. november (NPR)	20. november	
Sykehus	2 057	1 492	73
DPS	1 419	776	55
Annen døgninstitusjon	142	90	63
Totalt	3 618	2 358	65

En årsak til at sykehusene i større grad enn DPS-ene har deltatt, kan være at sykehusavdelingene i større grad kjenner til de tidligere pasientkartleggingene og nytten av disse.

Hvorvidt denne skjevheten påvirker de nasjonale tallene, diskuteres der det er aktuelt utover i rapporten. Skjevheten vil for eksempel ikke ha stor betydning dersom det kjennetegnet eller forholdet som studeres, ikke varierer betydelig mellom sykehus og DPS. I mange tilfeller presenterer vi tallene fordelt på institusjonstype, og da vil heller ikke denne skjevheten ha særlig betydning.

Totalt var det 27 718 døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne (Pedersen et al. 2013). Flere av disse har hatt opphold både på sykehus og DPS, så det er vanskelig å fordele pasientene på institusjonstype. Om vi ser bort i fra at pasienter har hatt opphold på flere institusjoner (summerer antall personer på hver institusjonstype dvs. 33 225 pasienter, se *ibid* side 71), blir fordelingen som vist i siste kolonne i tabell 2.7. 60 prosent av døgnpasientene tilhører sykehusene. Av de kartlagte pasientene er det 63 prosent som tilhører sykehusene, mens dette utgjør 57 prosent av pasientene som var innlagt 20. november

Tabell 2.7 Antall kartlagte pasienter 20. november 2012, type institusjon. Pasientkartleggingen 2012.

	Antall pasienter innlagt (NPR)	Antall pasienter kartlagt	Antall pasienter 2012
Sykehus	57	63	60
DPS	39	33	39
Annen døgninstitusjon	4	4	1
Totalt	100	100	100
Antall pasienter	3 618	2 358	27 718

Vi har også kartlagt om pasientene er innlagt ved en akuttavdeling eller en sikkerhetsavdeling. 16 prosent av pasientene i populasjonen behandles ved en akuttavdeling, og 86 prosent av disse behandles ved et sykehus og resten ved et DPS. Seks prosent av pasientene behandles ved en sikkerhetsavdeling, og med unntak av en pasient, er dette sykehusavdelinger.

Det er like mange kvinner som menn som er innlagt ved en akuttavdeling, men blant pasientene som er kartlagt ved sikkerhetsavdelingene, er 86 prosent menn.

3 Pasientpopulasjonen 2012

I dette kapitlet ser vi på kjennetegn ved pasientpopulasjonen etter mest mulig objektive kriterier. Vi bruker alder og kjønn, utdanningsnivå, hovedinntektskilde, sivilstatus, bosituasjon, diagnose, forventet varighet på oppholdet og pasientens rusbruk. I tillegg ser vi på pasientens nettverk i forhold til familie, venner og evt. arbeidsplass. Totalt er det 2 358 pasienter i datagrunnlaget, se

Vi ser også 2012-tallene i sammenheng med tidligere pasientkartlegginger. I de tilfeller det er mulig, ser vi også på pasientpopulasjonen i forhold til befolknings sammensetningen generelt, for å si noe om hvordan ulike grupper i befolkningen bruker tjenestene. Totaltallene (typisk siste kolonne i en tabell), er beregnet ut i fra hele datasettet og er ikke nødvendigvis lik summen av kolonnene i tabellene. Fordi det er en punktkartlegging (en gitt dag), vil ikke dette være et bilde av pasientsammensetningen for eksempel i løpet av et år. En punktkartlegging vil ha større sannsynlighet for å inkludere langtidspasienter, fordi disse har større sannsynlighet for å være innlagt en gitt dag. Om det er under fem pasienter i en kategori, har vi slått sammen kategorien med en annen for å unngå teoretiske muligheter for identifisering.

Psykiske lidelser gir ofte langvarige forløp. Sosial inkludering og ekskludering er viktige tema når vi ser på pasienter i psykisk helsevern, men det finnes generelt lite forskning på dette (Aslund, Starrin, og Nilsson 2014).

3.1 Alder og kjønn

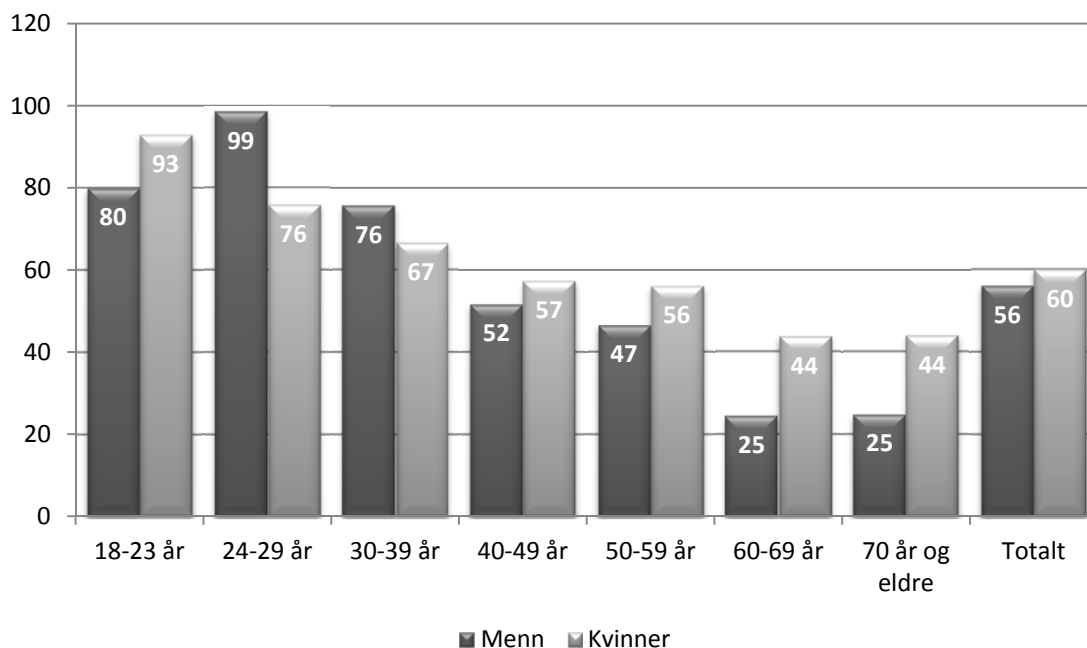
52 prosent av pasientene i døgntil behandling PHV er kvinner. Dette er relativt likt i tidligere pasientkartlegginger.

Median alder for menn er 36 år og for kvinner er median alder 41 år. I 2007 hadde menn median alder på 38 år og kvinner 43 år. At pasientene blir stadig yngre er også dokumentert siden 1984 (Hagen og Ruud, 2005).

Tabell 3.1 Antall pasienter etter aldersgruppe. Menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
18-23 år	163	15	180	15	349	15
24-29 år	194	18	144	12	347	15
30-39 år	263	24	220	19	496	22
40-49 år	193	18	202	17	400	17
50-59 år	149	14	173	15	328	14
60-69 år	66	6	117	10	188	8
70 år og eldre	54	5	133	11	188	8
Totalt	1 082	100	1 169	100	2 296	100
Ikke informasjon om alder	19		27		62	

Basert på denne punktkartleggingen, kan døgntilbudet innen PHV beskrives i form av aldersspesifikke punktprevalenser for menn og kvinner (figur 3.1). 9 personer er under 18 år (17 år).



Figur 3.1 Pasienter per 100 000 innbyggere for hver aldersgruppe. Menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2012.

Fra figur 3.1 ser vi at kvinner bruker døgn tjenester i PHV i noe større grad enn menn, med unntak av de mellom 24 og 40, da har menn høyere bruk enn kvinner. Totalt er det 56 menn per 100 000 i den mannlige befolkningen som bruker tjenesten, mot 60 blant kvinner. Yngre mennesker bruker tjenestene i større grad enn eldre.

3.2 Utdanningsnivå

Mennesker som har psykiske lidelser, vil kunne få problemer med å gjennomføre utdannelsen sin. Sammenhengen mellom lav utdanning og høyere forekomst av noen typer psykiske lidelser er kjent, og etter hvert har det kommet forskning som kan si noe om dette har genetiske, sosiale eller miljømessige årsaker. En norsk tvillingstudie har for eksempel vist at sammenhengen mellom det å ha lav utdanning og angstlidelse, trolig først og fremst er genetisk (Dalgard et al. 2007).

Det er generelt en større andel med høyere utdanning blant kvinner enn menn blant døgnpasientene i PHV, se tabell 3.2. En større andel av de mannlige pasientene har lav utdanning (ikke fullført høyere utdanning enn grunnskolen), enn blant de kvinnelige pasientene (49 prosent av menn og 39 prosent av kvinnene). Det er nå flere kvinner enn menn som tar høyere utdanning, så dette må ses i sammenheng med befolkningens utdanningsnivå.

Tabell 3.2 Antall pasienter etter utdanning. Menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2012

	Menn		Kvinner		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Fullført eksamen fra universitet/høyskole (høyere grad)	56	6	96	9	153	7
Fullført eksamen fra universitet/høyskole (lavere grad)	61	6	131	12	197	9
Fullført(e) deleksamen(er) fra universitet/høyskoler	68	7	92	8	168	8
Fullf. videregående skole (inkl. yrkesr.utd. på vgs nivå)	322	32	351	32	685	32
Fullført grunnskole (7-9/10 årig)	434	44	398	36	854	40
Ikke fullført grunnskole	50	5	30	3	83	4
Totalt	991	100	1 098	100	2 140	100
Ikke informasjon om utdanning	110		98		218	

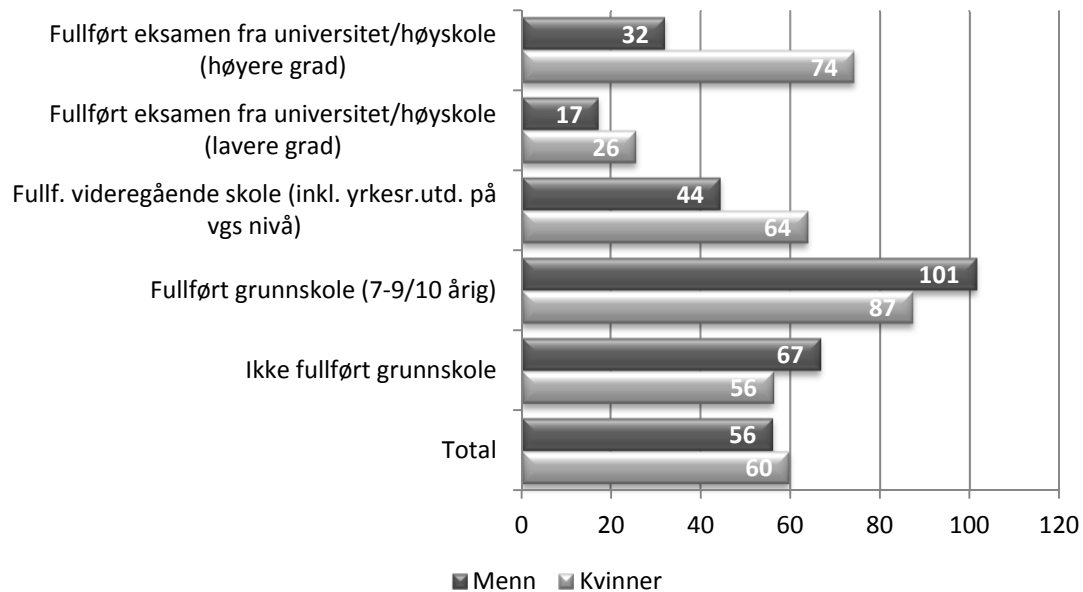
I neste tabell beregner vi rater for bruk av døgntjenester i PHV for ulike utdanningsgrupper. Det er lavest bruk av tjenestene blant de som har fullført en kort/lavere grad utdanning ved universitet og høyskoler, og høyest bruk blant de som har fullført grunnskolen som høyeste utdanning.

Tabell 3.3 Antall pasienter, befolkning og rate per 100 000 innbygger etter utdanning. Pasientkartleggingen 2012

	Pasienter	Befolkning+20	Rate
Fullført eksamen fra universitet/høyskole (høyere grad)	153	304 061	50
Fullført eksamen fra universitet/høyskole (lavere grad)	197	866 341	23
Fullf. videregående skole (inkl. yrkesr.utd. på vgs nivå)	853	1 618 410	53
Fullført grunnskole (7-9/10-årig)	854	883 816	97
Ikke fullført grunnskole	83	128 349	65
Total	2 140	3 800 977	56
Ikke informasjon	218		

* Det er 107 pasienter under 20 år i datagrunnlaget. Vi har derfor brukt befolkningstall for 20 år og høyere

I figuren under vises ratene fordelt på kjønn. Både kvinner og menn har betydelig høyere sannsynlighet for å være døgnpasienter i PHV om de har lav utdanning. Vi ser også at kvinner har høyere sannsynlighet for å være døgnpasient i PHV om de har høyere utdanning eller om de kun har fullført grunnskolen. Blant menn er det ikke samme mønster, der høyere utdanning ser ut til å gi beskyttende effekt.



Figur 3.2 Pasienter per 100 000 innbygger. Menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2012.

3.3 Hovedinntektskilde

Forskning fra Finland viser at psykiske lidelser har sterkere sammenheng med inntekt enn med utdanning og yrke (Pulkki-Raback et al. 2012). Økonomiske problemer er funnet å ha sammenheng med hvor godt personer som har hatt psykoser friskner til (Andersen et al. 2009). Den økonomiske situasjonen til pasientene er derfor viktig å undersøke.

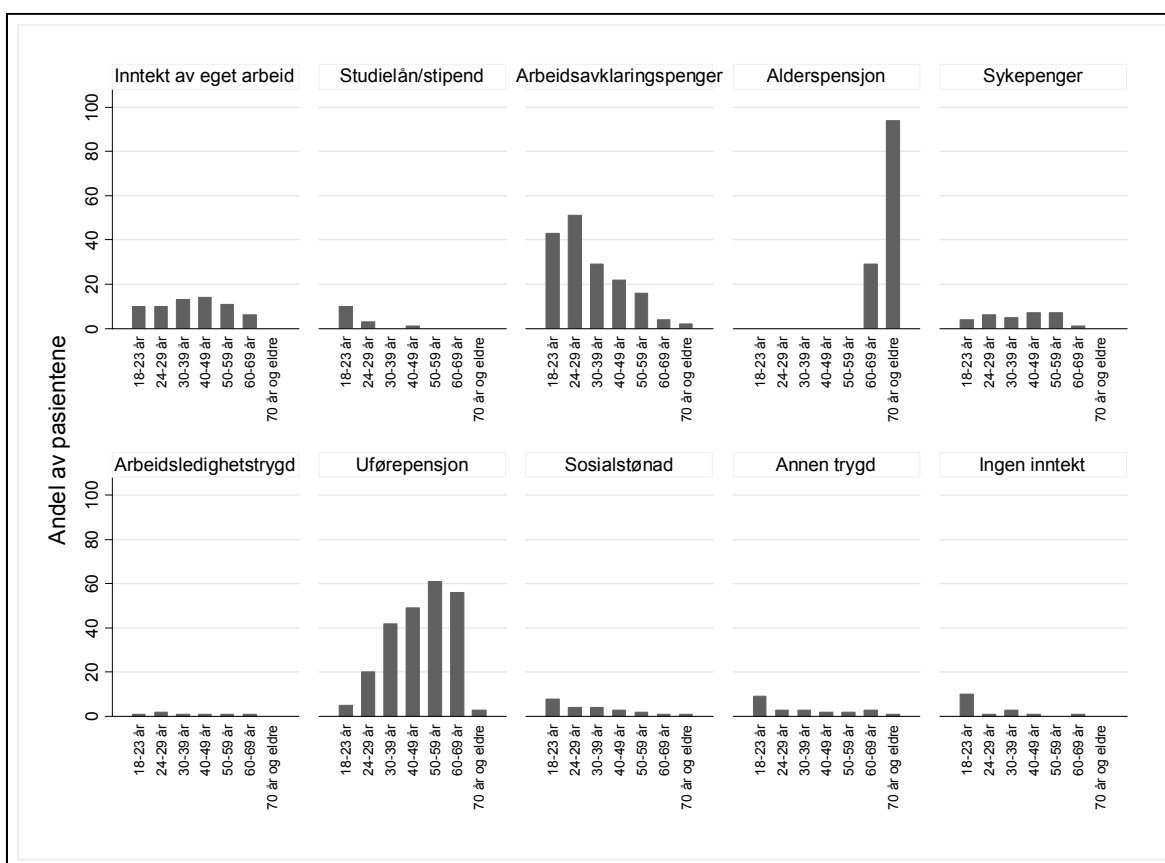
Mer enn hver tredje pasient (35%) i døgnbehandling i PHV er mottakere av uførepensjon, noe større andel blant mannlige pasienter enn blant kvinnelige. 27 prosent av pasientene har arbeidsavklaringspenger⁴ som hovedinntekt, mens 10 prosent har inntekt av eget arbeid.

Tabell 3.4 Antall pasienter og andel etter hovedinntektskilde. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn		Kvinner		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Inntekt av eget arbeid	107	10	119	11	231	10
Studielån/stipend	12	1	35	3	48	2
Arbeidsavklaringspenger	290	27	305	27	608	27
Alderspensjon	68	6	158	14	230	10
Sykepenger	48	5	65	6	114	5
Arbeidsledighetstrygd	14	1	5	0	19	1
Uførepensjon	404	38	365	32	792	35
Sosial stønad	55	5	19	2	76	3
Annen trygd	37	3	35	3	75	3
Ingen inntekt	31	3	26	2	58	3
Totalt	1 066	100	1 132	100	2 251	100
Ikke informasjon	35		64		107	

⁴ Arbeidsavklaringspenger (AAP) er en rettighetsytelse fra folketrygden som ble innført 1. mars 2010 til erstatning for de tre ytelsene yrkesrettet attføring, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad.

I figuren under vises andeler med ulike hovedinntektskildene etter alder.



Figur 3.3 Andel pasienter i hver aldersgruppe etter hovedinntektskilde. Pasientkartleggingen 2012.

Andel av pasientpopulasjonen som mottar uføretrygd og alderspensjon øker naturlig nok med alder, mens andel med andre ytelsene avtar med alder. Det er i de yngste aldersgruppene vi finner de få som ikke har noen inntekt, men som sannsynligvis forsørkes av familie eller andre pårørende. Andel av pasientene som mottar arbeidsavklaringspenger og sosialstønad avtar tydelig med alderen.

SSB eller NAV publiserer ikke data som kan brukes til å sammenlikne pasientpopulasjonen med øvrig befolkning, men data kan bestilles. Fra Folke- og bolig tellingen i 2011⁵ vet vi 57,5 prosent av befolkningen over 19 år har hovedinntektskilden sin fra arbeidsinntekt. Blant døgnpasienter i psykisk helsevern, er andelen 10 prosent (se tabell 3.4).

I 1999 hadde 5 prosent av pasientene inntekt av eget arbeid som hovedinntektskilde, mens andelen i 2003 var 4 prosent (Hagen og Ruud 2005). Hvorvidt økningen i andel som er i arbeid kan skyldes politisk innsats (for eksempel satsningen på arbeid og psykisk helse, Vilje Viser Vei etc), eller generelle endringer i arbeidsmarkedet som gir økt sysselsetting av marginale arbeidstakere.

Det finnes ganske mye forskning som viser at arbeidsledige og inaktive har større risiko for å utvikle psykiske helseproblemer (Hawton et al. 2011, Wright og Stickley 2013). I Danmark er det ufaglærte arbeidere i manuelle yrker og arbeidsledige som har størst risiko for å utvikle psykiske helseproblemer (Kurtze, Eikemo, og Kamphuis 2013). Forskning fra Sverige viser at også de som

⁵ <http://www.ssb.no/fobhusinnt/>

arbeider i ikke-manuelle yrker og blir arbeidsledige, også får psykiske helseproblemer (Sellstrom, Bremberg, og O'Campo 2011).

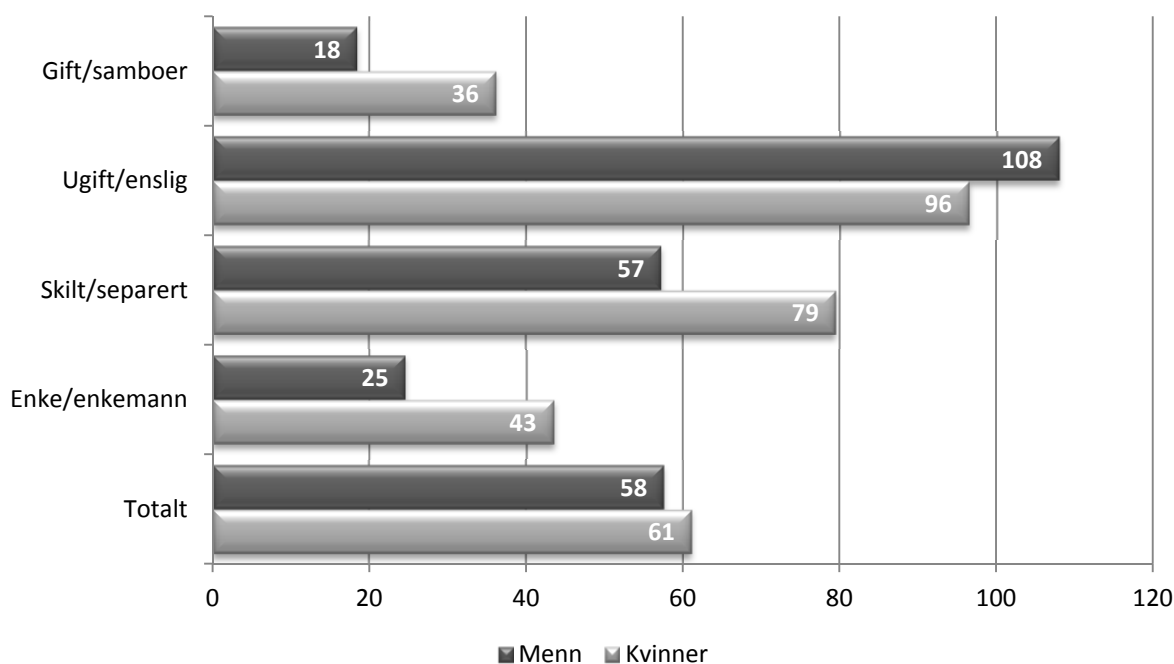
3.4 Sivilstatus

I tabell 3.5 ser vi at andelen gifte eller samboere totalt er 21 prosent. Nesten to av tre pasienter er ugift/enslig eller skilt/separert. En høyere andel av de kvinnelige pasientene er gift eller samboer (27 prosent), mens tilsvarende for menn er 15 prosent. Betydelig flere av de mannlige pasientene er ugift/enslig eller skilt/separert (totalt 84 prosent) enn de kvinnelige pasientene (66 prosent).

Tabell 3.5 Antall og andel pasienter etter sivilstatus, menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn		Kvinner		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Gift/Registrert partnerskap	117	11	218	19	337	15
Samboer	48	4	95	8	146	6
Ugift/enslig	788	73	562	49	1 388	61
Skilt/separert	114	11	197	17	314	14
Enke/enkemann	12	1	84	7	101	4
Totalt	1 079	100	1 156	100	2 286	100
Ikke informasjon	22		40		72	

Når vi sammenlikner pasientpopulasjonen med sivilstatus i befolkningen (SSB), finner vi at særlig ugifte, skilte, separerte er overrepresentert i døgnpasienter i PHV, se neste figur. Kvinner som er skilt eller separert har større sannsynlighet for å være døgnpasient i psykisk helsevern enn menn som er skilt eller separert med rater på hhv 79 og 57 per 100 000 innbygger. Bak tallene ligger også ulik kjønns- og alderssammensetning i de ulike kategoriene.



Figur 3.4 Andel pasienter etter sivilstand og per 100 000 innbygger. Pasientkartleggingen 2012.

3.5 Bosituasjon og nettverk

Hovedsakelig boforhold de siste 6 månedene før innleggelse er også kartlagt. Tabellen under viser at en like stor andel av pasientene eier eller leier bolig (72 prosent totalt). Kvinnelige pasienter, som i større grad er gift eller samboere, bor oftere i egen eiet bolig enn mannlige pasienter (hhv 46 og 27 prosent), mens en større andel menn leier kommunal bolig eller er uten fast bopel.

Tabell 3.6 Antall og andel pasienter etter bosituasjon, menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn		Kvinner		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Egen eiet bolig (selveier, borettslag, etc)	285	27	531	46	832	36
Leid bolig i privat marked	180	17	235	20	423	18
Leid kommunal bolig	224	21	161	14	396	17
Uten fast egen bopel, bor hos:						
Hos familie	197	18	130	11	334	15
Hos venner	13	1	8	1	21	1
Lavterskel botiltak	14	1	8	1	23	1
Asylmottak	15	1	*	0	18	1
Hospits	6	1	*	0	6	0
Bor ute det meste av året	7	1	*	0	9	0
Annet	132	12	86	7	225	10
Totalt	1 073	100	1 163	100	2 287	100
Ikke informasjon	28		33		71	

* Færre enn fem pasienter

Det samme bilde blir tydelig når vi kartlegger hvem pasienten bor sammen med. 62 prosent av de mannlige pasientene bor alene, mens to prosent bor alene med barn. Blant de kvinnelige pasientene er det 53 prosent som bor alene uten barn, mens seks prosent bor alene med barn. Flere mannlige enn kvinnelige pasienter bor sammen med andre voksne (hhv 22 og 16 prosent).

Tabell 3.7 Antall og andel pasienter etter bosituasjon, menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Alene	663	62	616	53	1 311	57
Alene m/barn (samvær med)	8	1	25	2	35	2
Alene m/barn (omsorg for)	7	1	43	4	51	2
Med ektefelle/samboer	94	9	177	15	274	12
Med ektef/samb. og barn	64	6	128	11	193	8
Med andre voksne	232	22	183	16	427	19
Totalt	1 068	100	1 172	100	2 291	100
Ikke informasjon	33		24		67	

Å ha et nettverk rundt seg, kan ha stor betydning for pasienter med psykiske lidelser. Behandlere og kommunale tjenester må ta hensyn til dette og inkludere og styrke pasientenes sosiale nettverk (Piippo og Aaltonen 2004, Korhonen, Vehvilainen-Julkunen, og Pietila 2008). Pasienter med alvorlig psykiske lidelser har problemer med å skaffe og beholde et godt sosialt nettverk, og det er behov for å trene sosiale ferdigheter som kan bidra til bedre mestring (Bengtsson-Tops 2004).

Det antas derfor at mange av pasientene som mottar døgnbehandling i psykisk helsevern har svake nettverk, og for første gang er dette kartlagt. Vi har spurt direkte "Hvordan er pasientens nettverk" når det gjelder hhv familie, venner og arbeidsplass. Svarfordelingen er vist i neste tabell.

Tabell 3.8 Antall og andel pasienter etter hvor godt nettverk de har. Pasientkartleggingen 2012

	Familie		Venner		Arbeidsplass	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Svært bra	634	29	278	14	107	5
Ganske bra	925	43	706	34	254	13
Ganske dårlig	367	17	566	27	94	5
Svært dårlig	246	11	509	25	96	5
Ikke relevant					1 423	72
Totalt	2 172	100	2 059	100	1 974	100
Ikke informasjon	186		299		384	

28 prosent av pasientene har ganske dårlig eller svært dårlig familienettverk, mens litt over halvparten av pasientene har dårlig vennenettverk. I forhold til arbeidsplass bør vi betinge på de som har en arbeidsgiver, men det kan stemme at 72 prosent av pasientene ikke har en arbeidsplass. De som er uføretrygdet må ha vært i inntektsgivende arbeid tidligere for å få rettighet på uførestønad, og kan ha relasjoner til en arbeidsplass. Dette kan også gjelde for noen av de 10 prosentene i pasientpopulasjonen som mottar alderspensjon. De som er sykmeldt eller har inntekt fra eget arbeid har en arbeidsplass eller er selvstendig næringsdrivende (ikke kartlagt). Om vi antar et de som ikke har svart, har valgt å la være å sette kryss fordi de ikke har en arbeidsplass, er andelen uten arbeidsplass 77 prosent.

Vi ser videre på nettverk med familie og venner. Som vi skal se i neste delkapittel (kapittel 3.6) er det nesten halvparten av pasientene som har en alvorlig hoveddiagnose som inkluderer enten schizofrenier, paranoide lidelser, psykoser eller maniske tilstander. I neste tabell ser vi på andelen med og uten slike hoveddiagnoser og kvaliteten⁶ på nettverket.

⁶ Vi har ikke kartlagt om nettverket gir god eller dårlig innflytelse på pasienten, men at nettverket er dårlig kan sannsynligvis både bety at det ikke er bra for pasienten eller at de mangler nettverk. Dette er ikke en objektiv variabel som de demografiske variablene vist foran som kjønn, alder, utdanningsnivå, hovedinntektskilde, sivilstatus og bosituasjon.

Tabell 3.9 Antall og andel pasienter etter hvor godt nettverk de har, alvorlig diagnose og annen diagnose. Pasientkartleggingen 2012

	Familie				Venner			
	Annen diagnose		Alvorlig diagnose		Annen diagnose		Alvorlig diagnose	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Svært bra	320	31	252	26	159	16	93	10
Ganske bra	440	43	409	43	368	37	261	29
Ganske dårlig	168	16	173	18	280	29	248	27
Svært dårlig	105	10	126	13	175	18	303	33
Totalt	1 033	100	960	100	982	100	905	100

Det er ikke så stor forskjell på pasienters familienettverk etter om de har alvorlige psykiske diagnoser eller ikke, men det er betydelig flere blant pasientene med de mest alvorlige diagnosene som har dårlig vennenettverk. Forskjellene er likevel statistisk signifikant både for familienettverk og vennenettverk.

3.6 Pasientenes hoveddiagnose

Kartleggingen omfatter også pasientens hoveddiagnose og bidiagnoser. Behandlerne ble bedt om å angi diagnose basert på diagnoseklassifiseringssystemet ICD-10 som i tidligere pasientkartlegginger. Diagnosegruppene er basert på 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, schizotyp 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

Tabell 3.10 Andel pasienter det er oppgitt hoveddiagnose og bidiagnoser for. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn	Kvinner	Av alle
Andel med hoveddiagnose	92 %	90 %	92 %
Andel med bidiagnose 1	40 %	36 %	37 %
Andel med bidiagnose 2	13 %	10 %	11 %

Det er noen færre kvinner enn menn som har fått diagnoser, men totalt er det oppgitt hoveddiagnose for 92 prosent av pasientene i populasjonen. Totalt har 90 prosent av pasientene fått enten hoveddiagnose, bidiagnose 1 eller bidiagnose 2.

Fordi de "offisielle" diagnosene for mange pasienter først settes ved utskriving, vil det ofte være foreløpige/tentative diagnoser som er angitt (Hagen og Ruud 2005). Vi har derfor i 2012 spurt om

dette er en antatt sikker diagnose. Av de som har krysset av for "ja" eller "nei", er det 16 prosent som har krysset "nei" for hoveddiagnose og bidiagnose 1, mens 26 prosent har svart at bidiagnose 2 ikke er antatt som en sikker diagnose.

I tabellen under viser vi hoveddiagnosefordelingen for menn, kvinner og totalt. Det er særlig en større andel menn enn kvinner som har diagnosekodene F20-F29, mens betydelig flere kvinner har affektive lidelser.

Tabell 3.11 Antall og andel pasienter etter hoveddiagnose, menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2012

		Menn		Kvinner		Totalt	
		Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
F00-F09	Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	18	2	40	4	60	3
F10-F19	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (ruslidelser)	71	7	39	4	117	5
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	526	52	293	27	871	40
F30-F39	Affektive lidelser	195	19	357	33	571	26
F40-F48	Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	77	8	158	15	243	11
F50-F59	Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	*	0	70	7	73	3
F60-F69	Personlighets og atferdsforstyrrelser hos voksne	30	3	57	5	90	4
F70-F79	Psykisk utviklingshemming	10	1	*	0	15	1
F80-F89	Utviklingsforstyrrelser	23	2	7	1	32	1
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	13	1	12	1	26	1
F99	Uspesifisert psykisk lidelse	*	0	*	0	*	0
Andre		40	4	34	3	78	4
Totalt		1 008	100	1 072	100	2 180	100

* Færre enn fem pasienter

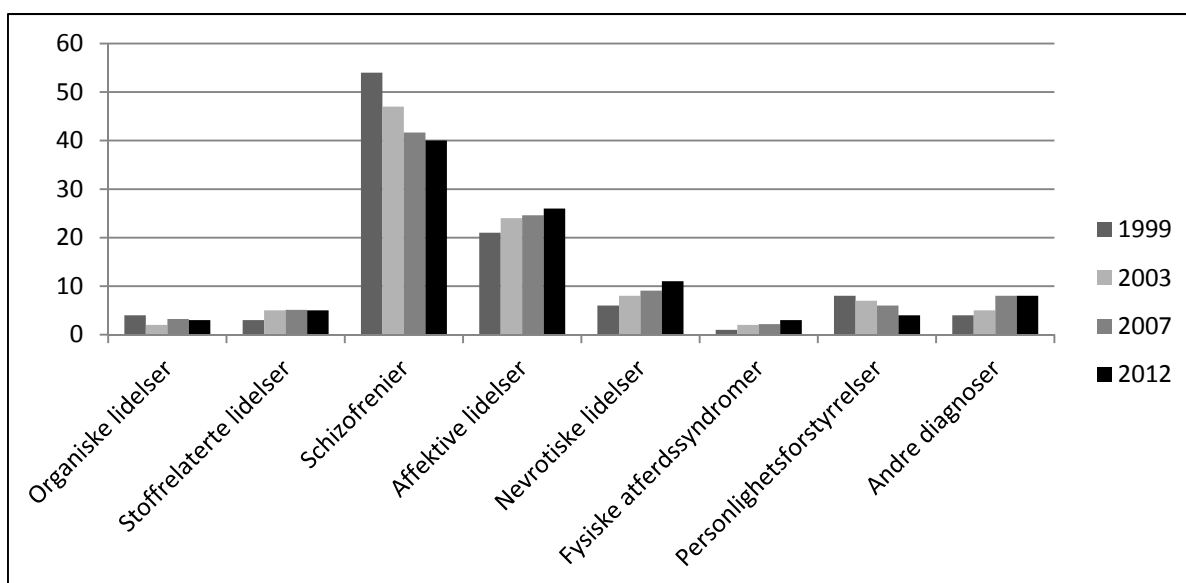
Det er interessant å se om diagnosefordelingen er betydelig endret fra slutten av 1990-tallet. I neste tabell og figur sammenlikner vi 1999, 2003, 2007 og 2012. Noen kategorier er nå slått sammen for å få sammenliknbare tall.

Tabell 3.12 Andel pasienter etter hoveddiagnose, 1999, 2003, 2007 og 2012. Pasientkartleggingene.

	1999	2003	2007	2012
Organiske lidelser	4	2	3	3
Stoffrelaterte lidelser	3	5	5	5
Schizofrenier	54	47	42	40
Affektive lidelser	21	24	25	26
Nevrotiske lidelser	6	8	9	11
Fysiske atferdssyndromer	1	2	2	3
Personlighetsforstyrrelser	8	7	6	4
Andre diagnoser	4	5	8	8
Totalt	100	100	100	100

Vi viser de samme tallene i figur 3.5 for å lettere se utviklingen. Det er særlig nedgang i andel pasienter som har schizofrenier og personlighetsforstyrrelser, mens vi observerer en jevn økning i andel pasienter med affektive lidelser og nevrotiske lidelser.

Dette har sammenheng med at langtidspatientene er utskrevet fra institusjonene, og det har dermed blitt rom for å behandle andre pasienter. Hvorvidt dette er i tråd med intensjonene i Opptrappingsplanen om å prioritere de mest alvorlige lidelsene, bør diskuteres.



Figur 3.5 Andel pasienter med ulike hoveddiagnoser, 1999-2012.

Vi har også undersøkt fordelingen av første bidiagnose, se tabell 3.13. Det er altså mange av pasientene som har stoffrelaterte lidelser som bidiagnose, 44 prosent av mennene som har bidiagnose og 15 prosent av kvinnene. Mange av de som har fått bidiagnose, har nevrotiske lidelser (27 prosent av kvinnene og 13 prosent av mennene) eller affektive lidelser (20 prosent av kvinnene og 9 prosent av mennene). En del pasienter har også personlighetsforstyrrelser som bidiagnose.

Tabell 3.13 Andel pasienter etter første bidiagnose. Pasientkartleggingen 2012.

		Menn		Kvinner		Total	
		Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
F00-F09	Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	12	3	18	4	30	3
F10-F19	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (ruslidelser)	190	44	64	15	254	29
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	18	4	16	4	34	4
F30-F39	Affektive lidelser	41	9	87	20	128	15
F40-F48	Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	57	13	115	27	172	20
F50-F59	Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	1	0	11	3	12	1
F60-F69	Personlighets og atferdsforstyrrelser hos voksne	42	10	54	13	96	11
F70-F79	Psykisk utviklingshemming	10	2	3	1	13	2
F80-F89	Utviklingsforstyrrelser	19	4	3	1	22	3
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	16	4	21	5	37	4
Andre		30	7	35	8	65	8
Totalt		436	100	427	100	863	100

3.7 Alvorlige psykiske lidelser

Som i forrige pasientkartlegging, definerer vi alvorlige psykisk lidelser definert ved bruk av ICD10 kodene F20, F22-F29, F30-F31 som hoveddiagnose. I denne avgrensningen er schizofrenier, paranoide lidelser, psykoser og maniske tilstander vektlagt, mens personlighetsforstyrrelser er holdt utenfor. Forkortelsen SMI (severe mental illness) er ofte brukt i internasjonal litteratur. Denne pasientgruppen representerer de mest alvorlig syke i det psykiske helsevernet. I flere sammenhenger er det viktig å skille mellom alvorlige psykiske lidelser og øvrige psykiske lidelser fordi de to pasientgruppene trenger ulik ressursinnsats og er en nødvendig differensiering av pasientpopulasjonen. Utviklingen i perioden 1999-2012, når det gjelder andel pasienter med alvorlig psykisk lidelse som hoveddiagnose, er vist i tabell 3.4.

Tabell 3.14 Andel pasienter (prosent) med alvorlige psykiske lidelser¹. Pasientkartleggingen 1999, 2003, 2007 og 2012.

Pasientkategori	1999	2003	2007	2012
Alvorlig psykisk lidelse som hoveddiagnose	60	54	51	48
Øvrige lidelser som hoveddiagnose	40	46	49	52
Antall pasienter (N)	5 108	4 200	3 505	2 358
Mangler hoveddiagnose (n)	144	269	358	232

1) Alvorlige psykiske lidelser er her definert ved forekomst av ICD10 kodene F20, F22-F29, F30-F31 som hoveddiagnose. I denne avgrensningen er schizofrenier, paranoide lidelser, psykoser og maniske tilstander vektlagt mens personlighetsforstyrrelser er holdt utenfor.

Alvorlige psykiske lidelser utgjør en mindre andel av pasientpopulasjonen i 2012, sammenlignet med tidligere år. Omfanget av denne pasientgruppen utgjør under halvparten av pasientene i 2012, mot 60 prosent for 13 år siden. Andel pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene er høyest i sykehusene og i andre institusjoner, og lavest i DPS-ene.

Tabell 3.15 Antall og andel pasienter med alvorlig psykisk lidelse (SMI), type institusjon. Pasientkartleggingen 2012.

	Sykehus	DPS	Annen institusjon	Totalt
Alvorlig psykisk diagnose	699	267	62	1 028
Andre psykiske lidelser	664	409	25	1 098
Totalt	1 363	676	87	2 126
Andel SMI	51	39	71	48

3.8 Rusbruk

39 av pasientene i utvalget er LAR pasient samtidig som de får døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern. Dette utgjør 2,7 prosent av pasientene. 68 prosent er menn.

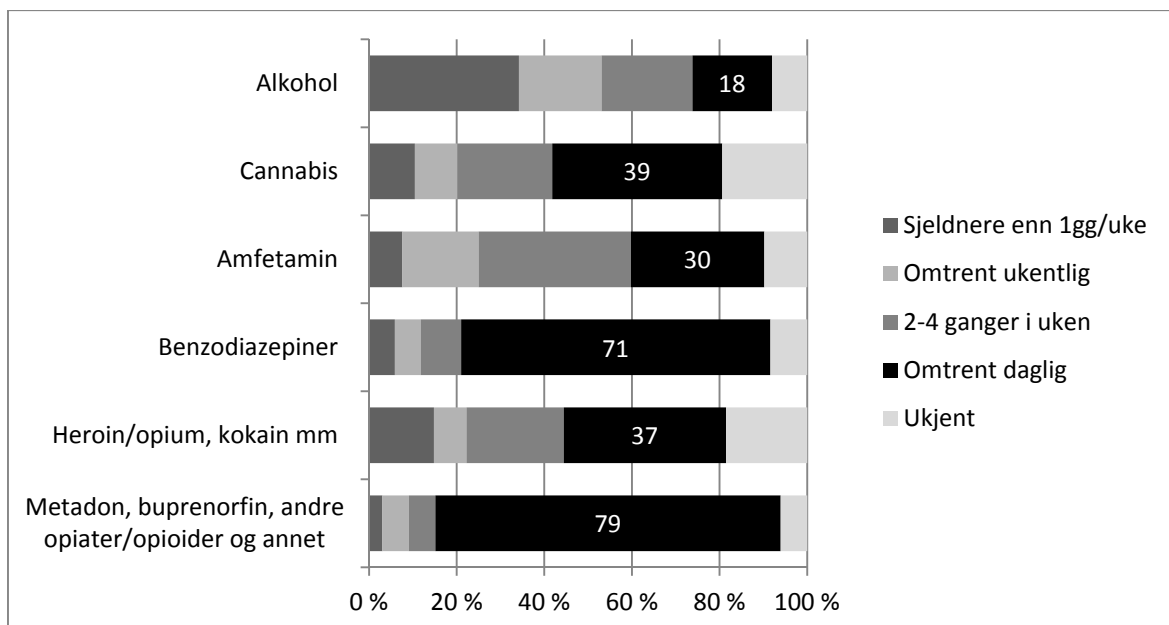
Kartleggings skjemaet inneholder spørsmål om rusmiddelbruk de siste 4 uker før innleggelse, og det er lagt ved en liste over koder som skal benyttes. Resultatene av kartleggingen er vist i neste tabell.

Andel av alle døgnpasientene er vist i neste tabell. Det er totalt 42 prosent av pasientene i PHV døgntilrettelagt som oppgis å ha brukt rusmidler siste fire uker før innleggelse, 50 prosent av mennene og 35 prosent av kvinnene.

Tabell 3.16 Mest brukte rusmiddel betyr det rusmiddel som ga mest rus-tid eller virkningstid. Andel av alle pasientene. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn	Kvinner	Totalt
Alkohol	24	20	22
Cannabis	12	2	7
Amfetamin	7	3	5
Benzodiazepiner foreskrevet av lege	3	7	5
Heroin/opium, kokain mm	2	1	2
Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider	1	1	1
Benzodiazepiner og annet	1	1	1
Totalt	50	35	42

Vi har også informasjon om hvor ofte rusmiddelet er brukt og vi fordeler det her på type rusmiddel, se figur 3.6.



Figur 3.6 Andel pasienter som bruker rusmidler etter hvor ofte rusmiddelet ble brukt fire uker før innleggelse. Pasientkartleggingen 2012.

3.9 Omfanget av rusdiagnoser og rusmiddelmissbruk

Det er altså 42 prosent av pasientene som har brukt rusmidler siste fire uker før innleggelse. Vi antar at de som bruker rusmidler mer enn to ganger i uken har et rusmiddelproblem. Dette betyr at vi ikke kategoriserer de som bruker rusmiddelet sjeldnere enn ukentlig eller ukentlig eller der behandleren ikke kjenner til omfanget som å ha et rusmiddelmissbruk. Dette er ikke nøyaktige målinger, men et anslag på rusmiddelmissbruket blant døgnpasientene. 51 prosent av de som har brukt rusmiddel de siste fire ukene før innleggelse, har brukt det 2 ganger i uken eller oftere. Om vi tar med "omtrent ukentlig", øker andelen til 65 prosent.

Fra tidligere pasientkartlegginger er andelen beregnet på tilsvarende måte, med unntak av at det da ble brukt andre kategorier for hyppighet av bruk (Intet, Lite, Middels og Stort). Det ble da tatt med kategoriene "Middels" og "Stort" for å kategorisere bruken som misbruk. Om vi hadde brukt "Omtrent ukentlig" som laveste inkluderte kategori for misbruk, hadde andelen blitt 31 prosent. Her er det sannsynligvis behov for å differensiere mellom ulike rusmidler. Alkoholbruk ukentlig er opplagt ikke det samme som heroinbruk ukentlig.

Tabell 3.17 Andel pasienter (prosent) med ruslidelse og/eller rusmiddelmissbruk. Pasientkartleggingen 2003, 2007 og 2012.

Pasientkategori	2003	2007	2012
Ruslidelse	9	14	17
Rusmiddelmissbruk uten ruslidelse	17	15	10
Ruslidelse og rusmiddelmissbruk totalt	26	29	27
Antall pasienter (N)	4 200	3 505	2 358
Mangler diagnose og info om rusmiddelmissbruk (n)	198	264	232

En stor andel av de som har rusmiddelmisbruk uten ruslidelse, har i hovedsak alkohol (62 prosent), Benzodiazepiner foreskrevet av lege (16 prosent) og cannabis (13 prosent) som mest brukte rusmiddel. Hvorvidt ukentlig bruk av disse midlene kan karakteriseres som misbruk, er usikkert.

Vi beregner også at av hele pasientpopulasjonen er det 12 prosent som har samtidig alvorlig psykisk lidelse og et rusproblem enten i form av en ruslidelse som hoveddiagnose eller bidiagnose eller bruker rusmidler oftere enn to ganger i uken. Andelen blant mannlige pasienter er 18 prosent, mens andelen er seks prosent blant de kvinnelige pasientene.

3.10 Oppsummering

52 prosent av pasientene som til en hver tid får døgnbehandling i psykisk helsevern, er kvinner. Dette er relativt likt tidligere pasientkartlegginger.

Både kvinner og menn har betydelig høyere sannsynlighet for å være døgnpasienter i PHV om de har lav utdanning. Men kvinner har høyere sannsynlighet for å være døgnpasient i PHV om de har høyere utdanning eller om de kun har fullført grunnskolen. Blant menn er det ikke samme mønster, der høyere utdanning ser ut til å gi en mer beskyttende effekt.

Nesten to av tre pasienter er ugift/enslig eller skilt/separert. En høyere andel av de kvinnelige pasientene er gift eller samboer (27 prosent), mens tilsvarende for menn er 15 prosent. Flere kvinner enn menn bor derfor i egen eiet bolig.

Ti prosent av pasientene har i 2012 inntekt fra eget arbeid som hovedinntektskilde. Andelen i 1999 var fem prosent. Over hver tredje pasient (35%) i døgnbehandling i PHV er mottakere av uførepensjon, noe større andel blant mannlige pasienter enn blant kvinnelige. 27 prosent av pasientene har arbeidsavklaringspenger som hovedinntekt.

Det er særlig en jevn nedgang i andel pasienter som har schizofrenier og personlighetsforstyrrelser, mens vi observerer en jevn økning i andel pasienter med affektive lidelser og nevrotiske lidelser. Alvorlige psykiske lidelser utgjør derfor en mindre andel av pasientpopulasjonen i 2012, sammenlignet med tidligere år. Omfanget av denne pasientgruppen utgjør under halvparten av pasientene i 2012, mot 60 prosent for 13 år siden. Andel pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene er høyest i sykehusene og i andre institusjoner, og lavest i DPS-ene.

Vi konkluderer med at andelen pasienter som har rusproblemer (ruslidelse eller rusmiddelmisbruk uten ruslidelse) blant døgnpasientene i psykisk helsevern, ligger på rundt 30 prosent.

Av hele pasientpopulasjonen er det 12 prosent som har samtidig alvorlig psykisk lidelse og et rusproblem enten i form av en ruslidelse som hoveddiagnose eller bidiagnose eller bruker rusmidler oftere enn to ganger i uken. Andelen blant mannlige pasienter er 18 prosent, mens andelen er seks prosent blant de kvinnelige pasientene.

4 Henvisning, spesialistvedtak, ø-hjelp, reinnleggelser og forventet varighet

I dette kapittelet ser vi på hvilken aktør som har henvist pasientene, henvisningsformalitet og spesialistvedtak på kartleggingstidspunktet.

Kapittelet viser også om pasienten er innlagt for øyeblikkelig hjelp og om oppholdet er en reinnleggelse (mindre enn 30 dager siden pasienten sist ble utskrevet). Det er også kartlagt om pasienten har rett til prioritert helsehjelp og forventet varighet på oppholdet.

4.1 Henvisende instans

Døgnpasienter i PHV er i en av fire tilfeller henvist fra fastlege/allmennlege, og i like mange tilfeller fra psykiatrisk poliklinikk. I en av fem tilfeller er pasienten henvist fra legevakten, mens i like mange tilfeller er pasienten henvist fra "annet".

Tabell 4.1 Henvist fra ved innleggelse. Pasientkartleggingen 2012.

	Antall	Andel
Fastlege/allmennlege	625	26
Psykiatrisk poliklinikk	607	26
Privatpraktiserende psykiater	16	1
Privatpraktiserende psykolog	17	1
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	18	1
Legevakt	467	20
Ambulante tjenester	98	4
Fengselshelsetjeneste	40	2
Ruspoliklinikk/rusteam	20	1
BUF-etat	3	0
Annet	466	20
Totalt	2 377	100
Ikke informasjon	19	

Hoveddelen av "Annet" er sannsynligvis annen psykiatrisk institusjon (sykehus til DPS og omvendt), jf kartleggingen i 2007 (Lilleeng et al. 2009).

4.2 Henvisningsformalitet ved innleggelse

Henvisningsformalitet ved innleggelse (jfr. §3-1)

- Frivillig
- Tvungen observasjon /tvungent psykisk helsevern

Som vist i tabell 4.2 er 64 prosent av henvisningene gjort på frivillig grunnlag mens 36 prosent er gjort i henhold til psykisk helsevernloven om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Tabell 4.2 Henvisningsformalitet ved innleggelse (jfr. §3-1)

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Frivillig	576	56	834	73	1 436	65
Tvungen observasjon /tvungent psykisk helsevern	450	44	315	27	790	35
Totalt	1 026	100	1 149	100	2 226	100
Ikke informasjon	75		47		132	

Kvinner henvises i betydelig større grad på frivillig grunnlag enn menn, hhv 73 og 56 prosent av pasientene. Det er små endringer siden 2003, da 65 prosent av døgnpasientene innlagt på tellingstidspunktet (20 november 2003) ble henvist til institusjonen på frivillig grunnlag.

De aller fleste henvisningene om tvungen observasjon kommer fra legevakt, der 60 prosent er henvist på tvangsgrunnlag.

4.3 Spesialistvedtak ved innleggelse

Spesialistvedtak skal gjøres som det første vedtaket av spesialist ved behandlingseenheten innen 24 timer etter at pasienten er mottatt for behandling. Dette skal gjøres også for frivillige innleggelse.

Tabell 4.3 Henvisningsformalitet og spesialistvedtak ved innleggelse. Prosent. Pasientkartleggingen 2012

	Henvisningsformalitet:			
	Frivillig	Tvungen observasjon / tvungent psykisk helsevern	Total	
Spesialistvedtak ved innleggelse:	Frivillig innleggelse	95	2	61
	Frivillig kontrakt (§ 2-2)	4	0	2
	Tvungen observasjon (§ 3-2)	0	33	12
	Tvungent psykisk helsevern (§ 3-3)	1	60	22
	Dømt til psykisk helsevern (Straffeloven § 39)	0	4	2
	Annen lovhjemmel	0	1	0
Totalt	100	100	100	
Antall pasienter med informasjon	1 302	750	2 052	

99 prosent av de som henvises til institusjonen på frivillig grunnlag, får spesialistvedtak frivillig innleggelse eller frivillig kontrakt. 93 prosent av de som henvises til tvungen observasjon /tvungent psykisk helsevern får tilsvarende spesialistvedtak, mens fire prosent er dømt til psykisk helsevern jf straffeloven.

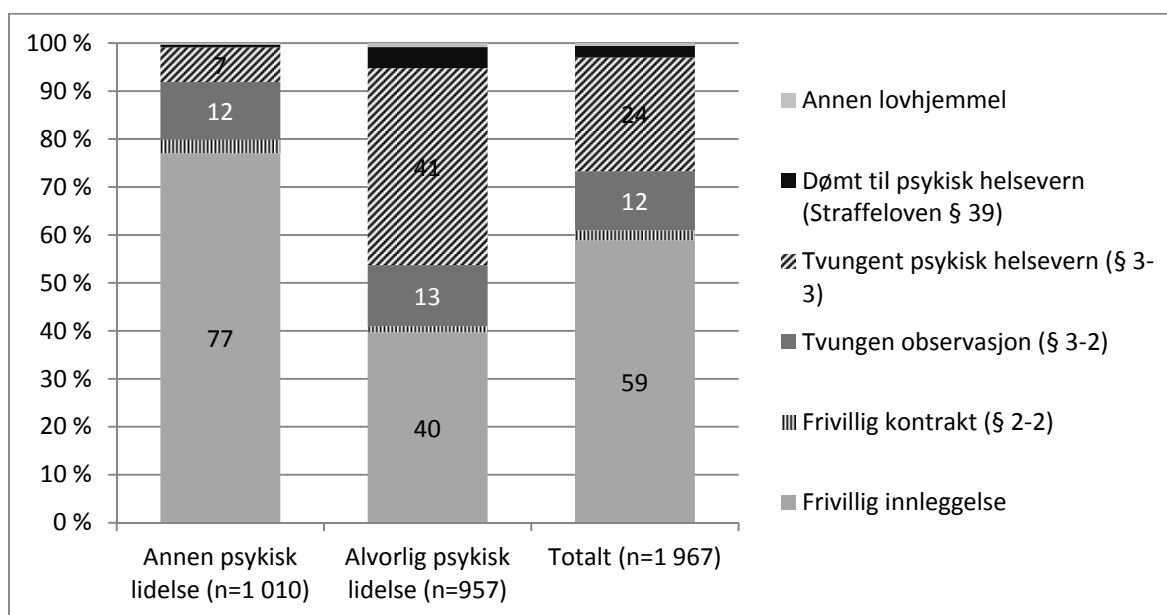
Vi ser videre på spesialistvedtakene som gjøres og ser på forskjeller mellom ulike typer institusjoner.

Tabell 4.4 Spesialistvedtak ved innleggelse etter type institusjon. Prosent. Pasientkartleggingen 2012

	Sykehus	DPS	Annen døgninginstitusjon	Totalt
Frivillig innleggelse	49	80	63	60
Frivillig kontrakt (§ 2-2)	1	5	3	2
Tvungen observasjon (§ 3-2)	16	6	3	12
Tvungent psykisk helsevern (§ 3-3)	29	10	29	23
Dømt til psykisk helsevern (Straffeloven § 39)	4	0	1	2
Annen lovhjemmel	1	0	1	1
Totalt	100	100	100	100
Antall pasienter	1 366	682	79	2 127
Ikke oppgitt spesialistvedtak	126	94	11	231

Det er altså langt hyppigere bruk av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon i sykehusene enn i DPS-ene. Dette er i samsvar med tidligere pasientkartlegginger (Hagen og Ruud 2005, Lilleeng et al., 2009).

I neste figur ser vi på spesialistvedtak etter diagnose. Her er det brukt samme inndeling som i kapittel 3.7 der "Alvorlig psykisk lidelse" omfatter er schizofrenier, paranoide lidelser, psykoser og maniske tilstander.



Figur 4.1 Andel med ulike spesialistvedtak etter diagnose. Pasientkartleggingen 2012.

Pasientene som får spesialistvedtak om tvunget psykisk helsevern er betydelig høyere blant pasienter med de alvorligste lidelsene enn blant pasienter med andre lidelser (hhv 41 prosent og 7 prosent). Andelen som får spesialistvedtak om tvungen observasjon er omtrent like stor blant pasienter med og uten de alvorligste diagnosene. De som er dømt til psykisk helsevern har typisk alvorlige psykiske lidelser og de utgjør fire prosent av vedtakene blant pasientene med alvorlige psykiske lidelser.

Vi kommer tilbake til bruk av tvang i kapittel 9.

4.4 Øyeblikkelig hjelp

Det er også kartlagt om pasientene er innlagt for øyeblikkelig hjelp.

Totalt var halvpartene av døgnpasientene innlagt i psykisk helsevern for øyeblikkelig hjelp på kartleggingstidspunktet. Det er en noe større andel blant menn og enn blant kvinner som blir innlagt for øyeblikkelig hjelp og forskjellen er statistisk signifikant. I forhold til aldersgrupper er det relativt små forskjeller i andel som innlegges for øyeblikkelig hjelp, med unntak av lav andel blant de eldste pasientene.

Tabell 4.5 Innlagt for øyeblikkelig hjelp, menn og kvinner, 2012. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Innlagt øyeblikkelig hjelp	574	54	558	48	1 164	51
Ikke innlagt for ø-hjelp	485	46	593	52	1 099	49
Totalt	1 059	100	1 151	100	2 263	100
Ikke informasjon	42		45		95	

Andel av pasientene som legges inn for øyeblikkelig hjelp, varierer med type institusjon. Andelen er høyest på sykehus, der 57 prosent av pasientene er innlagt for øyeblikkelig hjelp. Andelen ved DPS-ene er 42 prosent, og ved andre institusjoner 32 prosent.

Som vist i neste tabell har pasienter med alvorlige psykiske lidelser og pasienter med samtidige alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, høyere sannsynlighet for å bli innlagt for øyeblikkelig hjelp. Det ser for øvrig ikke ut som såkalte ROP-pasienter har ytterligere forhøyet sannsynlighet for å bli innlagt for øyeblikkelig hjelp, enn andre pasienter med alvorlige psykiske diagnoser.

Tabell 4.6 Innlagt for øyeblikkelig hjelp, diagnose. Pasientkartleggingen 2012.

	Alvorlige psykiske lidelser	Samtidige alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer	Andre diagnoser
Innlagt for øyeblikkelig hjelp	60	58	43
Ikke innlagt for øyeblikkelig hjelp	40	42	57
Totalt	100	100	100
Antall pasienter	999	271	1 080

4.5 Gjeninnleggelse og reinnleggelse

Begrepet reinnleggelse brukes når det dreier seg om en ny innleggelse som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning. Er det snakk om ny innleggelse innen 30 dager i sin alminnelighet, kalles det gjeninnleggelse.

22 prosent av pasientene er innlagt innen 30 dager, inkludert både de som er innlagt for øyeblikkelig hjelp og de som ikke er det. 13 prosent av pasientene er re-innlagt som øyeblikkelig hjelp, mens 9 prosent av alle døgnpasientene i psykisk helsevern er gjeninnlagt uten at det er øyeblikkelig hjelp. Dette antas å være planlagte gjeninnleggelser (nederste rad i tabell 4.7).

Andel reinnleggelser er høyest på sykehusene, mens andel gjeninnleggelser er høyest på DPS-ene og ved andre institusjoner.

Tabell 4.7 Andel pasienter som er re-innlagt eller gjeninnlagt etter type institusjon.

	Andel av pasientene re-innlagt (med ø-hjelp)	Andel av pasientene gjeninnlagt (uten ø-hjelp)	Totalt	Antall pasienter uten informasjon
Sykehus	15	6	21	142
DPS	10	12	22	95
Annen institusjon	5	23	28	5
Totalt	13	9	22	242

Det er noen færre menn som er re-innlagt enn blant kvinner, men det er ikke signifikante forskjeller. Det er tendenser til aldersforskjeller ved at yngre har lavere sannsynlighet for å bli re-innlagt enn eldre pasienter, men sammenhengen er ikke statistisk signifikant. Ung alder er tidligere funnet å være en viktig prediksjonsfaktor for re-innleggelser i en nordisk studie (Øiesvold et al. 2000).

Personer med alvorlige psykiske lidelser har større sannsynlighet for å være re-innlagt, men marginalt lavere sannsynlighet for å være gjeninnlagt.

4.6 Rett til prioritert helsehjelp

Alle pasienter som henvises til et behandlingssted har krav på vurdering av sin helsetilstand innen 30 virkedager etter henvisningen er mottatt. Pasienter under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering av henvisningen innen 10 virkedager. Når det er grunn til å anta at du kan ha en alvorlig sykdom, skal vurderingen skje raskere, maks 14 dager.

Retten til nødvendig helsehjelp skal sikre at pasienter som ut fra en helsefaglig vurdering trenger behandling, skal få helsehjelp innen en forsvarlig tidsperiode.

Vurderingen av henvisningen foretas ut fra hvor alvorlig tilstanden er, hvilke muligheter som finnes for å forbedre den med helsehjelp, og en vurdering av om kostnadene ved helsehjelpen står i forhold til nytten for pasienten. Vurderingen vil få ett av følgende utfall:

- Pasienten får rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som får denne rettigheten kalles rettighetspasienter. Rettighetspasienter får en frist for når spesialisthelsetjenesten senest skal ha startet helsehjelpen, enten i form av behandling

eller i form av videre utredning. Fristen for start av helsehjelp for unge er under 23 år innenfor psykisk helsevern og rus er maksimalt 65 virkedager.

- Pasienten får et tilbud om helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men behandlingen er ikke prioritert, og du får derfor ikke status som rettighetspasient. Du får ikke en juridisk bindende frist for når du skal motta helsehjelp, men du får informasjon om når du kan forvente at helsehjelpen blir gitt.
- Pasienten får ikke et tilbud om helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

88 prosent av pasientene i døgnbehandling i psykisk helsevern vurderes til å ha rett til prioritert helsehjelp, og det er ingen kjønnsforskjeller i pasientpopulasjonen. Det er heller ikke betydelig forskjeller mellom ulike aldersgrupper, men høyest sannsynlighet blant de yngste og de eldste pasientene.

Når det gjelder type institusjon, finner vi heller ikke her betydelige forskjeller.

Tabell 4.8 Rett til prioritert helsehjelp, type institusjon.

	Sykehus	DPS	Andre	Totalt
Rett til prioritert helsehjelp	1 022	544	50	1 616
Ikke rett til prioritert helsehjelp	150	58	20	228
Antall pasienter	1 172	602	70	1 844
Andel med rett til prioritert helsehjelp	87	90	71	88

Det er ingen forskjell i andelen som vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp blant personer med alvorlige psykiske lidelser eller om de har samtidige rusproblemer. Men det er en lavere andel som vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp blant pasientene med andre diagnoser enn de antatt mest alvorlige.

Tabell 4.9 Rett til prioritert helsehjelp, diagnose.

	Alvorlige psykiske lidelser	Samtidige alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer	Andre diagnoser
Rett til prioritert helsehjelp	752	216	759
Ikke rett til prioritert helsehjelp	69	18	144
Antall pasienter	821	234	903
Andel med rett til prioritert helsehjelp	92	92	84

4.7 Forventet varighet på oppholdet

Varighetskategoriene er forhåndsdefinert i skjema, se vedlagt skjema side 3. Som vist i tabellen er 11 prosent av oppholdene akuttbehandling (0-2 uker), mens 29 prosent er korttidsopphold (2-6 uker). 26 prosent er lenger utrednings- og behandlingsopphold med varighet på 6 uker til 3 måneder. 12 prosent er rehabiliteringsopphold (3-6 måneder). 17 prosent er langtidsopphold (6

måneder – 5 år), mens en prosent av de innlagte pasientene forventes å ha opphold som varer mer enn fem år.

Tabell 4.10 Hva er forventet varighet på nåværende opphold?

	Sykehus	DPS	Andre	Totalt
Akuttbehandling 0-2 uker	12	11	0	11
Korttidsopphold 2-6 uker	22	45	1	29
Lengre utrednings- og behandlingsopphold 6 uker-3 mnd	29	23	1	26
Rehabiliteringsopphold 3-6 mnd	13	10	11	12
Langtidsopphold 6 mnd-5 år	19	7	83	17
Opphold 5 år og lenger	2	0	2	1
Annet	3	3	1	3
Totalt	100	100	100	100
Ikke informasjon	63	43	1	107
Antall pasienter	1 492	776	90	2 358

En høyere andel av døgnpasientene ved DPS-er, har korttidsopphold (2-6 uker) og en lavere andel langtidsopphold (6 mnd- år). Dette kan blant annet forklares med at sikkerhetsavdelingene på sykehus har en stor andel langtidspasienter (72 prosent av pasientene ved sikkerhetsavdelingene har forventet varighet på mer enn et halvt år).

Vi beregner også varighet på oppholdet frem til kartleggingstidspunktet og kaller det hittil varighet. Dette er også gjort i tidligere pasientkartlegginger, så her har vi gode sammenlikningstall.

For menn var median hittil oppholdstid på 76 dager i 1999, og var i 2007 redusert til 50 dager. For kvinner var median varighet på 46 dager i 1999 og ved registreringen i 2007 var medianverdien av hittil varighet av døgnoppholdet redusert til 35. I 2012 er median varighet totalt 29 dager, 36 dager for menn og 25 dager for kvinner.

Median hittil varighet på sykehus er i 2012-kartleggingen på 35 dager, mens på DPS er median varighet 19 dager. På andre døgninstitusjonen er median varighet på 305 dager. Gjennomsnittlig hittil varighet er 192 dager.

4.8 Oppsummering

De fleste henvisningene til døgnbehandling i psykisk helsevern kommer fra fastlegen (26 prosent) og psykiatrisk poliklinikk (26 prosent). 20 prosent er henvist fra legevakten mens en del pasienter henvises fra sykehus til DPS og omvendt.

64 prosent av henvisningene er gjort på frivillig grunnlag mens 36 prosent er gjort i henhold til psykisk helsevernloven om tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern. Kvinner henvises i betydelig større grad på frivillig grunnlag enn menn, hhv 73 og 56 prosent av pasientene. Det er små endringer siden 2003, da 65 prosent av døgnpasientene innlagt 20 november 2003 ble henvist til institusjonen på frivillig grunnlag.

De aller fleste henvisningene om tvungen observasjon kommer fra legevakt, der 60 prosent er henvist på tvangsgrunnlag.

Spesialistvedtak skal gjøres som det første vedtaket av spesialist ved behandlingsenheten innen 24 timer etter at pasienten er mottatt for behandling. 99 prosent av de som henvises til institusjonen på frivillig grunnlag, får spesialistvedtak frivillig innleggelse eller frivillig kontrakt. Mens 93 prosent av de som henvises til tvungen observasjon /tvungent psykisk helsevern får tvangsspesialistvedtak, hhv 33 prosent til tvungen observasjon og 60 prosent til tvungent psykisk helsevern. Fire prosent av pasientene er dømt til psykisk helsevern jf straffeloven.

I samsvar med tidligere kartlegginger er det langt hyppigere bruk av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon i sykehusene enn i DPS-ene. Pasientene som får spesialistvedtak om tvungent psykisk helsevern er betydelig høyere blant pasienter med de alvorligste lidelsene enn blant pasienter med andre lidelser (hhv 41 prosent og 7 prosent). Andelen som får spesialistvedtak om tvungen observasjon er omtrent like stor blant pasienter med og uten de alvorligste diagnosene.

Halvpartene av døgnpasientene er innlagt i psykisk helsevern for øyeblikkelig hjelp. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og pasienter med samtidige alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, har høyere sannsynlighet for å bli innlagt for øyeblikkelig hjelp. Det ser for øvrig ikke ut som såkalte ROP-pasienter (kormorbid ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse), har ytterligere forhøyet sannsynlighet for å bli innlagt for øyeblikkelig hjelp, enn andre pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

22 prosent av pasientene er innlagt innen 30 dager, inkludert både de som er innlagt for øyeblikkelig hjelp og de som ikke er det. 13 prosent av pasientene er re-innlagt som øyeblikkelig hjelp, mens 9 prosent av alle døgnpasientene i psykisk helsevern er gjeninnlagt uten at det er øyeblikkelig hjelp.

11 prosent av pasientene får akuttbehandling (0-2 uker) og for 29 prosent av pasientene forventes oppholdet å vare 2-6 uker. 26 prosent av oppholdene forventes å vare 6-3 måneder mens 17 prosent har langtidsopphold 6 mnd til 5 år. For 1 prosent av pasientene, forventes oppholdet å vare i mer enn 5 år. En høyere andel av døgnpasientene ved DPS-er, har korttidsopphold (2-6 uker) og en lavere andel langtidsopphold (6 mnd- år), noe som blant annet skyldes at en stor andel av pasientene ved sikkerhetsavdelingene på sykehusene er langtidspasienter.

5 Selvmordsrisiko, selvskading og voldsrisiko

SELMORD OG SELVMORDSFORSØK

Det finnes relativt mye forskning på selvmord og selvmordsrisiko. Forskning fra Sverige har for eksempel vist at viktige faktorer som øker sannsynligheten for å begå selvmord, er tidligere innleggelse i psykisk helsevern (særlig for personlighetsforstyrrelser), tidligere selvmordsforsøk, rusmisbruk og udekkede behov for en kontaktperson (Tidemalm et al. 2005). De konkluderte med at udekkede behov kan signalisere økt selvmordsrisiko for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og at forebygging krever samarbeid mellom psykiatriske tjenester og sosialtjenester (ibid). Blant udekkede behov som var assosiert med høyere selvmordsfare, var manglende boligtilbud, at de ikke hadde en kontaktperson, manglende arbeidsrettede tiltak og manglende behandling for rusmisbruk (ibid).

En undersøkelse fra Finland viste at majoriteten av personer som hadde forsøkt å ta selvmord som hadde schizofrenidiagnoser eller stemningsforstyrrelser (mood disorders), hadde en behandlerkontakt i løpet av de påfølgende 30 dagene etter forsøket (Suominen, Isometsa, og Lonnqvist 2002). Halvparten av personene som hadde rusmisbruk, hadde ikke kontakt med helsevesenet etter selvmordsforsøket, mens de personene som hadde kormorbid rusavhengighet og schizofrenilidelser hadde syv ganger lavere sannsynlighet for å ha kontakt med helsevesenet enn de uten kormorbide rusproblemer (ibid). Dette er en gruppe med høy selvmordsrisiko, men har altså lav sannsynlighet for å få hjelp av helsevesenet etter selvmordsforsøket (ibid).

En norsk studie som fulgte hundre unge voksne som hadde fått akuttbehandling i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), fant at en hadde tatt selvmord 5-9 år etter de var henvist til BUP mens 29 hadde hatt selvmordsforsøk (Skarbo, Rosenvinge, og Holte 2005). De med høyest sannsynlighet for selvmordsforsøk var menn uten fullført skolegang og flere innleggelse i psykisk helsevern (ibid). De fant også at risikoen var like høy for de som hadde vært henvist til BUP i første omgang for andre årsaker, og for de som var henvist etter selvmordsforsøk. De konkluderer med at klinikere må vurdere selvmordsrisiko blant alle unge som henvises til akuttbehandling, også de som ikke i utgangspunktet ble henvist på grunn av selvmordsforsøk (ibid).

Det finnes også en del forskning på selvmord etter utskrivning fra psykiatrisk døgnbehandling. En finsk studie undersøkte de som tok selvmord innen en uke etter utskrivning og fant at kvinner, ugifte, høyere utdanning og schizofrenidiagnoser eller affektive lidelser og brukte mer dødelige metoder (drukning og fall fra stor høyde) enn andre pasienter som tok selvmord senere enn en uke etter utskrivning (Pirkola, Sohlman, og Wahlbeck 2005). Forfatterne foreslår at bedre risikovurdering bør gjøres før utskrivning av disse pasientene (ibid). De samme forskerne fant i en annen studie at omstruktureringen og de-institusjonaliseringen ikke hadde førte til høyere selvmordsrisiko (Pirkola et al. 2007). I en annen omfattende studie finner de også at høyt utviklede

kommunale psykiske helsetjenester gir lavere selvmordsrater enn psykiatriske helsetjenester med fokus på døgnbehandling (Pirkola et al. 2009).

Tilsvarende er funnet i en norsk studie av pasienter som ble innlagt pga selvmordsforsøk på ulike tidspunkt (Dieserud, Loeb, og Ekeberg 2001, Johannessen et al. 2009). De foreslår at en forklaring er at redusert oppholdstid i døgninstitusjoner er kompensert med bedre psykisk helsetjenester generelt og særlig med et utvidet poliklinisk tilbud (Johannessen et al. 2009).

SELVSKADING

Selvskading kan beskrives som en fellesbetegnelse på atferd som innebærer at en person påfører seg selv fysisk eller psykisk smerte for å endre en intens negativ tanke, følelse eller en vanskelig relasjon (Øverland 2006). Personer som skader seg selv med vilje gjentatte ganger (selvskading), har mange hundre ganger større sannsynlighet for selvmord enn resten av befolkningen (Owens, Horrocks, og House 2002).

I kartleggingen bland døgnpasienter i PHV er det kartlagt selvmordsproblemer/ selvskadetendens i forbindelse med nåværende opphold og om pasienten har risiko for å utøve vold. Forskning fra blant annet Finland, har vist at selvmordsrisikoen er høyest om høsten og lavest om vinteren (Valtonen et al. 2006). Siden kartleggingen vår har foregått i november (siste høstmåned), kan tallene derfor være høyere enn ellers i året.

RISKO FOR Å UTØVE VOLD

Det er generelt få personer som utøver vold som er psykiatriske pasienter eller som har psykiske lidelser. Det er usikkert om alvorlig psykisk lidelse gir høyere risiko for å utøve vold, men det er funnet at følgende faktorer øker sannsynligheten for å utøve vold: tidligere voldsbruk, rusmisbruk, mangel på empati og stress (Hartvig et al. 2006). Særlig er det funnet at personer med alvorlig psykisk lidelse som samtidig har rusmisbruk, har betydelig forhøyet voldsrisiko (Elbogen og Johnson 2009).

Vi har kartlagt selvskading/selvskadetendens, selvmordstrusler, selvmordstanker og selvmordsforsøk.

5.1 Kjønn og risiko

35 prosent av pasientpopulasjonen har selvmordsproblemer (selvmordstanker, trusler eller forsøk) eller selvskading/selvskadetendenser. Fem prosent av pasientene har hatt selvmordsforsøk.

Tabell 5.1 Har selvmordsproblemer eller selvskading, kvinner og menn. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Nei	721	68	717	63	1 438	65
Selvskading/selvskadetendens	21	2	44	4	65	3
Selvordstanker	234	22	275	24	509	23
Selvordstrusler	37	3	45	4	82	4
Selvordsforsøk	47	4	66	6	113	5
Totalt	1 060	100	1 147	100	2 207	100

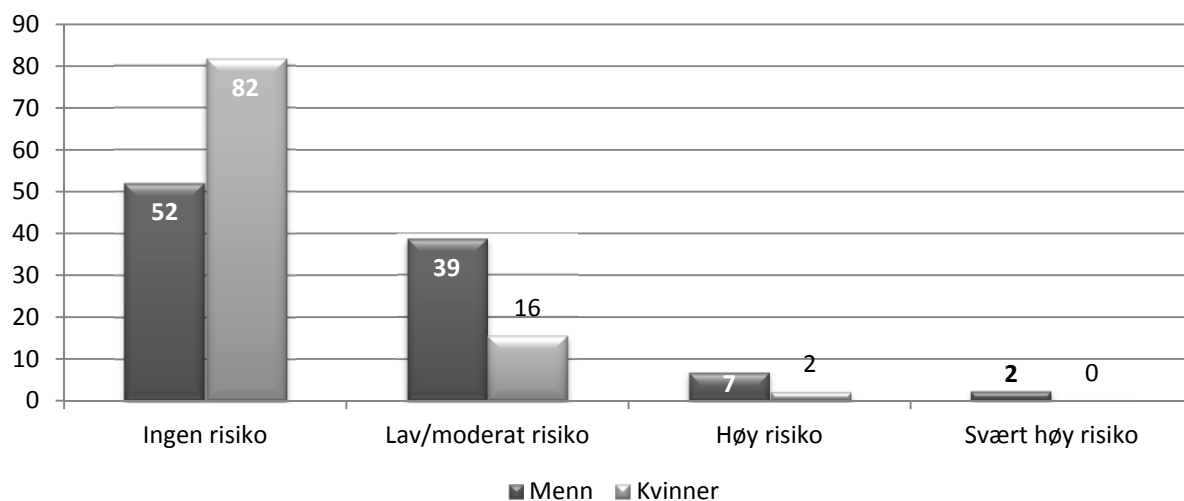
67 prosent av populasjonen (52 prosent blant menn og 82 prosent blant kvinner) vurderes å ikke ha risiko for å utøve vold.

Det er 33 prosent av pasientpopulasjonen som har risiko for å utøve vold. Menn har, i pasientpopulasjonen, signifikant høyere sannsynlighet enn kvinner for å utøve vold. De aller fleste pasientene vurderes å ha lav/moderat risiko for å utøve vold, mens seks prosent har høy eller svært høy risiko (9 prosent av de mannlige pasientene og to prosent av de kvinnelige pasientene).

Tabell 5.2 Har pasienten risiko for å utøve vold, kvinner og menn. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ingen risiko	543	52	939	82	1 534	67
Lav/moderat risiko	403	39	180	16	622	27
Høy risiko	71	7	26	2	104	5
Svært høy risiko	24	2	*	0	28	1
Totalt	1 041	100	1 147	100	2 288	100

* Færre enn fem pasienter



Figur 5.1 Har pasienten risiko for å utøve vold, kvinner og menn. Pasientkartleggingen 2012.

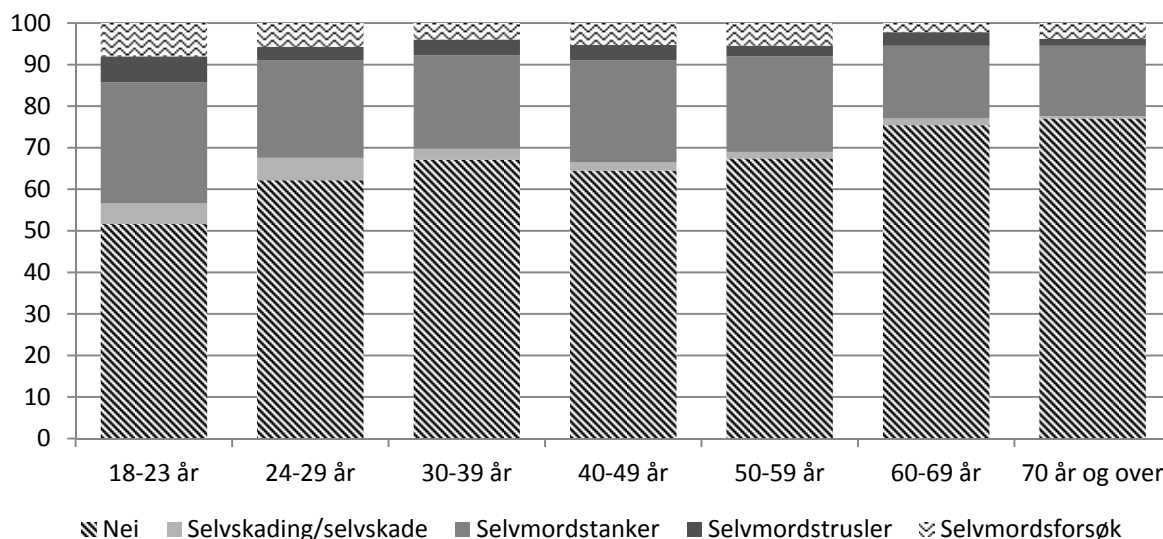
5.2 Alder og risiko

Det er selvmordstanker som er mest utbredt blant døgnpasienter i PHV og 23 prosent av pasientene opplever dette. Fem prosent av pasientene forsøker å ta sitt eget liv i forbindelse med pågående døgnopphold, og vi ser i neste tabell at selvmordsproblematikk er størst blant de yngste pasientene.

Tabell 5.3 Selvmordsproblemer, selvskadetendens, aldersgrupper. Pasientkartleggingen 2012.

	18-23 år	24-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 år og over	Totalt
Nei	52	62	67	64	67	75	77	65
Selvskading/selvskadetendens	5	5	3	2	2	2	1	3
Selvmordstanker	29	23	22	24	23	17	17	23
Selvmordstrusler	6	3	4	4	3	3	2	4
Selvmordsforsøk	8	6	4	5	5	2	4	5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter	337	333	477	380	313	183	183	2206

Det er ikke en helt tydelig lineær sammenheng mellom pasientens alder og selvmordsproblemer eller selvskadetendens, men tendensen er at selvmordsrisiko avtar med pasientens alder, se figuren under.

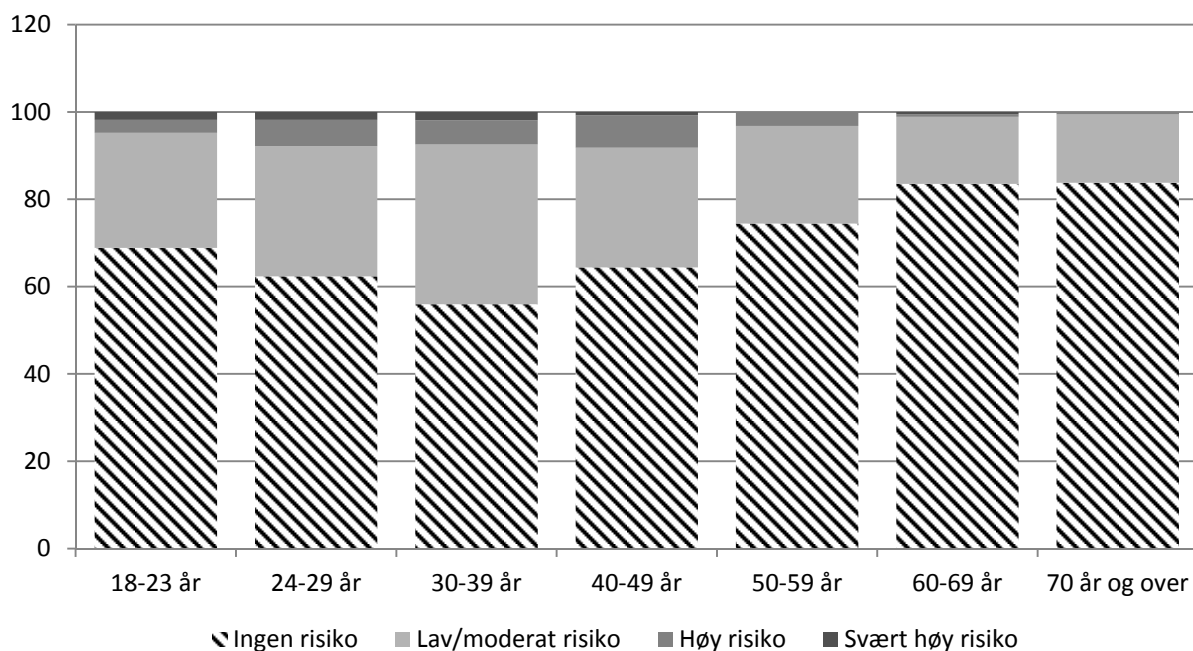


Figur 5.2 Selvmordsproblemer, selvskadetendens, aldersgrupper. Pasientkartleggingen 2012.

Når det gjelder risiko for å utøve vold, ser risikoen ut til å øke frem mot 40-årsalder for så å avta, se tabell 5.4 og figur 5.3.

Tabell 5.4 Har pasienten risiko for å utøve vold, aldersgrupper. Pasientkartleggingen 2012.

	18-23 år	24-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 år og over	Totalt
Ingen risiko	69	62	56	64	74	84	84	67
Lav/moderat risiko	26	30	37	27	22	15	16	27
Høy risiko	3	6	6	7	3	1	1	5
Svært høy risiko	2	2	2	1	0	1	0	1
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter	334	332	470	379	313	182	179	2288



Figur 5.3 Har pasienten risiko for å utøve vold, aldersgrupper. Pasientkartleggingen 2012

5.3 Endring over tid

Selvskading har ikke vært med i tidligere pasienttellinger, men selvmordsforsøk, trusler og tanker er kartlagt tidligere. I tabell 5.5 viser vi utviklingen fra 1999 til 2012. Det er flere av pasientene som sliter med selvmordstanker i 2012 enn tidligere, og dette har sannsynligvis sammenheng med endringer i pasientsammensetningen.

Tabell 5.5 Selvmordsrisiko, 1999, 2007 og 2012. Pasientkartleggingene.

	1999	2007	2012
Selvordsforsøk	7	5	5
Selvordsrusler	5	6	4
Selvordsruker	17	17	22
Suicidalproblemer totalt	29	28	31
Antall pasienter totalt	5 108	3 505	2 358
Mangler informasjon	389	327	100

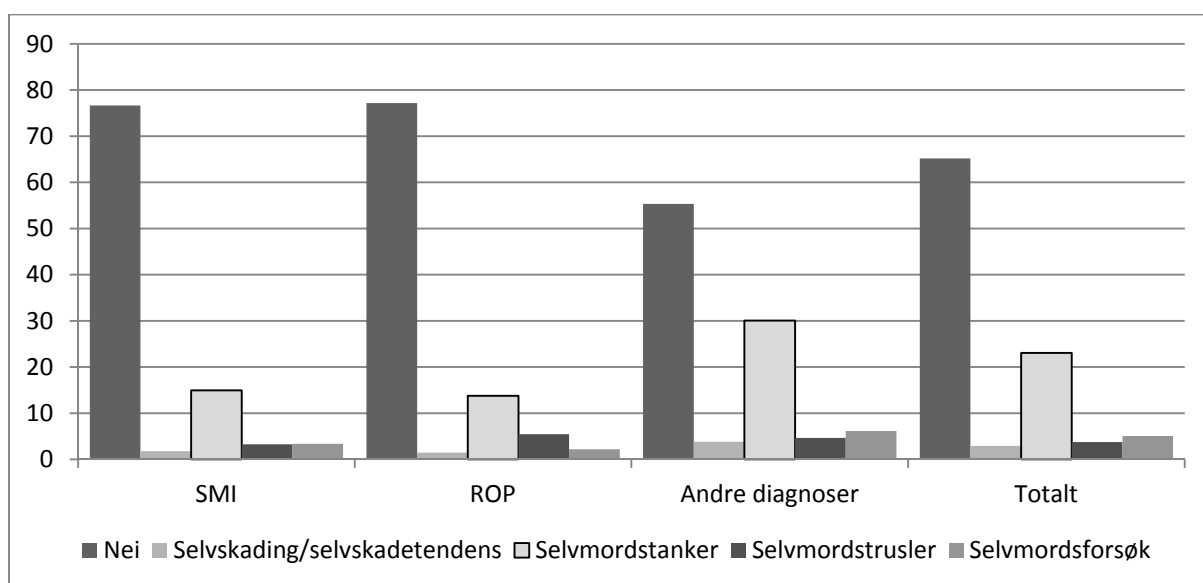
Det finnes ikke sammenliknbare tall for voldsrisiko.

5.4 Diagnose og risiko

I neste tabell og figur viser vi resultatene for ulike diagnosegrupper og det er lettest å se forskjellene i figuren.

Tabell 5.6 Selvmordsproblemer, selvskading og diagnosegruppe, Pasientkartleggingen 2012.

	SMI	ROP	Andre diagnoser	Totalt
Nei	77	77	55	65
Selvskading/selvskade	2	1	4	3
Selvmordstanker	15	14	30	23
Selvmordstrusler	3	5	5	4
Selvmordsforsøk	3	2	6	5
Totalt	100	100	100	100
Antall pasienter	1 011	276	1 075	2 258



Figur 5.4 Selvmordsproblemer, selvskading og diagnosegruppe, Pasientkartleggingen 2012

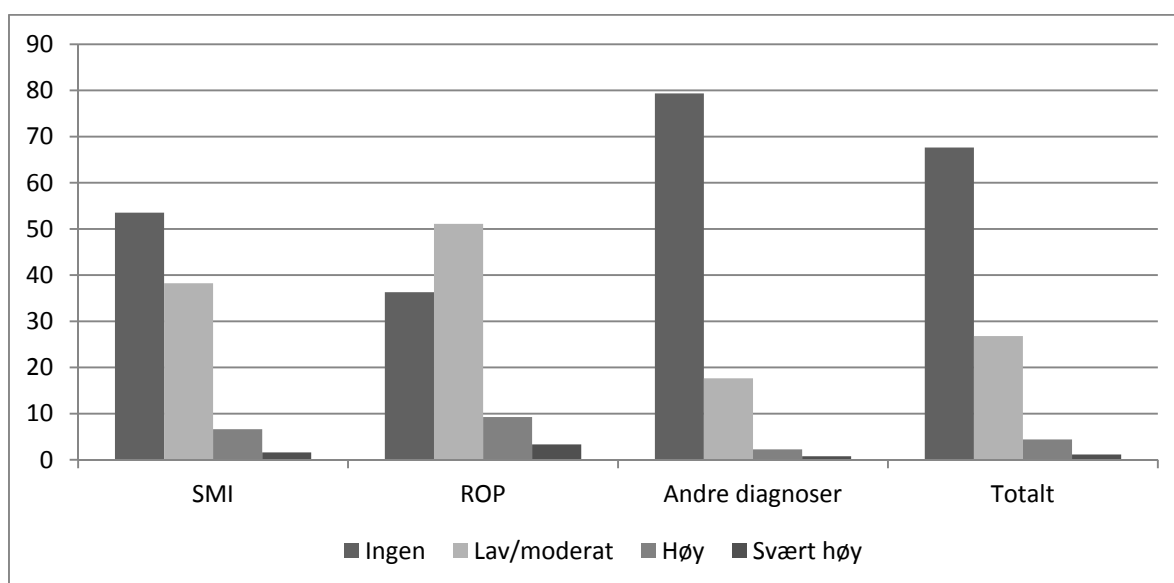
Det er altså lavere risiko for å ha selvmordsproblemer og selvskadingstendens for de med alvorlige psykiske lidelser sammenliknet med pasienter med andre diagnoser. Det er ikke svært forhøyet tendens om pasienten har kormorbide rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser, men det er større sannsynlighet om pasientene har andre typer diagnoser (som affektive og nevrotiske lidelser).

Når det gjelder voldsrisiko er bildet nesten motsatt. ROP-pasienter har høyere sannsynlighet for lav/moderat risiko enn både de med alvorlige psykiske lidelser og de med andre diagnoser. Forhøyet sannsynlighet voldsrisiko særlig ved samtidig psykisk lidelse og rusproblem ser derfor ut til å stemme jf tidligere forskning, men funnene viser også at SMI pasienter har betydelig høyere risiko for å utøve vold enn pasienter i andre diagnosegrupper.

Mens nesten hver tredje døgnpasient har en viss risiko for å utøve vold, er andelen blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser 47 prosent og for såkalte ROP-pasienter 63 prosent.

Tabell 5.7 Voldsrisiko og diagnosegrupper, Pasientkartleggingen 2012

	SMI	ROP	Andre diagnoser	Totalt
Ingen	54	36	79	68
Lav/moderat	38	51	18	27
Høy	7	9	2	4
Svært høy	2	3	1	1
Totalt	100	100	100	100
Antall pasienter	994	270	1 066	2 240



Tabell 5.8 Voldsrisiko og diagnosegrupper. Pasientkartleggingen 2012

5.5 Institusjonstype og risiko

Pasientsammensetningen er ulik mellom sykehus og DPS-er, og vi ser at en større andel av pasientene i DPS enn i sykehus har selvmordstanker. En like stor andel av pasientene kommer med selvmordstrusler og har selvmordsforsøk eller selvskadetendenser i begge institusjonsformene.

Tabell 5.9 Selvmordsproblemer, selvskading og type enhet. Pasientkartleggingen 2012.

	Sykehus	DPS	Annen døgninstitusjon	Totalt
Nei	68	58	80	65
Selvskadning/selvskade	3	2	2	3
Selvmordstanker	19	32	18	23
Selvmordstrusler	4	4	0	4
Selvmordsforsøk	5	5	0	5
Totalt	100	100	100	100
Antall pasienter	1 440	730	88	2 258

Når det gjelder voldsrisiko er bildet motsatt. Betydelig flere av pasientene på sykehusavdelingene har voldsrisiko, noe som igjen indikerer at pasientsammensetningen er forskjellig etter type institusjon.

Tabell 5.10 Voldsrisiko og type enhet. Pasientkartleggingen 2012.

	Sykehus	DPS	Annen døgninstitusjon	Totalt
Ingen	60	83	58	68
Lav/moderat	32	16	40	27
Høy	6	1	1	4
Svært høy	2	0	0	1
Totalt	100	100	100	300
Antall pasienter	1 414	737	89	2 240

5.6 Oppsummering

65 prosent av pasientene hverken skader seg selv eller har selvmordsproblemer (selvmordstanker, selvmordstrusler eller selvmordsforsøk). 23 prosent av pasientene har selvmordstanker, mens 3-5 prosent av pasientpopulasjonen har risiko for selvskading, selvmordstrusler eller har forsøkt å ta sitt eget liv. Andelen er noe høyere blant kvinnelige pasienter enn blant mannlige, men det er ikke store forskjeller.

67 prosent av populasjonen (52 prosent blant menn og 82 prosent blant kvinner) vurderes å ikke ha risiko for å utøve vold. En stor andel av pasientene som vurderes som å ha voldsrisiko, har lav eller moderat risiko.

94 prosent av pasientene ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern har ikke voldsrisiko eller lav/moderat risiko. Totalt har 6 prosent av pasientene (9 prosent av de mannlige pasientene og 2 prosent av de kvinnelige pasientene), høy eller svært høy risiko for å utøve vold. 80 prosent av disse pasientene er innlagt ved sykehus på akuttavdelinger, sikkerhetsavdelinger eller andre spesialavdelinger.

6 Individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator

Ordningen med individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. Både pasient- og brukerrettighetsloven og lov om spesialisthelsetjeneste regulerer dette.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5: Rett til individuell plan: Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelse tjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (i kraft 1.juli 2001).

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-5: Individuell plan Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold (i kraft 1. januar 2002).

En ansvarsgruppe består av brukeren og representanter for tjenester som brukeren mottar. Arbeidet i en slik gruppe kan bidra til å koordinere innsatsen og til å avklare ansvarsforhold mellom de involverte instanser. Metoden har vært brukt i offentlig tjenesteyting siden 1980-tallet. Det er vanlig at en av deltjenestene har ansvar for å koordinere arbeidet til gruppen. En ansvarsgruppe antas å være godt egnet for organisering av arbeidet med individuell plan.⁷

Et viktig formål med individuell plan er å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren. I de fleste tilfeller vil det være naturlig at det individuelle planarbeidet forankres i kommunen og at det er en tjenesteyter fra den delen av tjenestene som er koordinator.

6.1 Individuell plan

I 2012 er det på tellingstidspunktet utarbeidet, eller er under utarbeidelse en individuell plan for 37 prosent av døgnpasientene i psykisk helsevern. 58 prosent har ikke, mens behandler ikke vet for 5 prosent av pasientene. I 2007 var det 53 prosent som hadde individuell plan (Lilleeng et al., 2009), så andelen har klart gått ned de siste årene. Hvorvidt dette skyldes at andre planer prioriteres (for eksempel aktivitetsplan i regi av NAV), at IP ikke oppleves å fungere godt nok eller andre årsaker, kan vi ikke svare på ut i fra dette datagrunnlaget.

For 13 prosent av pasientene er det ikke aktuelt med individuell plan, og syv prosent av pasienten ønsker ikke individuell plan.

⁷ NOU 2009: 22 Det du gjør, gjør det helt

Det er noen flere menn enn kvinner som har IP, og dette skyldes sannsynligvis at flere menn enn kvinner har de antatt mest alvorlige psykiske diagnosene, se tredje tabell på neste side. Det er ikke betydelige forskjeller i andel pasienter med IP i sykehus og DPS-er.

Tabell 6.1 Er en individuell plan utarbeidet/under utarbeidelse, kvinner og menn. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn		Kvinner		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja, utarbeidet	229	22	186	16	415	19
Ja, under utarbeidelse	215	20	185	16	400	18
Nei	366	35	467	41	833	38
Nei, ikke aktuelt for denne pasienten	114	11	175	15	289	13
Nei, pasienten ønsker ikke	85	8	75	7	160	7
Vet ikke	43	4	60	5	103	5
Totalt	1 052	100	1 148	100	2 200	100

Tabell 6.2 Er en individuell plan utarbeidet/under utarbeidelse, aldersgrupper. Pasientkartleggingen 2012.

	18-23 år	24-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 år og over	Totalt
Ja, utarbeidet	15	24	27	18	20	13	5	19
Ja, under utarbeidelse	28	24	21	14	13	7	9	18
Nei	39	30	30	37	39	51	56	38
Ikke aktuelt for denne pasienten	11	8	10	15	15	17	22	13
Pasienten ønsker ikke	5	8	9	9	7	8	4	7
Vet ikke	3	6	4	6	5	4	4	5
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter	339	335	470	380	314	180	180	2 200

Tabell 6.3 Er en individuell plan utarbeidet/under utarbeidelse, diagnoser. Pasientkartleggingen 2012.

	Annen diagnose	Alvorlig psykisk diagnose	Totalt
Ja, utarbeidet	12	26	19
Ja, under utarbeidelse	15	21	18
Nei	46	28	37
Ikke aktuelt for denne pasienten	18	8	13
Pasienten ønsker ikke	4	11	8
Vet ikke	4	5	5
Totalt	100	100	100

Tabell 6.4 Er en individuell plan utarbeidet/under utarbeidelse, type institusjon. Pasientkartleggingen 2012.

	Sykehus	DPS	Annen døgningstusjon
Ja, utarbeidet	18	18	50
Ja, under utarbeidelse	18	17	30
Nei	39	39	9
Ikke aktuelt for denne pasienten	14	14	0
Pasienten ønsker ikke	7	8	7
Vet ikke	5	4	5
Totalt	100	100	100

Vi henviser her til en kvalitativ studie har synliggjort kompleksiteten med å få implementert IP som et integrert verktøy (Holum 2012).

6.2 Ansvarsgruppe

35 prosent av pasientene som mottar døgningbehandling i PHV har etablert ansvarsgruppe. 62 prosent av pasientene som har ansvarsgruppe, har alvorlig psykisk lidelse og det er ikke forskjeller i andel med ansvarsgruppe blant pasienter innlagt etter om de er innlagt i sykehus eller DPS.

Tabell 6.5 Er det etablert ansvarsgruppe for denne pasienten, menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn		Kvinner		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Har ansvarsgruppe	396	41	306	30	702	35
Har ikke ansvarsgruppe	494	51	632	61	1 126	56
Vet ikke	71	7	96	9	167	8
Totalt	961	100	1 034	100	1 995	100

Andelen som har ansvarsgruppe avtar med alder og det er signifikante forskjeller mellom noen av aldersgruppene.

Tabell 6.6 Er det etablert ansvarsgruppe for denne pasienten, aldersgrupper. Pasientkartleggingen 2012.

	Har ansvarsgruppe	Har ikke ansvarsgruppe	Vet ikke	Totalt	Antall pasienter
18-23 år	39	54	7	100	316
24-29 år	44	49	8	100	311
30-39 år	44	49	7	100	443
40-49 år	35	55	10	100	338
50-59 år	28	61	11	100	274
60-69 år	20	70	10	100	163
70 år og eldre	13	80	7	100	149
Antall pasienter	703	1 125	166		1 994

Tabell 6.7 Er det etablert ansvarsgruppe for denne pasienten, diagnose. Prosent av alle pasienter. Pasientkartleggingen 2012.

	Har ansvarsgruppe	Har ikke ansvarsgruppe	Vet ikke	Totalt	Antall pasienter
Andre diagnoser	23	58	19	100	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	40	42	18	100	1 028
Totalt	35	56	8	100	2 126

Tabell 6.8 Er det etablert ansvarsgruppe for denne pasienten, type institusjon. Pasientkartleggingen 2012.

	Har ansvarsgruppe	Har ikke ansvarsgruppe	Vet ikke	Totalt	Antall pasienter
Sykehus	33	58	9	100	1 307
DPS	34	58	8	100	652
Annen døgninstitusjon	81	15	4	100	85
Totalt	35	56	8	100	2 044

6.3 Koordinator

Det er spurt om det er oppnevnt en koordinator for tilbudet til denne pasienten.

33 prosent av pasientene har fått oppnevnt en koordinator, men blant de med de mest alvorlige psykiske lidelsene er andelen 41 prosent.

I 2007 hadde 77 prosent av pasientene med en etablert individuell plan en koordinator med en overordnet funksjon i forhold til pasientens samlede behandlingstilbud. I 2012 er en betydelig lavere andel som har fått utarbeidet IP, men blant disse (er utarbeidet IP) er det 81 prosent som har koordinator.

Tabell 6.9 Er det oppnevnt koordinator for denne pasienten, menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2012.

	Menn	Kvinner	Total
Har oppnevnt koordinator	38	28	33
Har ikke fått oppnevnt koordinator	51	60	56
Vet ikke	11	12	12
Totalt	100	100	100
Antall pasienter	974	1 040	2 014

Tabell 6.10 Er det oppnevnt koordinator for denne pasienten, aldersgrupper. Pasientkartleggingen 2012.

	Har oppnevnt koordinator	Har ikke fått oppnevnt koordinator	Vet ikke	Totalt	Antall pasienter
18-23 år	36	53	10	100	318
24-29 år	38	52	11	100	311
30-39 år	39	51	10	100	446
40-49 år	32	56	12	100	341
50-59 år	32	55	13	100	281
60-69 år	19	64	17	100	166
70 år og eldre	14	76	10	100	152
Totalt	33	56	11	100	2 015

Tabell 6.11 Er det oppnevnt koordinator for denne pasienten, diagnose. Pasientkartleggingen 2012.

	Andre diagnoser	Alvorlig psykisk diagnose	Alle
Har oppnevnt koordinator	25	41	33
Har ikke fått oppnevnt koordinator	65	46	56
Vet ikke	10	12	11
Totalt	100	100	100
Antall pasienter	971	931	1 902

Tabell 6.12 Er det oppnevnt koordinator for denne pasienten, type institusjon. Pasientkartleggingen 2012.

	Sykehus	DPS	Annen institusjon	Alle
Har oppnevnt koordinator	30	33	74	33
Har ikke fått oppnevnt koordinator	57	58	15	56
Vet ikke	13	9	11	12
Totalt	100	100	100	300
Antall pasienter	1 314	667	84	2 065

6.4 Oppsummering

Det er utarbeidet, eller er under utarbeidelse en individuell plan for 37 prosent av døgnpasientene i psykisk helsevern. For 13 prosent av pasientene er det ikke aktuelt med individuell plan, og syv prosent av pasienten ønsker ikke individuell plan. I 2007 hadde 53 prosent en individuell plan, så andelen har klart gått ned de siste årene.

35 prosent av pasientene som mottar døgnbehandling i PHV har fått etablert ansvarsgruppe. 62 prosent av pasientene som har ansvarsgruppe, har alvorlig psykisk lidelser og det er ikke forskjeller i andel med ansvarsgruppe blant pasienter innlagt etter om de er innlagt i sykehus eller DPS.

33 prosent av pasientene har fått oppnevnt en koordinator, men blant de med de mest alvorlige psykiske lidelsene er andelen 41 prosent. Blant de som har IP, har 81 prosent en koordinator.

7 Barn av psykisk syke

I 2009 vedtok Stortinget bl.a. endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta informasjons- og oppfølgingsbehovet til mindreårige barn som pårørende. I tillegg ble det lovfestet at spesialisthelsetjenesten skal ha barneansvarlig personell som skal sikre at barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde personer får oppfølging. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a pålegger alle helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell.

Pasienter med omsorg for barn skal gis høyere prioritet jf. retningslinjer for rett til prioritert helsehjelp (prioriteringsveilederen psykisk helsevern). Kartlegging av omsorg for pasienters barn og deres situasjon skal være en del av rutinen ved oppfølging av psykisk syke.⁸

Folkehelseinstituttet har beregnet at det totalt er 290 000 barn som har en eller to foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk som er så alvorlig at det går ut over måten foreldrene fungerer i hverdagen (Torvik og Rognmo 2011).

I forrige pasientkartlegging i døgninstitusjoner i psykisk helsevern (se kapittel 9 i Lilleeng et al., 2009), ble det funnet at 13 prosent av pasientene som var innlagt i psykisk helsevern har omsorg for barn under 18 år. Det ble da beregnet at hver dag er det om lag 1000 barn som har en forelder som er innlagt ved en psykiatrisk avdeling (ibid).

Forskning fra Finland har vist at det er betydelige overføringer av ulemper fra foreldre til barn også i moderne velferdsstater, og at det derfor er svært viktig å sørge for at barn av psykisk syke selv får gjennomført utdanning (Mäki og Martikainen 2009). Både helseadferd og kompetanse tilegnes ofte i ungdomstiden, og å ta utdanning er funnet å redusere risikoen for selvmord i alkoholpåvirket tilstand (Molarius et al. 2009). Fokus på foreldre/omsorgsfunksjon, styrking av denne og tilrettelegging for å ta imot hjelp og avlastning i omsorgsfunksjonen ved behov, bør være standard tilnærming i behandlingen av alle psykisk syke med barn (Alnes 2011).

⁸ Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Kapittel 2 §10a. www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-064-002.html#10a (9.6.2011).

7.1 Andel pasienter med omsorg for barn og unge

Som tabellen under viser, er det ingen endring i andel pasienter i psykisk helsevern som har omsorg for barn og unge, fra 2007 til 2012.

Tabell 7.1 Andel pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med omsorg for barn og unge. Pasientkartleggingen 2007 og 2012

	2007	2012
Menn	9	9
Kvinner	17	17
Totalt	13	13
Antall pasienter	455	297

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

Det er spurt om det er satt i verk tiltak for oppfølging av barna både i 2007- og i 2012-kartleggingen. I 2007 var kategoriene "Ja", "Nei" og "Vet ikke". I 2012 differensierte vi på "Nei, ikke behov" og "Nei, men behov" for å få frem udekkede behov.

Tabell 7.2 Forekomst av tiltak for oppfølging av barn. Pasienter med omsorg for barn under 18 år. Pasientkartleggingen 2007, 2012

	Menn		Kvinner		Totalt	
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
Ja	30	47	57	51	49	50
Nei, ikke behov	47	46	28	42	34	44
Nei, men behov		4		5		5
Vet ikke	22	2	15	2	17	2
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter	139	97	313	185	455	282

Som vi ser fra tabellen over, at det totalt sett er en like stor andel av pasientene med omsorg for barn der barna får oppfølging i 2007 og 2012 (hhv 49 og 50 prosent). 5 prosent av de som ikke får oppfølging, ser ut til å ha behov for oppfølging. Andelen som svarer "Vet ikke" har gått betydelig ned fra 2007 til 2012 og dette tyder på at politiske beslutninger som førte til lovendringer og presiseringer, har hatt betydning for fokuset på oppfølging av barn av psykisk syke i psykisk helsevern. Det er særlig barn av mannlige pasienter som i større grad følges opp, mens vi ser en nedgang i andel blant kvinner. Fordi det ikke er mange som svarer at barn ikke følges opp, men at det er behov for det, kan det hende at oppfølgingen er mer målrettet enn tidligere.

Vi har ikke kartlagt årsaken til at 5 prosent av pasientene ikke får oppfølgingstiltak av sine barn, men dette kan for eksempel handle om ungdom som ikke ønsker å følges opp.

7.3 Hvem følger opp barna?

I 2012 kartla vi også hvem som følger opp barna. Det kan krysses av for flere aktører. Andel av totalt antall pasienter i utvalget er vist i neste tabell. Det vanligste er at barnevernet følger opp barna og dette gjelder for 45 prosent av pasientene med omsorg for barn under 18 år. Psykisk helsevern for voksne, følger opp 21 prosent av pasientenes barn, mens BUP er inne i tre prosent av tilfellene og PPT skole i 5 prosent.

Tabell 7.3 Hvem følger opp barna? Pasientkartleggingen 2012

	Menn	Kvinner	Totalt
Barnevern	37	49	45
Familievernkontor	10	15	13
PPT/skole	6	4	5
BUP	2	3	3
VOP	20	21	21
Annet	39	31	34
Antall pasienter	97	185	282

7.4 Pasienter med omsorg for barn og sosioøkonomisk status

For noen variabler kan vi se på utviklingen i forhold til forrige pasientkartlegging i 2007 (andel med alvorlig psykisk lidelse, andel yngre enn 30 år og andel gift eller samboere).

Tabell 7.4 viser andel av alle pasienter. Det er ikke store endringer i andel pasienter med omsorg for barn i forhold til diagnose, men det er en litt lavere andel av de under 30 år som har omsorg for barn, både blant kvinner og menn. Det er også en økning i andel gifte eller samboere med omsorg for barn i pasientpopulasjonen fra 2007 til 2012.

Tabell 7.4 Andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser⁹(SMI), andel pasienter yngre enn 30 år og andel gifte/samboende. Pasienter med eller uten omsorg for barn under 18 år. Kvinner og menn. Pasientkartleggingen i 2007 og 2012.

		SMI		Andel yngre enn 30 år		Andel gift eller samboere	
		2007	2012	2007	2012	2007	2012
Pasienter med omsorg for barn	Menn	36	40	10	7	60	64
	Kvinner	26	28	17	11	55	62
Pasienter som ikke har omsorg for barn	Menn	62	59	31	35	10	10
	Kvinner	46	41	27	31	20	20

⁹ Alvorlige psykiske lidelser er her definert ved forekomst av ICD10 kodene F20, F22-F29, F30-F31 som hoveddiagnose. I denne avgrensningen er schizofrenier, paranoide lidelser, psykoser og maniske tilstander vektlagt mens personlighetsforstyrrelser er holdt utenfor. Dette er en pasientgruppe som representerer de mest alvorlig syke i det psykiske helsevernet.

7.5 Oppsummering

Det er ingen endring i andel pasienter i psykisk helsevern som har omsorg for barn og unge, fra 2007 til 2012. Det er heller ikke endring i andel av pasientene med omsorg for barn der barna får oppfølging fra 2007 til 2012, men vi vet nå at 44 prosent ikke har behov for oppfølging og at det er et udekket behov for oppfølging for minst 5 prosent av barn av psykisk syke som er innlagt i døgninstitusjoner. Andelen som svarer "Vet ikke" har gått betydelig ned fra 2007 til 2012 og dette tyder på at politiske beslutninger som førte til lovendringer og presiseringer, har hatt betydning for fokuset på oppfølging av barn av psykisk syke i psykisk helsevern. Det er særlig barn av mannlige pasienter som i større grad følges opp i 2012 sammenliknet med 2007, mens vi ser en nedgang i andelen blant kvinner. Fordi det ikke er få som svarer at barn ikke følges opp selv om det er behov for det, kan dette tyde på at oppfølgingen er mer målrettet enn tidligere. Datagrunnlaget vårt kan ikke si noe om innholdet og kvaliteten i hjelpen som barn av psykisk syke får fra barnevern og andre.

8 Pasienter med opprinnelse utenfor Norge

I dette kapitlet ser vi på pasienter med opprinnelse utenfor Norge. Vi ser først på pasienter som er asylsøkere og flykninger.

8.1 Asylsøkere/flykninger

8.1.1 Innledning

Asylsøkere er personer som er utsatt for forfølgelse og overgrep i sine hjemland og som søker asyl i et annet land. 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.'*¹⁰

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.

8.1.2 Pasienter med asylsøkerstatus

Blant døgnpasientene er kun 1 prosent angitt som asylsøkere i registreringen i 2007. I 2012 var andelen fortsatt bare 1.3 prosent. Omfanget av døgntilbud til denne pasientgruppen må i alle fall kunne sies å være beskjedent i forhold til det omfang av asylsøknader som behandles i Norge og i forhold til de belastninger som denne gruppen har vært utsatt for.

8.1.3 Pasienter med flyktningstatus

Omfanget av pasienter som er flykninger er også beskjedent. I 2007 var 2.3 prosent av døgnpasientene flykninger, mens i 2012 var andelen 1.7.

Det er også svært få pasienter som har fått endelig avslag på opphold (0,5 prosent).

8.2 Pasienter som er født utenfor Norge

Selv om det er få pasienter som har status som asylsøker eller flykning, er det mange som er født utenfor Norge i pasientpopulasjonen. 10 prosent av pasientene har fødested utenfor Norge, og dette er samme andel som i 2007. Det er ikke betydelig endring i sammensetningen etter verdensdel (kun en pasient er født i Australia), men over tid ser vi en nedgang i andelen av pasientene som kommer fra Europa og en økning i andelen som kommer fra Asia.

¹⁰ <http://www.udi.no/defaultRedesign.aspx?id=30>

Tabell 8.1 Pasienter med oppvekstland (1999/2003) og fødeland (2007/2012) utenfor Norge fordelt etter verdensdel og omfanget totalt (andel pasienter i prosent). Pasientkartleggingen 1999, 2003 og 2007.

Fordelingen mellom verdensdelene	1999	2003	2007	2012
Europa	47	42	35	35
Amerika	6	6	8	10
Asia	27	36	35	37
Afrika	13	16	22	18
Andel pasienter totalt med oppvekst-/fødeland utenfor Norge	4	6	10	10
Totalt (N)	5 108	4 200	3 505	2 358
Manglende informasjon om oppvekst-/fødeland	625	513	544	463

Tabell 8.2 Kjennetegn ved pasienten etter fødested

		Andel med SMI	Median alder	Andel innlagt på akuttavdeling	Andel innlagt på sikkerhetsavdeling
Menn	Født i Norge	56	37	21	10
Menn	Født utenfor Norge	62	32	19	19
Kvinner	Født i Norge	39	42	19	2
Kvinner	Født utenfor Norge	44	36	22	1

Basert på Helseundersøkelsen i Oslo er det funnet at innvandrere med opprinnelse fra lavinntektsland, i større grad har psykiske helseproblemer (Lundin og Hemmingsson 2009). Gjennom å bestille detaljerte befolkningsdata fra SSB, kan det undersøkes om det er underforbruk av psykiske helseverntjenester fra noen innvandrergupper.

8.3 Oppsummering

Det er få flykninger og asylsøkere i pasientpopulasjonen, 1-2 prosent, og dette er relativt uendret fra 2007. Hvorvidt dette betyr at det er mange med udekkede behov blant flykninger og asylsøkere, kan ikke denne kartleggingen svare på.

10 prosent av pasientene er født utenfor Norge, og andelen var den samme i 2007, mens andelen i 1999 var fire prosent. Fra 1999 til i dag, ser vi en økning i andel pasienter som kommer fra Asia og en nedgang i andelen som kommer fra Europa. De som er født utenfor Norge har oftere enn alvorlig psykisk diagnose og er noe yngre, sammenliknet med de som er født i Norge. Mannlige pasienter født utenfor Norge er i større grad innlagt på sikkerhetsavdeling, 19 prosent mot 10 prosent. Få kvinner er innlagt på sikkerhetsavdelinger, og andelen er lavere blant kvinnene som er født utenfor Norge, enn kvinner født i Norge.

9 Bruk av tvang

Det har vært en målsetting å redusere omfanget av tvangsbruk innenfor det psykiske helsevernet. Sosial- og helsedirektoratet publiserte i 2006 en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. På bakgrunn av Bernt-gruppens og Helsedirektoratets tilråding om nye og forsterkede tiltak varslet Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet for 2010 at det skulle etableres en nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, bestående av lokal, regional og nasjonal plandel. Satsingen ble fulgt opp i Oppdragsdokument til regionale foretakene for 2010. Den nasjonale strategien, "Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)" ble publisert av departementet i juli 2012 (Helsedirektoratet, 2012 – Samdata-rapport IS-2035).

Helsedirektoratet har beregnet at 18 prosent av alle innleggelse i det psykiske helsevernet for voksne er tvangsinnleggelse. Andelen beregnes til å være relativt stabil fra 2010 til 2012. Halvparten av tvangsinnleggelsene var en innleggelse til tvungen observasjon, og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ble vurdert å være nødvendig for én av fire observasjonsopphold.

Forskning fra Norge har vist at sannsynligheten for å bli tvangsinnlagt både handler om alvorlighetsgraden av de psykiatriske symptomene og faktorer rundt pasienten (Hustoft et al. 2013). Faktorer som øker risikoen for tvangsinnleggelse er å være mann, ha rusmisbruk, kontakt med fastlegen sin, aggressiv adferd, lavt nivå på sosial fungering og manglende motivasjon (ibid).

En studie fra Norge viste at bruk av tvang har sammenheng med personlighet og verdier blant de som arbeider i psykisk helsevern (Husum et al. 2011). En annen studie fra Norge viste derimot at personell på ulike psykiatriske avdelinger vurderte behov for bruk av tvang relativt likt når de vurderte samme case (Wynn, Kvalvik, og Hynnekleiv 2011).

9.1 Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

Pasientkartleggingene identifiserer omfanget av tvungent psykisk helsevern gjennom registrering av spesialistvedtak ved henholdsvis behandlingsstart og på registreringstidspunktet. Vedtaket kan, med få unntak, bare endres fra tvang til frivillighet¹¹, og det vil derfor være flere vedtak om tvang ved behandlingsstart enn på registreringstidspunktet.

Pasienter med vedtak om frivillig opphold eller frivillig kontrakt regnes som frivillig innlagt. I 2012 var 62 prosent av pasientene ved innleggelse og 67 prosent på registreringstidspunktet frivillig innlagt, se tabell 10.2.

Pasienter med andre typer spesialistvedtak defineres som tvangsinnlagt. 1 prosent av vedtakene er andre typer vedtak enn tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern eller dom ved innleggelse.

¹¹ Fra 1. januar 2007 kan pasienter unntaksvis overføres fra frivillig til tvungen behandling.

Tabell 9.1 Spesialistvedtak ved innleggelse- og nåværende status. Pasientkartleggingen 2012

	Ved innleggelse		På registreringstidspunktet	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Frivillig innleggelse	1 271	60	1 273	65
Frivillig kontrakt (§ 2-2)	52	2	47	2
Tvungen observasjon (§ 3-2)	260	12	32	2
Tvungent psykisk helsevern (§ 3-3)	482	23	535	27
Dømt til psykisk helsevern (Straffeloven § 39)	51	2	69	4
Annen lovhjemmel	11	1	9	0
Totalt	2 127	100	1 965	100

46 prosent av de mannlige pasientene er tvangsinnlagt, mens 29 prosent av de kvinnelige pasientene er tvangsinnlagt.

Tabell 9.2 Spesialistvedtak ved innleggelse etter type institusjon. Prosent. Pasientkartleggingen 2012

	Sykehus	DPS	Annen døgninstitusjon	Totalt
Frivillig innleggelse	49	80	63	60
Frivillig kontrakt (§ 2-2)	1	5	3	2
Tvungen observasjon (§ 3-2)	16	6	3	12
Tvungent psykisk helsevern (§ 3-3)	29	10	29	23
Dømt til psykisk helsevern (Straffeloven § 39)	4	0	1	2
Annen lovhjemmel	1	0	1	1
Totalt	100	100	100	100
Antall pasienter	1 366	682	79	2 127
Ikke oppgitt spesialistvedtak	126	94	11	231

Det er langt vanligere med tvangsinnleggelse i sykehus enn i DPS-er. I sykehusene er halvparten av pasientene tvangsinnlagt eller har dom. I DPS-ene er andelen 16 prosent. Sikkerhetsavdelingene tilhører sykehusene.

I fremstillingen som følger, skilles det mellom frivillig- og tvangsinnlagte pasienter (heretter omtalt som tvangsinnlagt/innlagt til tvungent vern).

Tabell 9.3 Vedtak om tvungent vern ved behandlingsstart og på registreringstidspunktet ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Prosent av innlagte pasienter. Pasientkartleggingen 1999, 2003, 2007 og 2012.

	1999	2003	2007	2012
Tvang ved behandlingsstart	44	36	37	38
Tvang på registreringstidspunktet	33	27	29	33
Antall pasienter	5 084	4 200	3 505	2 358

Andelen av pasientene tilbakeholdt under tvang ble redusert fra 1999 til 2003, men har deretter holdt seg relativt stabil. Andel med tvangsvedtak på registreringstidspunktet var i 2012 på 33 prosent. Dette er en økning fra 2007, men samme andel som i 1999. Dette kan skyldes at DPS-ene er underrepresentert i 2012 (se kapittel 3.5), slik at andelen med tvangsvedtak er overestimert.

9.2 Tilleggskriterier

For å kunne tilbakeholdes under tvungent psykisk helsevern må pasienten, i tillegg til å ha en alvorlig sinnslidelse, også oppfylle enten behandlingskriteriet og/eller farekriteriet. Fram til 2001 gjaldt også overlastkriteriet.

Pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for:

- Eget liv/helse
 - Andres liv/helse
- } Farekriteriet
- Utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres betydelig
 - Stor sannsynlighet for vesentlig forverret tilstand
- } Behandlingskriteriet

Av pasientene som har tvangsvedtak ved innleggelse, er det aller flest som har vedtak fordi de uten behandling har dårlige utsikter til å bli bedre, eller at de har stor sannsynlighet for å få forverret tilstand. Hver tredje tvangsinnlagte døgnpasient har vedtaket fordi de utgjør en fare for eget liv og helse, mens hver fjerde utgjør en fare for andres liv og helse.

Tabell 9.4 Ved innleggelse til tvungent psykisk helsevern, var følgende tilleggskriterier (§ 3-3) tilstede, 2012

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Eget liv/helse	141	30	117	38	269	33
Andres liv/helse	165	35	27	9	198	25
Utsikt til helbredelse/vesentl. bedring reduseres betydelig	295	63	193	63	510	63
Stor sannsynlighet for vesentlig forverret tilstand	227	49	152	49	392	49
Antall tvangsinnlagte pasienter	468		308		804	

Kvinner har større sannsynlighet for å være tvangsinnlagt med begrunnelse om fare for eget liv, men menn har helt klart større sannsynlighet for å være til fare for andre. 35 prosent av mannlige pasienter som er tvangsinnlagt, er det fordi de vurderes å utgjøre en fare for andres liv og helse, mens dette gjelder 9 prosent av de kvinnelige tvangsinnlagte pasientene.

I neste tabell har vi beregnet antall pasienter etter forekomst av ulike tilleggskriterier, betinget på at pasienten har tvangsvedtak på registreringstidspunktet heller enn innleggelsestidspunktet for å få komparative anslag med tidligere kartlegginger.

Tabell 9.5 Beregning av antall pasienter etter forekomst av ulike tilleggskriteriet. Pasientkartleggingen 2012

	Antall pasienter betinget på tvangsvedtak på registreringstidspunktet	Antall pasienter som oppfyller begge kravene i hhv. fare- og behandlingskriteriet	Unike pasienter (antall og andel)	
Eget liv/helse	207	71	319	49
Andres liv/helse	183			
Utsikt til helbredelse/vesentl. bedring reduseres betydelig	418	271	480	74
Stor sannsynlighet for vesentlig forverret tilstand	333			
Antall pasienter ikke frivillig innlagt på registreringstidspunktet	645		645	

Overlastkriteriet var tidligere det dominerende tilleggskriteriet, og ved registreringene i 1989 og i 1994 oppfylte over 2/3 av de tvangsinnlagte dette kriteriet. Andelen som oppfyller kriteriet har avtatt vesentlig over tid, også i perioden før 1999. Fra 2001 ble kriteriet avskaffet.

Tabellen under viser andel pasienter under tvungent vern på registreringstidspunktet som oppfyller hvert av tilleggskriteriene ved innleggelse. Andel pasienter som oppfyller tilleggskriteriene økte i perioden 1999 – 2007, men er lavere i 2012.

Tabell 9.6 Forekomst av ulike tilleggskriteriet. Prosent av pasienter med vedtak om tvungent vern på registreringstidspunktet. Pasientkartleggingen 1999, 2003 og 2007.

	1999	2003 ¹	2007 ²	2012 ³
Farekriteriet	39	50	57	49
Behandlingskriteriet	63	81	85	74
Overlastkriteriet	65	21	0	
Antall pasienter	1 364	999	758	535
Herav manglende tilleggskriterium (n)	140	110	95	41

Kilde 1999-2007: Pedersen og Bjerkan (2008)

- 1) Bruk av overlastkriteriet gjelder pasienter innlagt før 2001.
- 2) Tallene for 2007 er justert pga etterregistrerte skjema.
- 3) Beregnet ut i fra alle som ikke er frivillig innlagt på registreringstidspunktet

9.3 Tvangsmidler

Pasientregistreringene frem til og med 1999 gir bare informasjon om mekaniske tvangsmidler. For 2003, 2007 og 2012 ble også omfanget av korttidsvirkende legemidler og isolasjon registrert. Opplysninger om holding¹² og skjerming¹³ er bare registrert for 2007 og 2012. Ved registreringene ble det spurt om bruk av tvangsmidler siste tre måneder. Andel pasienter utsatt for det enkelte tvangsmiddel og skjerming er vist i tabellen under.

Tabell 9.7 Døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne utsatt for bruk av tvangsmidler og skjerming siste tre måneder. Andel i prosent. Pasientkartleggingen 1999, 2003, 2007 og 2012.

	1999	2003	2007	2012
Mekaniske tvangsmidler	3,7	3,4	4,6	4,6
Korttidsvirkende legemidler	Ikke tilgjengelige tall	3,8	5,4	5,3
Isolering	Ikke tilgjengelige tall	3,3	3,1	2,4
Holding	Ikke regulert som tvangsmiddel		4,7	4,9
Vedtak om skjerming	Ikke tilgjengelige tall	Ikke tilgjengelige tall	8,2	10,3
Skjerming uten vedtak	Ikke tilgjengelige tall	Ikke tilgjengelige tall	6	4,3
Antall pasienter	5 084	4 200	3 505	2 358

Tabellen bekrefter resultatene fra andre undersøkelser, som viser at det er en relativt liten andel pasienter som utsettes for bruk av tvangsmidler (Bremnes, Hatling, og Bjørngaard 2008, Pedersen, Røhme, og Hatling 2007). Andel av pasientene som ble utsatt for mekaniske tvangsmidler, ble redusert fra 1999 til 2003, men økte igjen fra 2003 til 2007 og er stabil fra 2007 til 2012. Bruken av korttidsvirkende legemidler har økt fra 2003 til 2007, men stabilt fra 2007. Bruken av isolering er redusert gjennom hele perioden. Det er noen flere som har vedtak om skjerming og færre som har skjerming uten vedtak i 2012 enn i 2007.

9.4 Tvangsbehandling

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje når samtykke er forsøkt oppnådd eller hvis det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Det skal også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Videre kan vedtak om tvangsbehandling kun fattes overfor pasienter med vedtak eller dom om tvungent psykisk helsevern. Pasientkartleggingen i 1999 gir ikke informasjon om vedtak om

¹² Regulert fra 1.januar 2007.

¹³ Skjerming skal reguleres, men er ikke definert som et tvangsmiddel (jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-99). Høringsuttalelser og Departementets egne drøftinger viser likevel at det er elementer av tvang i dette tiltaket. I forbindelse med revisjonen i 2006 (gjeldende fra 1. jan 2007) ble det stilt krav om at skjermingstiltak over 24 (12) timer (tidligere 48 timer) skulle vedtaksfestes, samt utarbeidet forskrifter for skjerming (FOR 2006-12-15 nr. 1423). Dersom pasienten blir overført til skjermet enhet eller liknende, og dette innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes over 12 timer. Det skal også gies klageadgang på linje med bruk av tvangsmidler.

tvangsbehandling. Ved registreringen ble det spurt om vedtak om tvangsbehandling siste tre måneder¹⁴. Omfanget presenteres i tabellen under.

Tabell 9.8 Døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne med vedtak om tvangsbehandling siste tre måneder. Andel av pasienter tvangsinnlagt ved behandlingsstart. Pasientkartleggingen 2003, 2007 og 2012.

	2003	2007	2012*
Legemidler	19	26	27
Ernæring	Ikke tilgjengelig	1	1
Annet	8	3	2
Étt eller flere typer vedtak	24	29	29
Antall pasienter med vedtak om tvang ved behandlingsstart	1 510	1 301	804

* betinget på annet enn frivillig som spesialistvedtak ved innleggelse

Det er altså 27 prosent av pasientene som er tvangsinnlagt som er tvangsmedisinert i løpet av de tre siste månedene. Som vist i neste tabell, er andelen marginalt høyere på DPS-er enn ved sykehus, og skjevheten i utvalget med overrepresentasjon av sykehusavdelinger i forhold til DPS-er, påvirker dermed ikke i særlig grad anslaget.

Tabell 9.9 Døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne med vedtak om tvangsbehandling siste tre måneder. Andel av pasienter tvangsinnlagt ved behandlingsstart, etter type institusjon

	Sykehus	DPS	Annen institusjon	Totalt
Legemiddelbehandling	28	30	19	27
Ernæring	1	0	0	1
Annen behandling	2	1	0	2
Totalt antall pasienter tvangsinnlagt ved behandlingsstart	672	105	27	804

Det er 221 pasienter i utvalget som tvangsmedisineres. Dette utgjør 9 prosent av alle pasientene.

¹⁴ For 2007-registreringen, er det ikke samsvar mellom vedtak om tvangsbehandling og legal status for 33 pasienter. Det samme gjelder for 46 pasienter i 2003. Dette antas å være feilregistrering av vedtak om tvangsbehandling. Disse holdes derfor utenfor analysene.

9.5 Oppsummering

Pasienter med vedtak om frivillig opphold eller frivillig kontrakt regnes som frivillig innlagt. I 2012 var 62 prosent av pasientene frivillig innlagt. Pasienter med andre typer spesialistvedtak defineres som tvangsinnlagt og 38 prosent av pasientene var tvangsinnlagt i 2012. 46 prosent av de mannlige pasientene er tvangsinnlagt, mens 29 prosent av de kvinnelige pasientene er tvangsinnlagt.

Andelen som er tvangsinnlagt er relativt stabil over tid, men gikk særlig ned fra 1999 til 2003. Det er en større andel tvangsinnleggelse i sykehusene enn i DPS-ene, og dette har sammenheng med at akuttavdelingene og sikkerhetsavdelingene er organisert under sykehusene.

Årsaken til at tvangsinnleggelse var nødvendig, er som oftest at uten tvangsinnleggelse er det stor fare for at pasienten blir sykere (behandlingskriteriet). Tre av fire pasienter er tvangsinnlagt med etter behandlingskriteriet. Hver tredje tvangsinnlagte døgnpasient har vedtaket fordi de utgjør en fare for eget liv og helse, mens hver fjerde utgjør en fare for andres liv og helse. Andel pasienter som er tvangsinnlagt fordi de utgjør en fare for andres liv eller helse, er 35 prosent blant de mannlige tvangsinnlagte pasientene og 9 prosent blant de kvinnelige tvangsinnlagte pasientene.

Mekaniske tvangsmidler (reiming), er brukt på rundt 4,6 prosent av pasientene, mens kortidsvirkende legemidler er benyttet på 5,3 prosent av pasientene. Det er lite endring siden 2007. Isolering er brukt på 2,4 prosent av pasientene og dette er en nedgang fra 2007. Holding er brukt på 4,9 prosent av pasientene i 2012 en svak økning fra 2007. 10,3 prosent har fått vedtak om skjerming, mens 4,3 har vært utsatt for skjerming uten vedtak. Skjerming med vedtak har økt fra 2007, mens skjerming uten vedtak har gått ned.

27 prosent av pasientene som er tvangsinnlagt, har blitt tvangsmedisinert i løpet av de tre siste månedene. Dette utgjør en økning på ett prosentpoeng fra 2007. Bruken av annen tvangsbehandling (ernæring og annet) er lav (tre prosent), og er redusert med ett prosentpoeng siden 2007. Totalt fikk en like stor andel tvangsbehandling i døgninstitusjonene i psykisk helsevern i 2012, som i 2007 (29 prosent).

10 Benyttede tjenester før innleggelse

I dette kapitlet fremstiller vi grafisk hvilke tjenester døgnpasientene har mottatt i tiden før innleggelsen. I kartleggingsskjemaet er det spurt om tjenestetilbud i hver av de tolv månedene før kartleggingstidspunktet. I tillegg har vi dato for innleggelse. Basert på denne informasjonen, har vi beregnet hvilken tjeneste hver pasient mottok i månedene før innleggelsen. For de som er innlagt før 2012 har vi ikke informasjon om bruk av tjenester før innleggelse, og datagrunnlaget er dermed venstresensurert ved at vi ikke kjenner tjenestebruk før innleggelse for langtidspasientene. 11 prosent av pasientene er innlagt ved institusjonen før 2011 og det er disse som faller bort.

Det er i alt 29 tjenester som er kartlagt; 9 ulike spesialisthelsetjenester, 16 ulike kommunale tjenester og fire andre tjenester. For hver enkelt av disse tjenestene har vi beregnet hvor stor andel av pasientene som har mottatt tjenesten hver av de ti månedene før innleggelse. Vi ser først på hvordan pasientpopulasjonen fordeler seg på innleggelser det enkelte år, og så ser vi nærmere på pasientene som ble innlagt i 2012.

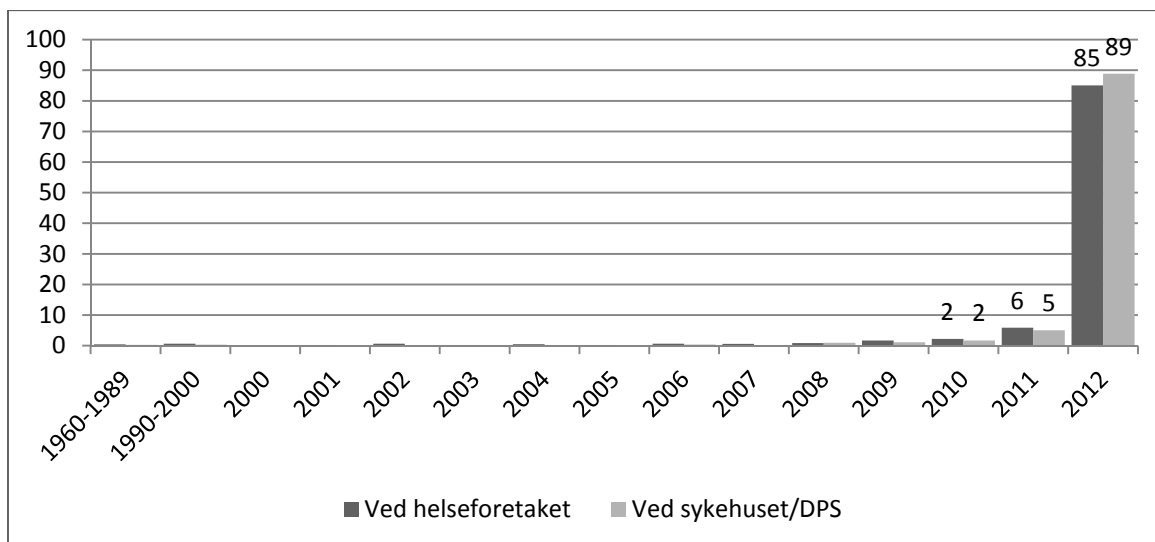
Vi har delt figurene i tre delkapitler, spesialisthelsetjenester (kapittel 10.2), kommunale tjenester (kapittel 10.3) og andre tjenester (kapittel 10.4). For hver av disse viser vi forskjeller i pasientandeler som har mottatt tilbudet fordelt på hhv kjønn, diagnose og type institusjon (sykehus eller DPS).

Vi ser først på hvordan pasientpopulasjonen fordeler seg på innleggelser det enkelte år, og hvilken måned pasientene ble innlagt på i 2012.

10.1 Innleggingstidspunkt

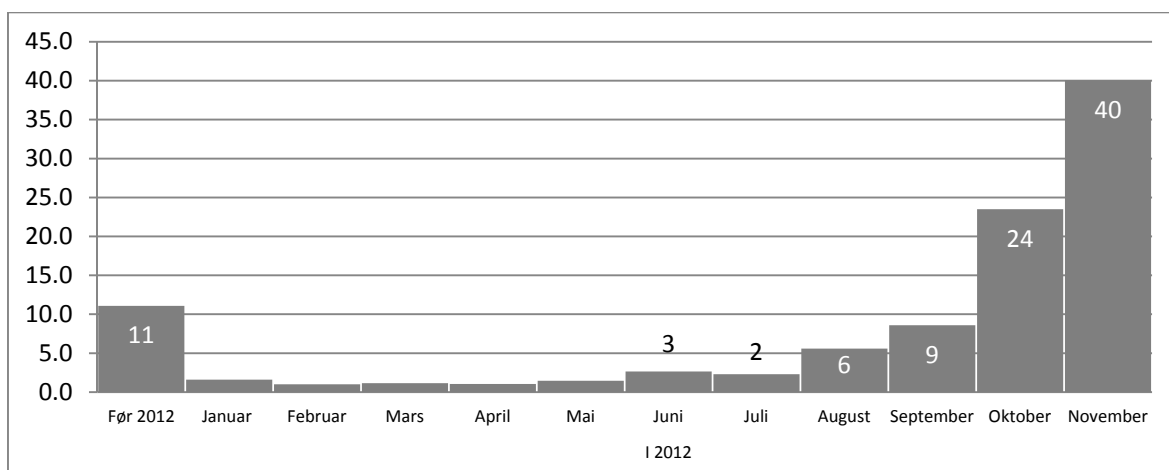
Vi har informasjon om dato hver pasient ble innlagt ved helseforetaket og ved sykehus- eller DPS-enheten som posten eller avdelingen tilhører. Ut i fra dette har vi beregnet hittil varighet (på kartleggingstidspunktet).

Figur 10.1 viser årstall for innleggelse (denne innleggelsen) ved hhv. helseforetaket og ved sykehuset eller DPS. Som vist, er det nært samsvar mellom innleggelse ved enheten og ved helseforetaket. Totalt er 7 prosent av pasientene innlagt 2009 eller tidligere ved helseforetaket, mens 4 prosent er innlagt i 2009 eller tidligere i sykehuset eller i DPS-et. Nærmere 90 prosent av pasientene er innlagt ved enheten eller avdelingen i 2012. Vi ser videre på disse.



Figur 10.1 Andel av pasientene innlagt ved helseforetaket eller ved sykehuset/DPS, år. Pasientkartleggingen 2012.

Som vist i figuren under, ble 40 prosent av pasientene lagt inn ved sykehuset eller DPS-et i november 2012, altså i kartleggingsmåneden. 24 prosent ble innlagt i oktober og 9 prosent i september. Innleggelsestidspunktet er altså relativt nært kartleggingstidspunktet for en stor andel av pasientene.

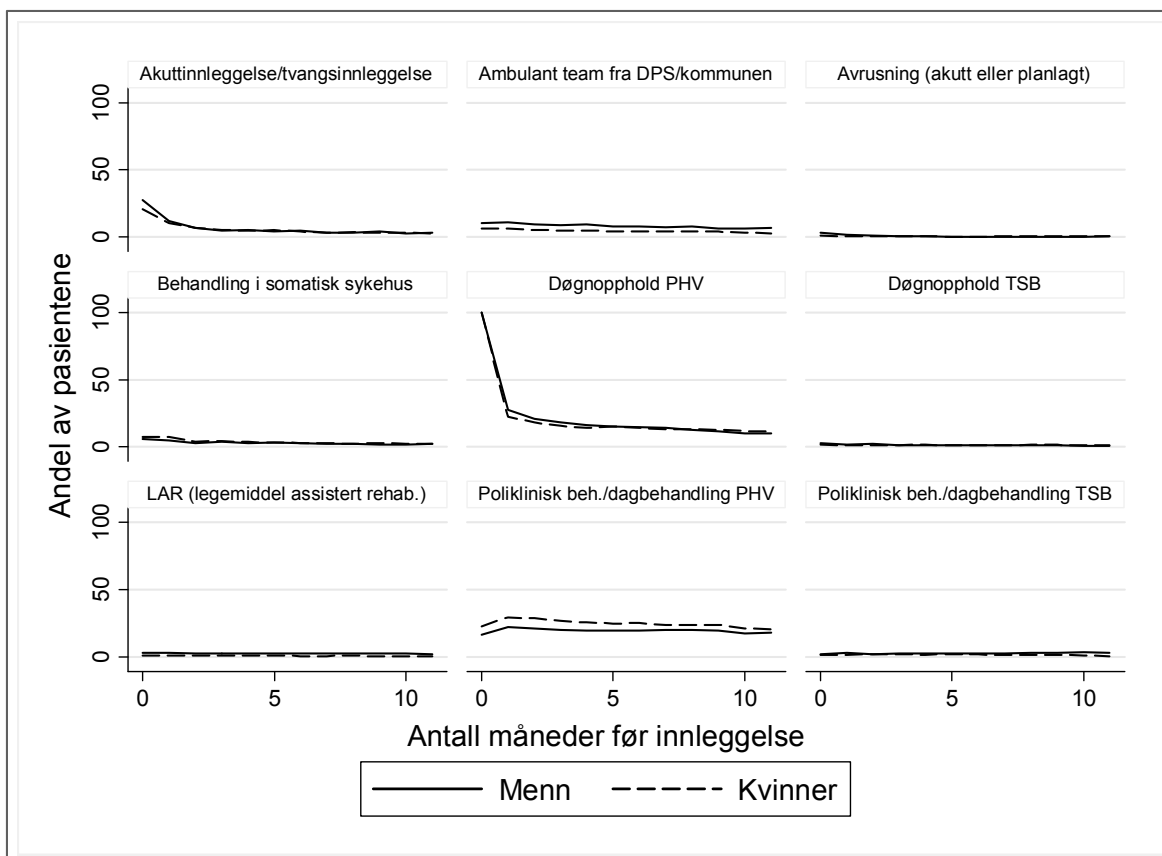


Figur 10.2 Andel av pasientene innlagt ved sykehuset/DPS, måned. Pasientkartleggingen 2012.

Det var særlig mange av de kartlagte pasientene som ble innlagt dagen før kartleggingstidspunktet. Vi har ikke undersøkt hvorvidt det skyldes at det er lettere å kartlegge de sist ankomne pasientene, eller om det var spesielt mange som ble innlagt mandag 19. november. Med kort liggetid, er det uansett sannsynlig at flere pasienter nylig har blitt lagt inn. For de som nylig er innlagt, kan det være vanskelig å fylle ut informasjon om tidligere tjenestebruk, fordi dette foreløpig ikke er tatt opp. Vi har likevel valgt å ta med alle pasientene, fordi utfyllingen kunne foregå til 14. desember slik at det burde være tid nok for å ha kartlagt de sist innlagte pasientene. 27 pasienter som er lagt inn etter tirsdag 20. november er kartlagt. Disse har vi tatt bort i dette kapittelet, men de inngår i resten av rapporten.

10.2 Spesialisthelsetjenester

Figur 10.3 viser at det er få av døgnpasientene som har fått tilbud andre steder i spesialisthelsetjenesten før innleggelsen, med unntak av poliklinisk behandling i psykisk helsevern. En økende andel pasienter har vært akuttinnlagt eller tvangsinnlagt jo nærmere innleggelsestidspunktet. Figuren i midten viser omtrent det samme som figur 10.2. Det er små kjønnsforskjeller, men det er en noe lavere andel kvinner som har fått hjelp fra ambulant team fra DPS/kommunen og en noe større andel kvinner som har fått poliklinisk behandling i månedene før innleggelsen.



Figur 10.3 Andel av alle pasientene som har fått ulike tilbud fra spesialisthelsetjenesten, antall måneder før innleggelse. Pasientkartleggingen 2012.

Når vi summerer tilbudene, fremkommer fordeling vist i neste tabell.

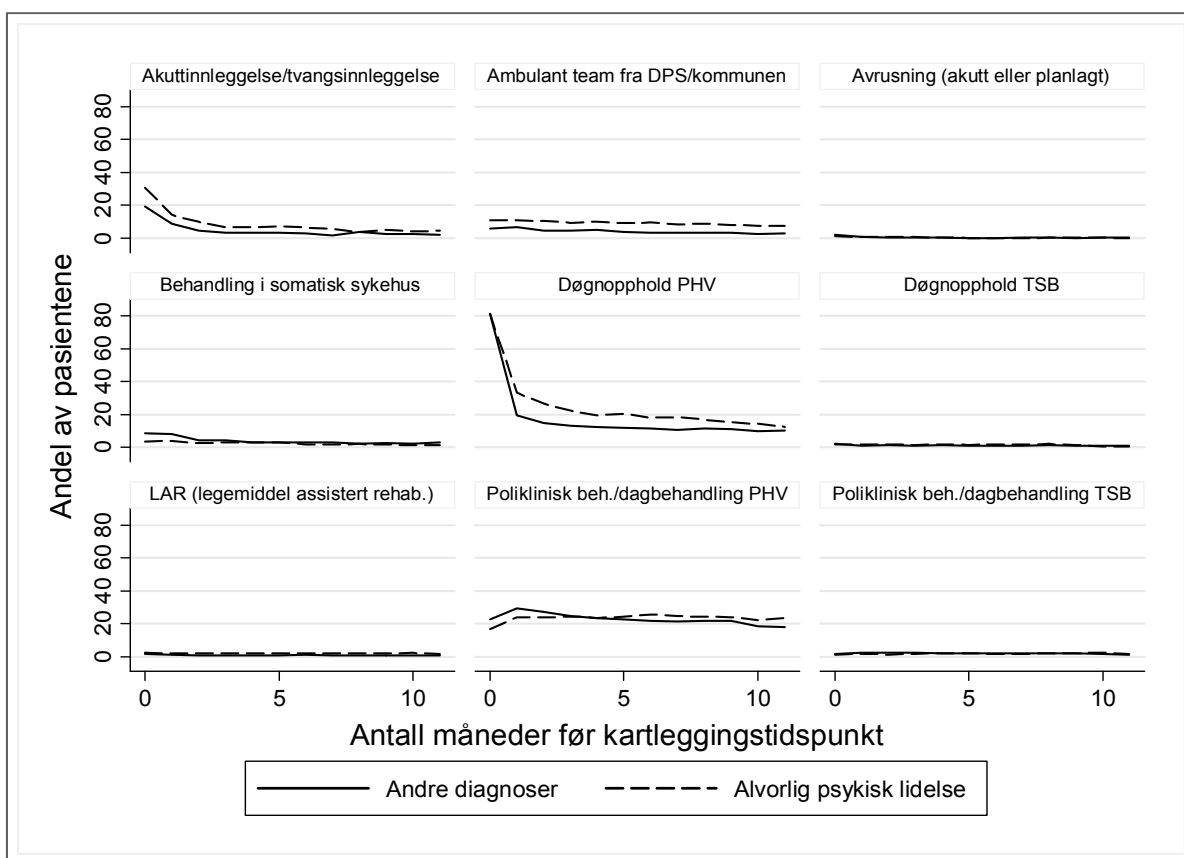
Tabell 10.1 Antall og andel pasienter etter hvor mange tilbud de har fått fra spesialisthelsetjenestene i månedene før innleggelsen. Pasientkartleggingen 2012.

	Antall	Andel
Ingen tilbud utenom døgn psykisk helsevern	477	27
Mindre enn 1 tilbud i snitt i månedene før innleggelse	960	54
1-2 tilbud i snitt i månedene før innleggelse	306	17
2-4 tilbud i snitt i månedene før innleggelse	39	2

Det er ikke mulig ut i fra dette å si noe om hvem som hadde hatt behov for et tilbud før innleggelsen, men ikke fått det.¹⁵ Vi finner at 27 prosent ikke har hatt andre tilbud enn døgntilbudet de har på innleggelsestidspunktet, mens litt over halvparten av pasientene har hatt mindre enn ett tilbud i gjennomsnitt i månedene før innleggelsen. Som vist i figuren over, er dette mest sannsynlig et poliklinisk tilbud i psykisk helsevern. 17 prosent av pasientene har hatt mellom ett og to andre tilbud enn døgnbehandling i måneden, mens to prosent av pasientene har hatt et omfattende tilbud.

Vi finner ikke betydelige forskjeller mellom ulike aldersgrupper i forhold til andelen som har fått tilbudet, med unntak av gruppen 70 år som i mindre grad enn yngre pasienter ser ut til å ha mottatt poliklinisk behandling før innleggelsen.

Som vist i neste figur, er det noen spesialisthelsetjenester som pasientene med de mest alvorlige psykiske diagnosene har høyere sannsynlighet for å ha mottatt i månedene før innleggelsen. Dette er akuttinnleggelser, tvangsinnleggelser, ambulant team og tidligere døgnopphold i psykisk helsevern. Det er generelt ikke veldig stor forskjell, men kanskje vil videre analyser vise at det er andre kjennetegn ved pasientene som er viktigere enn diagnose for at de skal ha kontakt med spesialisthelsetjenestene, for eksempel nettverk og kontakt med kommunale tjenester.



Figur 10.4 Andel av alle pasientene som har fått ulike tilbud fra spesialisthelsetjenesten, antall måneder før innleggelse. Pasientkartleggingen 2012.

¹⁵ Vi har med en variabel som sier noe om dette, men analysene må gjøres på enkeltjenester og er kompliserte. Det faller derfor utenfor denne rapportens rammer å gjøre videre analyser av behov. Sannsynligvis vil det være mest nyttig å studere tilfellene der det er oppgitt behov før innleggelse, uten at tilbudet er gitt.

Vi ser videre på bruk av de kommunale tjenestene i månedene før innleggelse i døgnbehandling i psykisk helsevern.

10.3 Kommunale tjenester

Det er generelt lite kunnskap om personer med psykiske lidelser som får tilbud kommunene. Datamaterialet gir ny og viktig informasjon om bruken av kommunale tjenester blant personer som er så syk at de får døgnbehandling i psykisk helsevern. Dette er altså ikke alle brukerne av kommunale tjenester, men de er en viktig målgruppe for de kommunale tjenestene. Hvor stor andel disse utgjør av de totale brukerne av kommunale tjenester i dag, er det lite kunnskap om.

I 2006 mottok omtrent 100 000 mennesker kommunale tjenester hvert år fordi de har psykiske lidelser eller vansker, fordelt på 40 000 barn/unge og 60 000 voksne (Ose 2007). Tilsvarende er det beregnet at omtrent 110 000 pasienter i omtrent samme tidsrom fikk behandling i psykisk helsevern og omtrent hver fjerde er døgnpasient (Hagen & Lilleeng 2007). Dette betyr at det da var 27 500 pasienter som fikk døgnbehandling i psykisk helsevern. Forrige kartlegging viste at det var etablert minst ett kommunalt tilbud 64 prosent av pasientene i utvalget (Lilleeng, Ose et al, 2009). Ut i fra denne logikken, vil det da være 64 prosent av de 27 500 pasientene som mottar minst ett kommunalt tilbud, dvs. 17 600 pasienter. Om det da var om lag 60 000 voksne som får et kommunalt tilbud fordi de har en psykisk lidelse eller vanske, betyr dette at under hver tredje bruker av de kommunale tjenestene av de som har psykisk lidelse eller vanske, også mottok døgnbehandling i psykisk helsevern i 2006/2007. Hvorvidt dette er et riktig bilde, og om det er det samme i dag er usikkert. Informasjon fra kommunene tyder på at en større andel av brukerne i kommunalt psykisk helsearbeid har alvorlige psykiske lidelser enn tidligere (Ose og Slettebak, 2014). Dette stemmer med at døgnoppholdene blir kortere og at pasientene som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten ofte har omfattende behov for hjelp av kommunene. Uten at årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helsearbeid har økt i særlig grad siden 2006/2007 (se figur 1.2 i kapittel 1).

I 2012 beregner vi at 26 prosent av døgnpasientene ikke har hatt et tilbud fra kommunen i månedene før innleggelsen. Dette betyr at 74 prosent av pasientene har ett eller flere tilbud i månedene før innleggelsen. Selv om dette ble kartlagt på en annen måte i forrige kartlegging gjennom faktiske etablerte tilbud, er det sannsynlig at en større andel av døgnpasientene i psykisk helsevern fikk ett eller flere kommunale tilbud i 2012 enn i 2007. I følge NPR var det i 2012 omtrent 28 000 pasienter som hadde døgnopphold i spesialisthelsetjenesten (se Notat til Helsedirektoratet av 15. januar 2014 av Ose). Det er dermed ikke en nedgang i antall døgnpasienter, men heller en økning i antall personer som får døgnbehandling i psykisk helsevern. Antall døgnplasser reduserer og oppholdstiden for hver innleggelse går ned, men flere pasienter behandles. Antall pasienter per innbygger har holdt seg stabil fra 2009 til 2012 (Pedersen 2013). Fordi en større andel av døgnpasientene får kommunale tilbud, betyr også at det er en faktisk økning i antall døgnpasienter i psykisk helsevern som får kommunale tilbud, og presset på tjenestene som kommunene rapporterer om (særlig pga alvorlig psykisk syke innbyggere som trenger botilbud og andre tilbud), kan derfor dokumenteres gjennom pasientkartleggingene og pasientdata.

Det er likevel en betydelig andel pasienter i psykisk helsevern som ikke har et kommunalt tilbud. 26 prosent av 28 000 betyr at det er 7 280 pasienter i landet som i 2012 ble innlagt for døgnbehandling

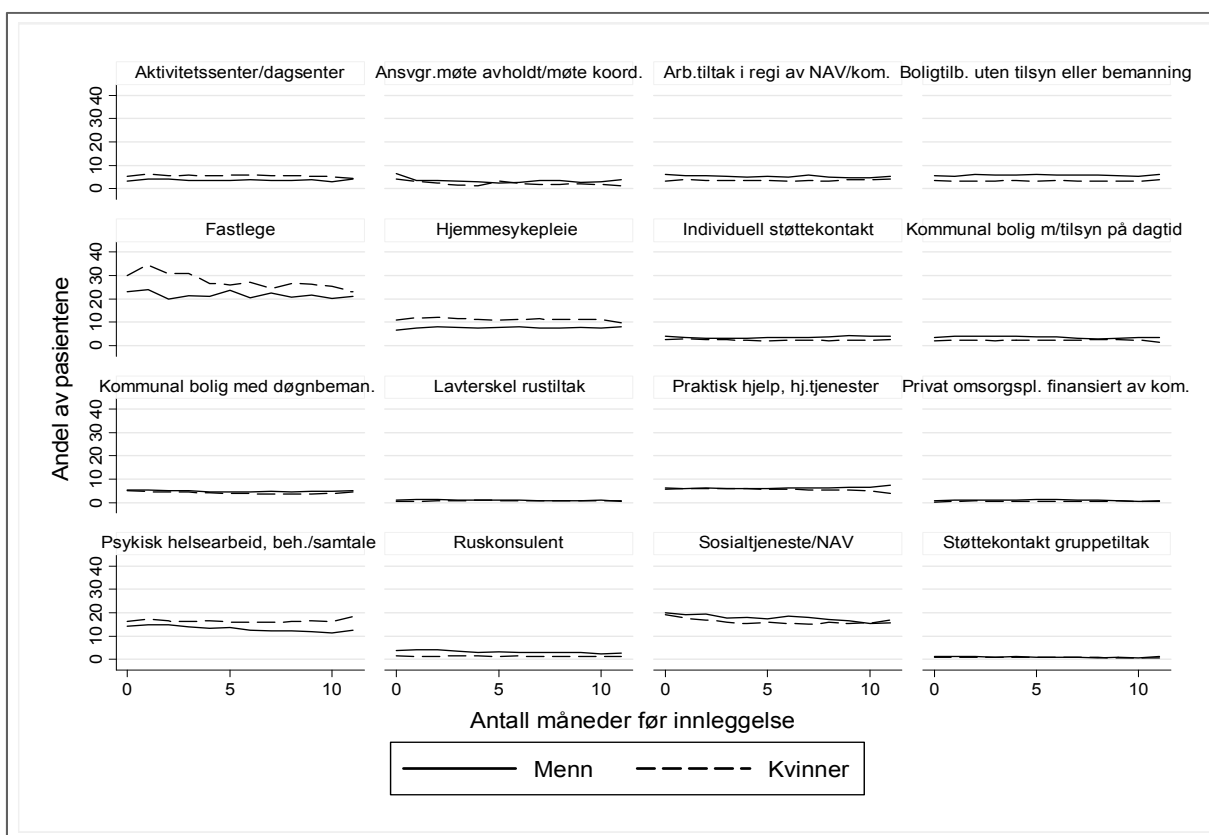
i psykisk helsevern, som ikke hadde hatt kontakt med kommunale tjenester i månedene før innleggelsen.

I kapittel 14 anslår vi at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått om ulike kommunale tilbud hadde vært etablert og utviklet. En av de kanskje viktigste barrierene for å få til dette, er at mange pasienter selv ikke ønsker å ha et kommunalt tilbud.

Tabell 10.2 Antall og andel pasienter etter hvor mange tilbud de har fått fra kommunale tjenester i månedene før innleggelsen. Pasientkartleggingen 2012.

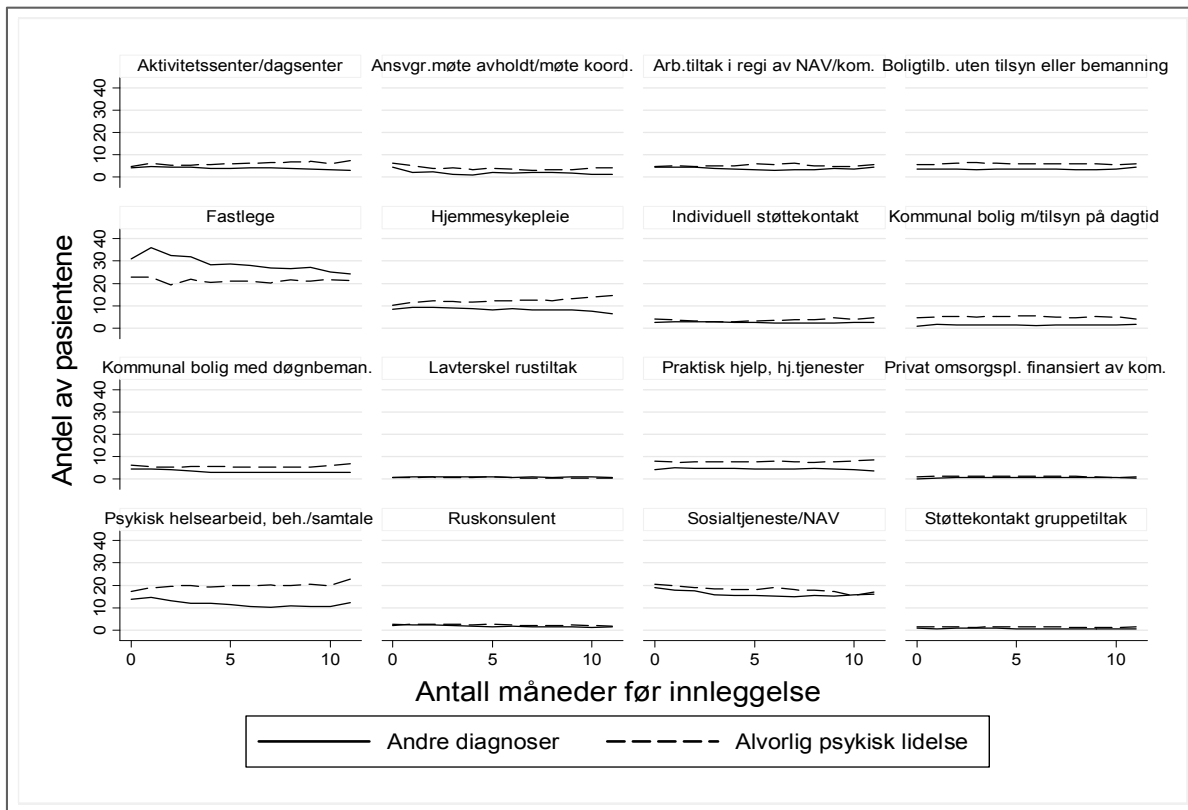
	Antall	Andel
Ingen tilbud fra kommunen	461	26
Mindre enn 1 tilbud i snitt i månedene før innleggelse	586	33
1-2 tilbud i snitt i månedene før innleggelse	375	21
2-4 tilbud i snitt i månedene før innleggelse	360	20
Totalt	1782	100

Det er noen kjønnsforskjeller i hvem som har mottatt tjenester fra kommunene før innleggelse for døgntilbud i psykisk helsevern. Særlig flere kvinner har hatt kontakt med fastlegen, og dette er i tråd med at kvinner generelt oppsøker fastlegen i større grad enn menn. Det er også en noe større andel av de mannlige pasientene som har hatt kommunalt bolig, og dette stemmer med funn i kapittel 3.5. Det er også en større andel av de kvinnelige pasientene som har hatt hjemmesykepleie og samtale med personer i kommunalt psykisk helsearbeid.



Figur 10.5 Andel av alle pasientene som har fått ulike tilbud fra kommunen, antall måneder før innleggelse, kjønn. Pasientkartleggingen 2012.

Vi finner noen aldersforskjeller mellom pasientene i bruk av kommunale tjenester. Eldre pasienter har naturlig nok oftere hjemmehjelp og hjemmesykepleie, mens yngre i større grad har kontakt med NAV og mottar sosialhjelpstjenester. De yngste pasientene ser i mindre grad ut til å ha kontakt med fastlegen, men her må det gjøres grundigere analyser der vi både tar hensyn til kjønn, alder, diagnose og annet før vi konkluderer.



Figur 10.6 Andel av alle pasientene som har fått ulike tilbud fra kommunen, antall måneder før innleggelse, diagnose. Pasientkartleggingen 2012.

Fra figur 10.6 ser vi at det også er noen forskjeller i hvem som får kommunale tjenester etter diagnoser. De med de antatt mest alvorlige psykiske diagnosene har i mindre grad kontakt med fastlegen, men i større grad kontakt med kommunalt psykisk helsearbeid enn pasienter med andre diagnoser. Dette har noe med kjønnsforskjeller å gjøre, men sannsynligvis også noe med hvordan de kommunale tjenestene er innrettet mot. Samarbeidet mellom fastlegen og psykisk helsearbeid rundt enkeltpersoner med psykiske lidelser og vansker, er i de aller fleste kommuner godt (Ose & Slettebak, 2014).

Det må gjøres grundigere analyser for å finne ut om de pasientene som ikke har hatt kontakt med de kommunale tjenestene før innleggelsen er de samme som innleggelse i større grad kan forebygges for jf. kapittel 14.

10.4 Andre tjenester

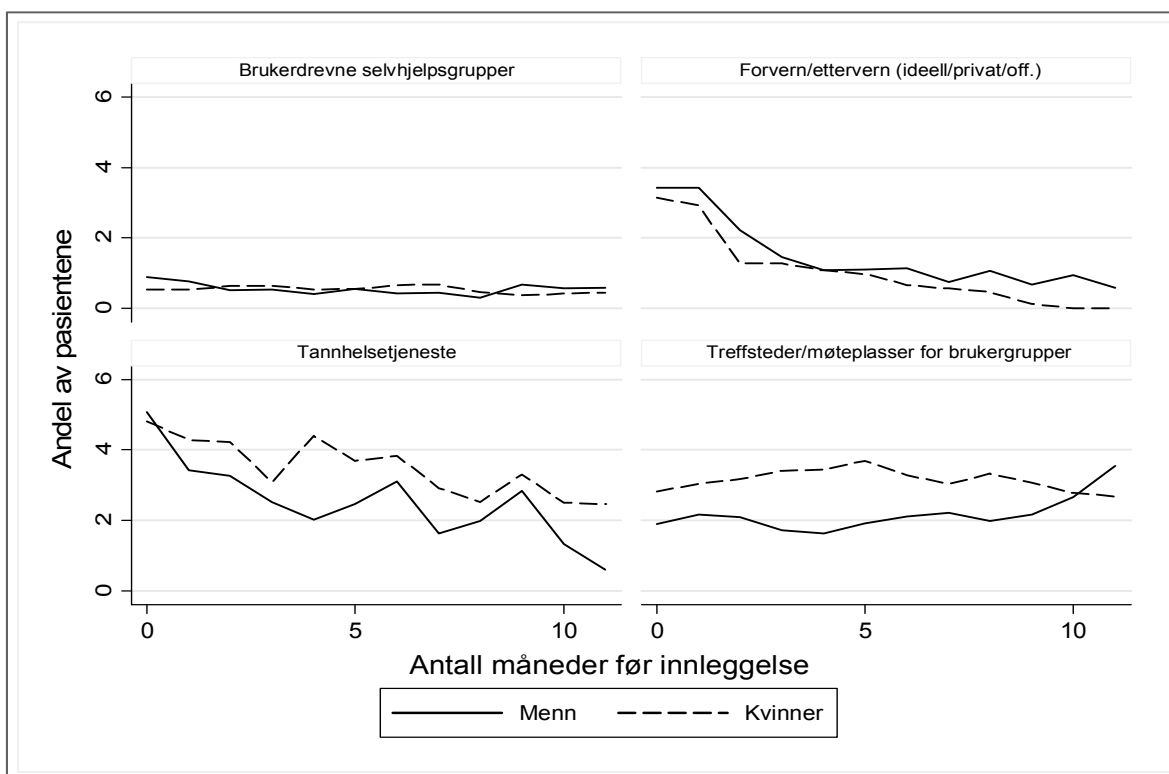
Det er få av døgnpasientene som har hatt kontakt med andre utenfor de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Vi har kartlagt brukerdrevne selvhjelpsgrupper og treffsteder/møteplasser for brukergruppen i tillegg til tannhelsetjenester og forvern/ettervern.

En av fire pasienter har hatt kontakt med noen av disse tilbudene i månedene før innleggelsen, og det er svært få pasienter som har benyttet flere enn ett tilbud. Som vist i neste figur, er det minst sannsynlig at de har hatt kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper.

Tabell 10.3 Antall og andel pasienter etter hvor mange tilbud de har fått av tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i månedene før innleggelsen. Pasientkartleggingen 2012.

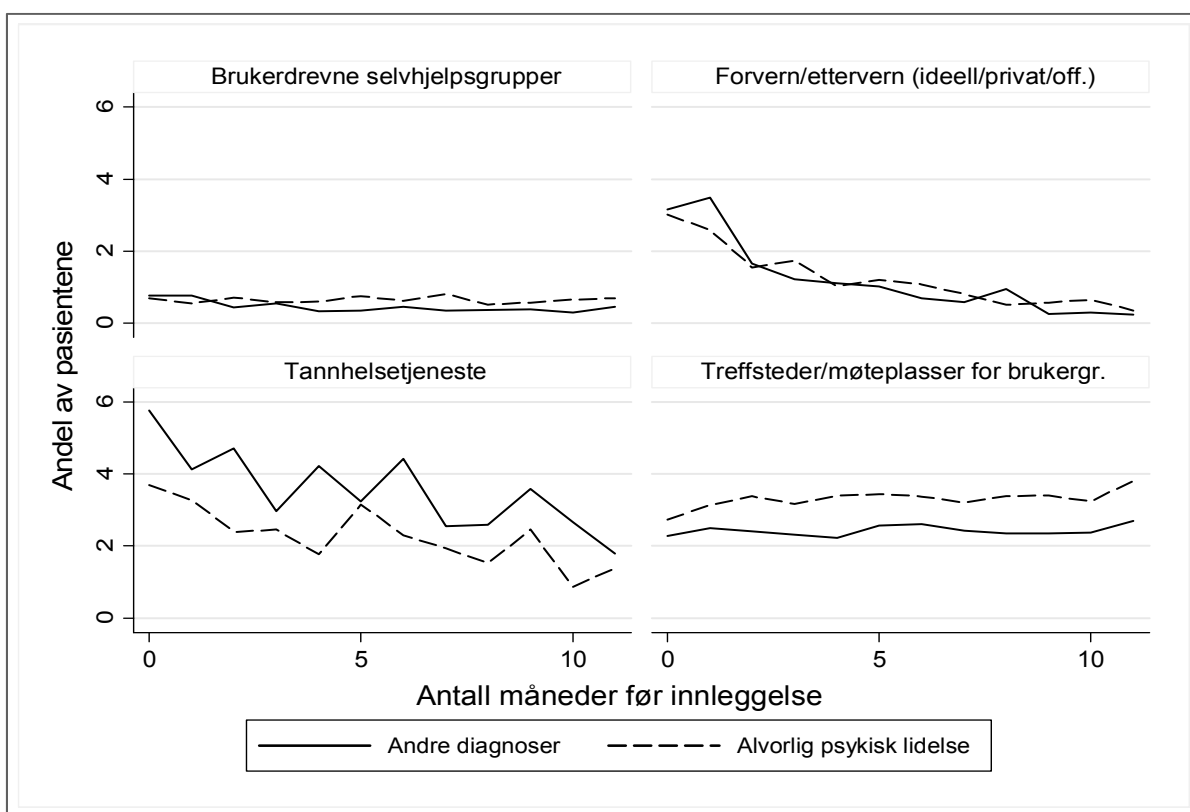
	Antall	Andel
Ingen av disse tilbudene	1328	75
Mindre enn 1 tilbud i snitt i månedene før innleggelse	409	23
1-2 tilbud i snitt i månedene før innleggelse	39	2
2-4 tilbud i snitt i månedene før innleggelse	6	0
Totalt	1782	100

Som vist i figur 10.7, er det minst sannsynlig at de har hatt kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper. Kvinnelige pasienter i noe større grad fått tannhelsetilbud og hatt kontakt med treffsteder/møteplasser for brukergruppen enn mannlige pasienter, men ellers ser det ikke ut til være særlig store kjønnsforskjeller.



Figur 10.7 Andel av alle pasientene som har fått ulike tilbud, antall måneder før innleggelse, kjønn. Pasientkartleggingen 2012.

Det er noen forskjeller mellom pasienter i ulike aldersgrupper i andelen som har hatt kontakt med tilbudene. Det er særlig pasienter i aldersgruppen 50-59 år som har kontakt med treffsteder for brukergruppen, mens de aller eldste og aller yngste i mindre grad benytter slike tilbud. Ellers finner vi ikke noen tydelige mønster i forhold til alder.



Figur 10.8 Andel av alle pasientene som har fått ulike tilbud, antall måneder før innleggelse, diagnose. Pasientkartleggingen 2012.

En noe høyere andel av pasientene med alvorlige diagnoser har kontakt med treffsteder/møteplassen for brukergruppen, men en lavere andel har kontakt med tannhelsetjenesten.

Vi vet at det er litt over 28 000 pasienter som mottar døgntilrettelagt behandling i løpet av 2012. Om rundt tre prosent av disse deltar i brukerdrevne selvhjelpsgrupper, betyr dette at ca 840 pasienter rundt om i landet bruker et slikt tilbud i månedene før innleggelse. Hvorvidt slike tiltak har fått økt støtte, er vi usikker på. Men i "psykiatrimeldingen" står det at departementet ønsker:

Gi bruker- og pårørendeorganisasjoner økte muligheter til å organisere brukermedvirkning, etablere brukerstyrte sentre og drive informasjonsvirksomhet (St.meld. nr. 25 (1996-97))

10.5 Oppsummering

89 prosent av pasientene som var innlagt 20. november 2012, ble innlagt samme år. 4 prosent av pasientene ble innlagt i 2009 eller tidligere. For pasientene som ble innlagt i 2012, er det kartlagt hvilke tjenester de har mottatt i månedene før innleggelsen.

27 prosent av de pasientene som er innlagt til døgntilrettelagt behandling, har ikke hatt andre fra spesialisthelsetjenesten. De som har fått et annet tilbud, har som oftest fått poliklinisk behandling i psykisk helsevern, men det er også noen pasienter som har hatt tidligere akuttinnleggelser, tvangsinnleggelser, hjelp fra ambulant team eller har hatt tidligere døgnopphold i psykisk helsevern.

26 prosent av pasientene har ikke hatt et kommunalt tilbud eller et tilbud i primærhelsetjenesten i månedene før innleggelsen. De andre har typisk hatt kontakt med fastlegen, NAVs sosialtjeneste, kommunalt psykisk helsearbeid og hjemmesykepleien.

Pasientene kan også ha fått hjelp fra tilbud utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunene, som tannhelsebehandling og brukerdrevne tilbud. Vi finner at 75 prosent av pasientene ikke har hatt kontakt med noen av disse i månedene før innleggelse til døgnbehandling i psykisk helsevern. Rundt tre prosent av pasientene har hatt kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper eller treffsteder og møteplasser for brukergruppen i månedene før innleggelsen.

11 Faktisk og ideelt behandlings-tilbud i dag

I dette kapitlet er det viktig å være oppmerksom på at faktisk og ideelt behandlingstilbud kun er kartlagt blant pasienter som allerede i dag har et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten. Kapitlet avdekker ikke store feilplasseringer innen spesialisthelsetjenesten, men tallgrunlaget kan ikke si om det er mange flere som burde fått tjenestene enn de som i dag mottar hjelp.

Dette er i stor grad et deskriptivt kapittel. Videre analyser er nødvendig for å finne ut hvilke pasienter som mangler hvilke tilbud. Her har vi sett på kjønn, alder og diagnose – men ikke hva de ulike kjennetegnene analysert samtidig vil bety.

11.1 Sykehus

For sykehustjenester har vi kartlagt følgende kategorier:

- Allmennpsykiatrisk avdeling
- Psykiatrisk senter
- Akuttpost
- Korttids-/intermediærpost
- Langtids rehabiliteringspost
- Alders-/psykogeriatrisk post
- Sikkerhetsavdeling
- Annet

Funnene presenteres fortløpende, men det gis et samlet bilde i kapittel 11.5.

11.1.1 Allmennpsykiatrisk avdeling

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	18	2,3	1 101
Kvinner	19	2,3	1 196
Totalt	19	2,3	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	18	1,7	349
24-29 år	20	1,7	347
30-39 år	18	1,4	496
40-49 år	21	3	400
50-59 år	22	3,7	328
60-69 år	18	2,7	188
70 år og eldre	7,4	1,1	188
Totalt	18	2,2	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre diagnoser	21	2,3	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	16	1,8	1 028
Totalt	18	2,1	2 126

	Antall	Andel
Tilbudet finnes ikke	2	7
Kapasitet på tilbudet er for lav	6	21
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert	0	0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	5	17
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	6	21
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	2	7
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	1	3
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten	0	0
Annet	7	24
Totalt	29	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.1.2 Psykiatrisk senter

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	7,4	3	1 101
Kvinner	6,9	2,3	1 196
Totalt	7,1	2,6	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	7,2	2,3	349
24-29 år	6,3	2	347
30-39 år	7,3	2,4	496
40-49 år	8,8	4	400
50-59 år	10	1,8	328
60-69 år	3,7	2,7	188
70 år og eldre	1,6	0,5	188
Totalt	7,1	2,4	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre diagnoser	8	2,1	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	6	2,7	1 028
Totalt	7	2,4	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	2	6
Kapasitet på tilbudet er for lav	3	9
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert		0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	12	35
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	6	18
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	5	15
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	3	9
Behandelende institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten	1	3
Annet	2	6
Totalt	34	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.1.3 Akuttpost

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	18	1,6	1 101
Kvinner	16	1,3	1 196
Totalt	16	1,5	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	17	1,7	349
24-29 år	16	1,7	347
30-39 år	18	0,8	496
40-49 år	20	2,0	400
50-59 år	18	2,1	328
60-69 år	18	0,5	188
70 år og eldre	3	0,5	188
Totalt	17	1,4	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre diagnoser	15	1,2	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	19	1,6	1 028
Totalt	17	1,4	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	0	0
Kapasitet på tilbudet er for lav	0	0
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert	0	0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	3	23
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	6	46
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	3	23
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	1	8
Behandelende institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten	0	0
Annet	0	0
Totalt	13	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.1.4 Korttids-/intermediærpost

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	9	1,9	1 101
Kvinner	10	2	1 196
Totalt	9,6	2	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	11	3	349
24-29 år	13	2	347
30-39 år	10	2	496
40-49 år	10	1	400
50-59 år	9	3	328
60-69 år	5	2	188
70 år og eldre	2	1	188
Totalt	10	2	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre diagnoser	10	2,2	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	9	2	1 028
Totalt	10	2,1	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	0	0
Kapasitet på tilbudet er for lav	14	45
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert	0	0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	5	16
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	4	13
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	6	19
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	2	6
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten	0	0
Annet	0	0
Totalt	31	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.1.5 Langtids rehabiliteringspost

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	17	4,2	1 101
Kvinner	12	2,3	1 196
Totalt	14	3,2	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	23	3	349
24-29 år	24	4	347
30-39 år	16	3	496
40-49 år	11	4	400
50-59 år	9	4	328
60-69 år	7	1	188
70 år og eldre	2	1	188
Totalt	14	3	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	7	3	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	24	4	1 028
Totalt	15	3	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	7	14
Kapasitet på tilbudet er for lav	18	35
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert		0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	6	12
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	6	12
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	5	10
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	4	8
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten	1	2
Annet	4	8
Totalt	51	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.1.6 Alders-/psykogeriatrisk post

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	5	2	1 101
Kvinner	11	2	1 196
Totalt	8	2	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	0	3	349
24-29 år	0	2	347
30-39 år	0	1	496
40-49 år	0	2	400
50-59 år	2	2	328
60-69 år	23	3	188
70 år og eldre	72	3	188
Totalt	8	2	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	13	2,2	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	4	1,5	1 028
Totalt	9	1,8	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	2	8
Kapasitet på tilbudet er for lav	3	13
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert	0	0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	3	13
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	6	25
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	6	25
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	1	4
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten		0
Annet	3	13
Totalt	24	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.1.7 Sikkerhetsavdeling

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	11	3	1 101
Kvinner	2	1	1 196
Totalt	6	2	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	4	2	349
24-29 år	7	2	347
30-39 år	11	2	496
40-49 år	6	2	400
50-59 år	6	2	328
60-69 år	1	1	188
70 år og eldre	1	1	188
Totalt	6	2	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	2	1,3	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	11	2,4	1 028
Totalt	7	1,8	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	1	5
Kapasitet på tilbudet er for lav	5	23
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert		0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	2	9
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	8	36
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	5	23
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt		0
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten		0
Annet	1	5
Totalt	22	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.1.8 Annet

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	3,1	1,5	1 101
Kvinner	4,2	1,7	1 196
Totalt	3,7	1,6	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	7	2	349
24-29 år	4	2	347
30-39 år	5	1	496
40-49 år	4	2	400
50-59 år	3	2	328
60-69 år	0	1	188
70 år og eldre	0	1	188
Totalt	4	2	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	5	1,7	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	3	1,4	1 028
Totalt	4	1,6	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	2	11
Kapasitet på tilbudet er for lav	2	11
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert		0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	1	6
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	4	22
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	5	28
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	1	6
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten		0
Annet	3	17
Totalt	18	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.2 DPS

Ved DPS-ene har vi kartlagt døgntilbud og tilbud ved poliklinikk/dagdilbud

11.2.1 Døgntilbud

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	28	3,7	1 101
Kvinner	36	4,1	1 196
Totalt	32	3,9	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	29	4,9	349
24-29 år	31	4	347
30-39 år	31	3,8	496
40-49 år	37	4,5	400
50-59 år	43	3,7	328
60-69 år	34	2,7	188
70 år og eldre	12	1,1	188
Totalt	32	3,8	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	36	3,3	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	26	4,7	1 028
Totalt	31	4	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	6	9
Kapasitet på tilbudet er for lav	14	21
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert	1	1
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	16	24
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	8	12
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	1	1
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	5	7
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten	1	1
Annet	15	22
Totalt	67	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.2.2 Poliklinikk/dagtilbud

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	20	7,8	1 101
Kvinner	25	8,1	1 196
Totalt	22	8	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	29	6	349
24-29 år	31	10	347
30-39 år	24	8	496
40-49 år	24	8	400
50-59 år	21	8	328
60-69 år	11	11	188
70 år og eldre	3	4	188
Totalt	22	8	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	25	9	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	21	7	1 028
Totalt	23	8	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	5	3
Kapasitet på tilbudet er for lav	23	16
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert	2	1
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	39	27
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	12	8
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	5	3
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	9	6
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten	1	1
Annet	47	33
Totalt	143	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.3TSB

Vi har kartlagt behov for hhv døgntilbud, poliklinisk tilbud og dagtilbud.

11.3.1 Døgntilbud

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	1,5	2,9	1 101
Kvinner	1	2,1	1 196
Totalt	1,3	2,5	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	1	4	349
24-29 år	1	4	347
30-39 år	1	2	496
40-49 år	1	3	400
50-59 år	4	2	328
60-69 år	0	1	188
70 år og eldre	1	1	188
Totalt	1	3	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	2	3	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	1	2,1	1 028
Totalt	1	2,6	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	3	7
Kapasitet på tilbudet er for lav	7	16
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert		0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	14	32
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	3	7
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	4	9
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	4	9
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten		0
Annet	9	20
Totalt	44	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.3.2 Poliklinikk

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	2,3	2,5	1 101
Kvinner	2,2	2,3	1 196
Totalt	2,2	2,4	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	3	2	349
24-29 år	3	2	347
30-39 år	2	1	496
40-49 år	3	3	400
50-59 år	4	4	328
60-69 år	0	2	188
70 år og eldre	0	1	188
Totalt	2	2	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	3	3,2	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	1	1,4	1 028
Totalt	2	2,3	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	2	6
Kapasitet på tilbudet er for lav		0
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert		0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	14	39
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	3	8
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	5	14
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	4	11
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten		0
Annet	8	22
Totalt	36	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.3.3 Dagtilbud

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	0,1	2,0	1 101
Kvinner	0,5	1,8	1 196
Totalt	0,3	1,9	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	0,0	2,6	349
24-29 år	0,0	2,0	347
30-39 år	0,2	1,2	496
40-49 år	0,8	2,0	400
50-59 år	0,9	2,7	328
60-69 år	0,0	1,6	188
70 år og eldre	0,0	1,1	188
Totalt	0,3	1,9	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	0,4	2,3	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	0,3	1,6	1 028
Totalt	0,3	1,9	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	2	7
Kapasitet på tilbudet er for lav	1	3
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert		0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	10	33
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	3	10
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	6	20
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	3	10
Behandelende institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten	1	3
Annet	4	13
Totalt	30	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.4Annet

Under annet har vi kartlagt:

- Legemiddelassistert rehabilitering
- Annet tilbud i spesialisthelsetjenesten
- Tilbud fra kommunen

11.4.1 Legemiddelassistert rehabilitering

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	2,5	1,7	1 101
Kvinner	1,3	1,3	1 196
Totalt	1,9	1,5	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	0,9	1,7	349
24-29 år	2,9	2,0	347
30-39 år	2,6	1,2	496
40-49 år	2,0	2,0	400
50-59 år	2,7	1,5	328
60-69 år	0,0	0,5	188
70 år og eldre	0,0	0,5	188
Totalt	1,9	1,5	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	1,9	1,5	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	1,8	1,4	1 028
Totalt	1,9	1,5	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	2	11
Kapasitet på tilbudet er for lav	2	11
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert	0	0
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	2	11
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	4	22
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	5	28
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	2	11
Behandlerne/institusjonen/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten		0
Annet	1	6
Totalt	18	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.4.2 Annet tilbud i spesialisthelsetjenesten

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	6	2,5	1 101
Kvinner	5	2,3	1 196
Totalt	5	2,4	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	5	2,9	349
24-29 år	6	2,6	347
30-39 år	7	2,6	496
40-49 år	3	2	400
50-59 år	6	3	328
60-69 år	6	1,6	188
70 år og eldre	2	1,1	188
Totalt	5	2,4	2 296

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	7	2,8	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	4	1,8	1 028
Totalt	5	2,3	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	7	18
Kapasitet på tilbudet er for lav	7	18
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert	1	3
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	2	5
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	4	11
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	7	18
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	4	11
Behandler institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten	1	3
Annet	5	13
Totalt	38	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.4.3 Tilbud fra kommunen

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Menn	17	12	1 101
Kvinner	21	12	1 196
Totalt	19	12	2 297

	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
18-23 år	17	11	349
24-29 år	18	14	347
30-39 år	17	11	496
40-49 år	20	10	400
50-59 år	18	13	328
60-69 år	24	7	188
70 år og eldre	19	15	188
Totalt	19	12	2 296

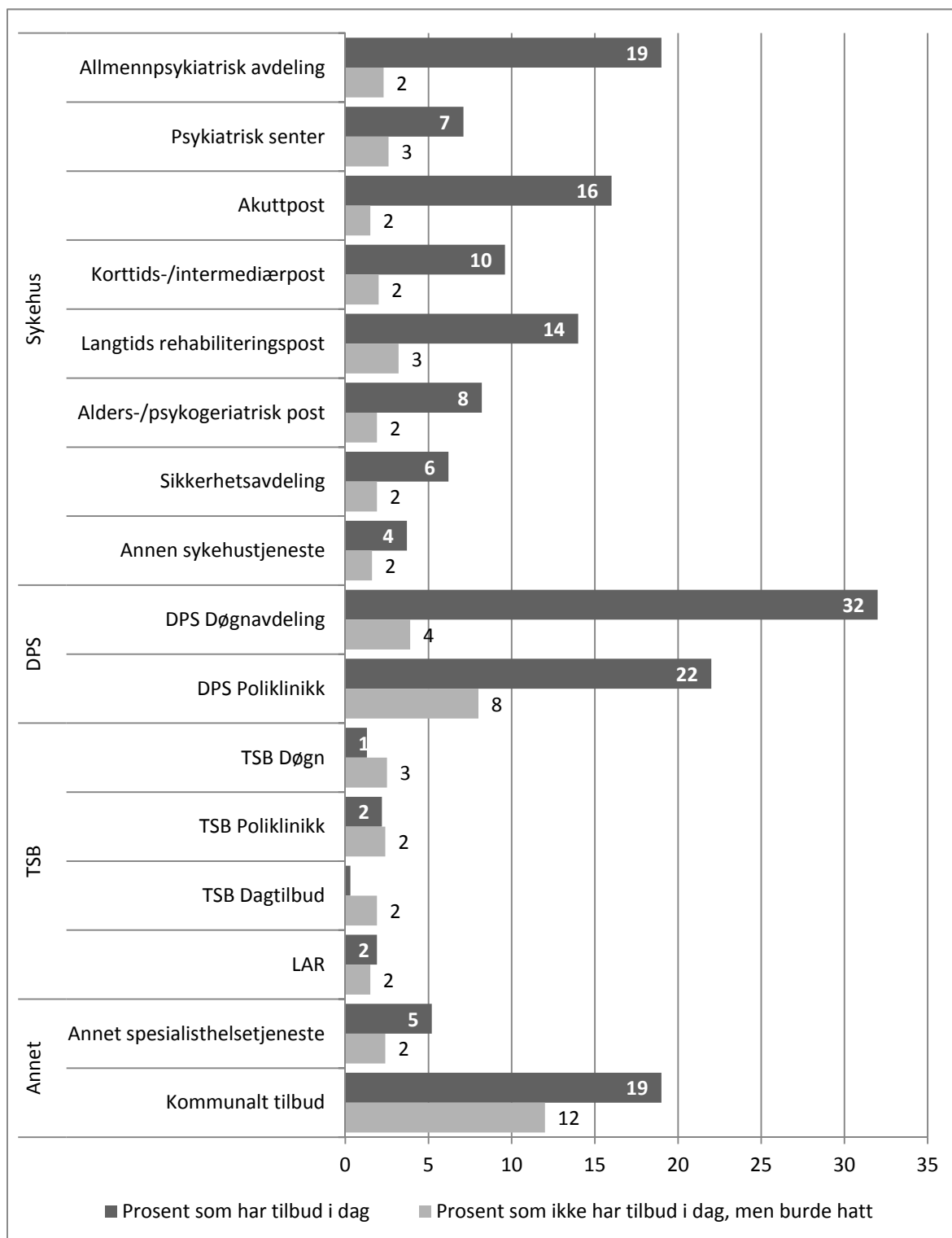
	Andel med tilbud i dag (prosent)	Andel som ikke har tilbud i dag, men burde hatt (prosent)	Antall pasienter
Andre psykiske diagnoser	18	11	1 098
Alvorlig psykisk diagnose	20	13	1 028
Totalt	19	12	2 126

	Antall	Andel*
Tilbudet finnes ikke	33	14
Kapasitet på tilbudet er for lav	61	26
Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert	8	3
<u>Pasienten</u> ønsker ikke tilbudet	47	20
<u>Behandler</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov	11	5
<u>Pasienten</u> mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov	16	7
<u>Behandler</u> mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt	7	3
Behandelende institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten	5	2
Annet	46	20
Totalt	234	100

*Andel av de som ikke har tilbud, men burde hatt

11.5 Oppsummering

Figur 11.1 viser samlet informasjon om pasientene som har tilbud i dag (på kartleggingstidspunktet) for alle tjenestene, og andel som burde hatt tilbudet men som ikke har det.



Figur 11.1 Prosent av alle pasientene som har tilbud i dag og prosent av alle pasientene som ikke har tilbud i dag, men burde hatt det. Pasientkartleggingen 2012.

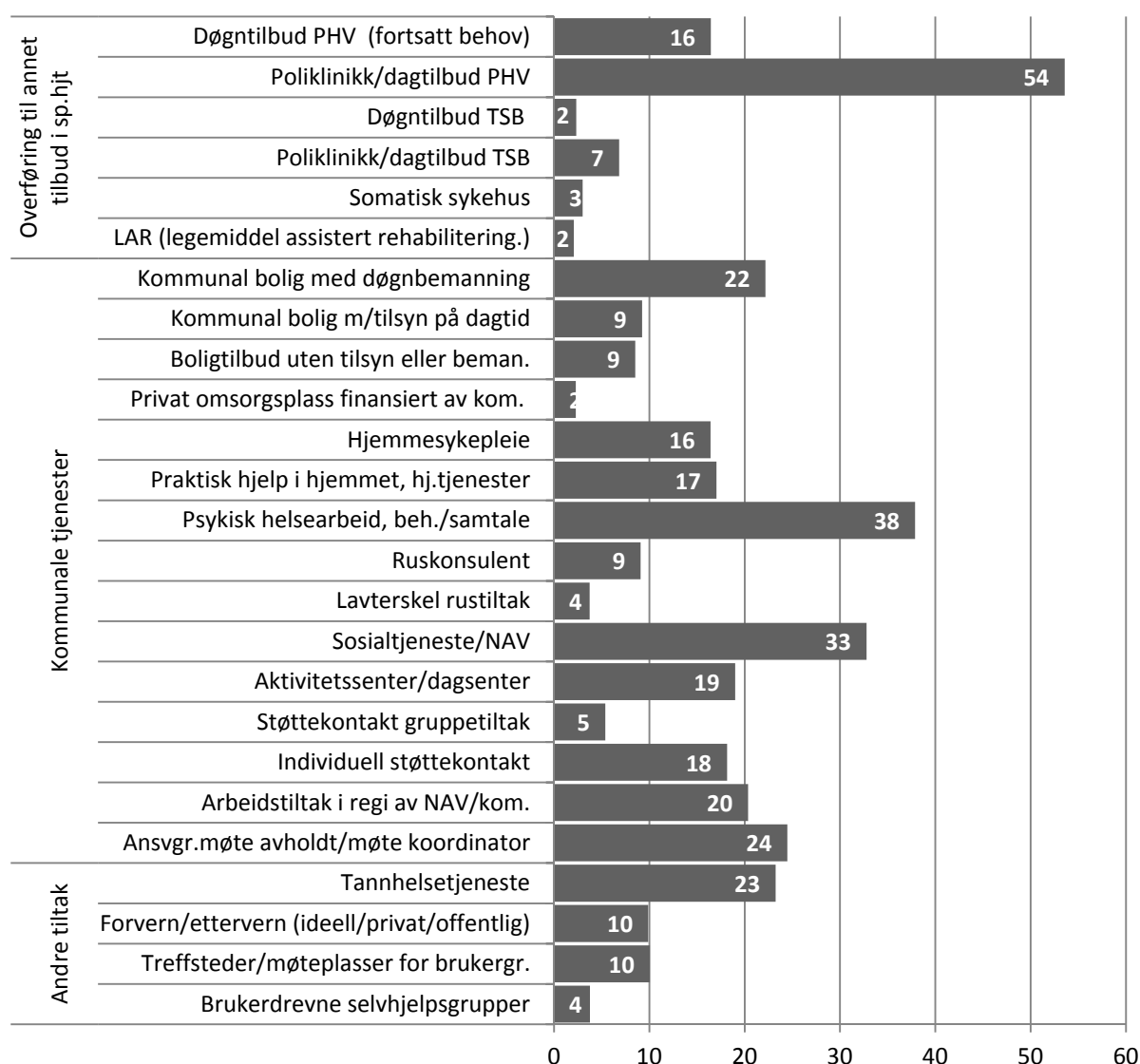
Flere pasienter har flere tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Summen av døgtjenester i DPS og i sykehus blir derfor noe høyere enn 100 prosent. Fra kapittel 2.5 ser vi at det stemmer at omtrent hver tredje pasient i utvalget er innlagt på døgnavdeling i DPS.

Det er generelt få pasienter som kan sies å være feilplassert innen spesialisthelsetjenesten ved at de får ett tilbud, men har behov for et annet. Dette tyder på at pasientene som får behandling i døgtjenester i psykisk helsevern, får det tilbudet de har behov for. Hvor mange som har behov for et døgntilbud i psykisk helsevern, men som ikke får det – kan vi ikke svare på med å studere pasienter som faktisk får et tilbud. Det de fleste pasientene mangler, er et kommunalt tilbud. 12 prosent av pasientene som ikke har et kommunalt tilbud i dag (på kartleggingstidspunktet), burde hatt tilbudet. Det er ikke betydelige forskjeller mellom kvinner og menn, ulike aldersgrupper eller mellom pasienter i ulike diagnosegrupper. Det de fleste mangler er et kommunalt tilbud, og et poliklinisk tilbud ved DPS.

12 Tilbud ved utskriving

I dette kapittelet ser vi på hvilke tilbud pasientene har behov for når de skrives ut av døgninstitusjonene i psykisk helsevern, og om det er sannsynlig at pasienten vil få dette tilbudet.¹⁶ Om det er sannsynlig at pasienten ikke vil få tilbudet ved utskriving, har vi kartlagt årsaken til manglende tilbud. Kapittelet er en deskriptiv beskrivelse av funnene og grafisk i formen.

12.1 Andel med behov



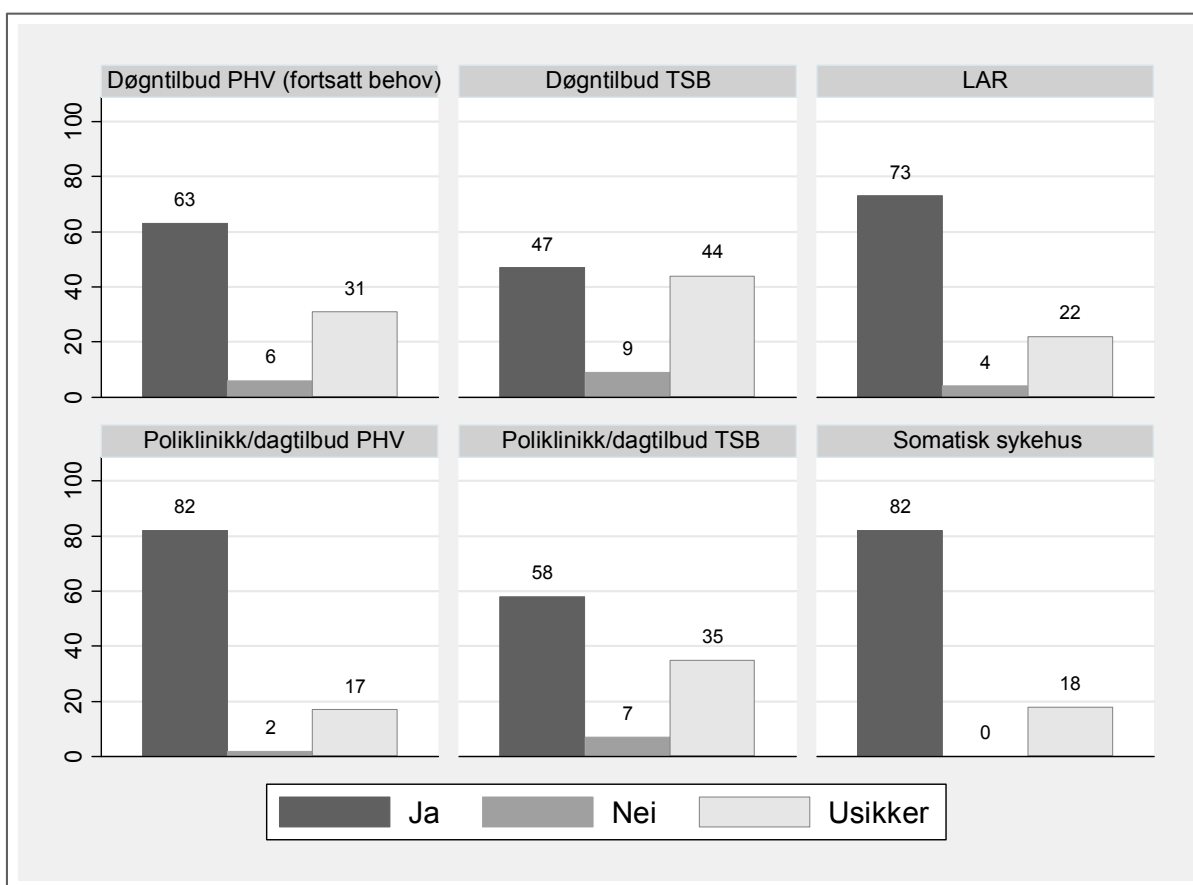
Figur 12.1 Prosent av alle pasienter med behov for ulike tjenester ved utskriving

¹⁶ Skjemaet er for de fleste spørsmålene utformet slik at det krysses av for "ja" og settes ingen kryss for "nei". Dersom det for eksempel ikke er satt kryss for "Har behov for", behandles dette som at pasienten ikke har behov for tilbudet. Det er dermed ikke noen manglende observasjoner eller missing på dette spørsmålet.

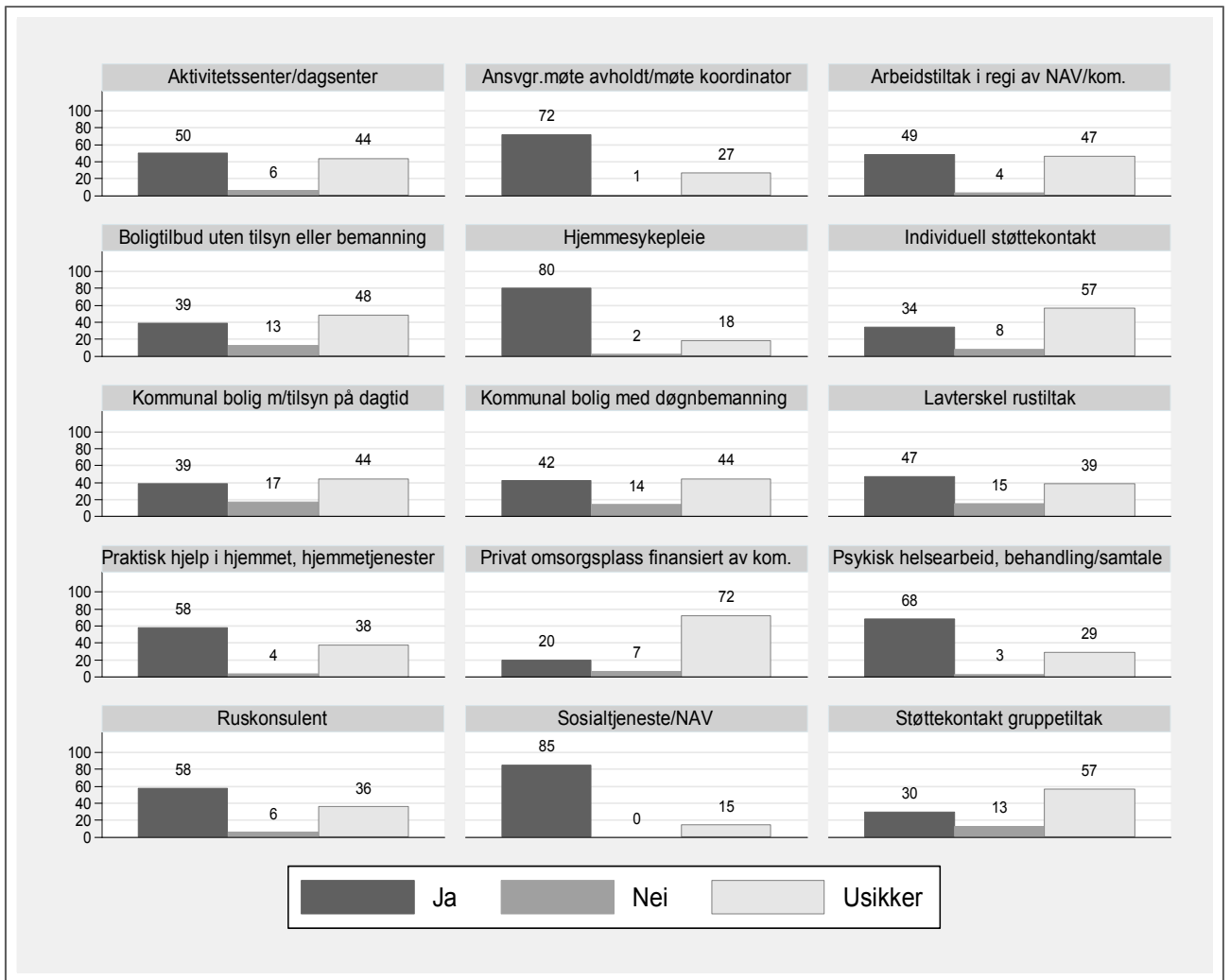
Fra figur 12.1 ser vi at en stor andel av pasientene har behov for ulike tjenester når de skrives ut. Dette tydeliggjør behovet for samarbeid rundt pasienter med psykiske lidelser. Over halvparten av pasientene har behov for poliklinisk behandling i psykisk helsevern, mens nærmere 40 prosent har behov for kommunalt psykisk helsearbeid. Hver tredje har behov for kontakt med Navs sosialtjenester og hver femte pasient har behov for arbeidstiltak. Hver fjerde pasient har behov for at det avholdes ansvarsgruppemøte når de skrives ut fra døgntilbud. 40 prosent av pasientene har behov for et boligtilbud i kommunen, og de fleste av disse har behov for døgntilbud med bolig (22 prosent) eller bolig med tilsyn på dagtid (9 prosent).

12.2 Gitt at de har behov, vil pasienten få dette tilbudet når utskrevet?

Vi antar at de som har krysset at de har behov for tjenesten, men som ikke har svart på om de vil få tilbudet når de skrives ut, ikke har svart fordi de foreløpig ikke vet om pasienten vil få tilbudet. Vi plasserer derfor de som ikke har svart under "usikker". I figuren under viser vi andelen som vil få tilbudet når de skrives ut. Vi ser at det er relativt få pasienter der behandler og pasient ikke tror at tilbudet kommer på plass. At 9 prosent kan ha behov for et døgntilbud i TSB uten at dette ser ut til å være på plass utgjør svært få pasienter. Som vist i forrige figur, er det kun to prosent av pasientene som har behov for et døgntilbud i TSB. Av disse er det altså ni prosent som sannsynligvis ikke vil få det.

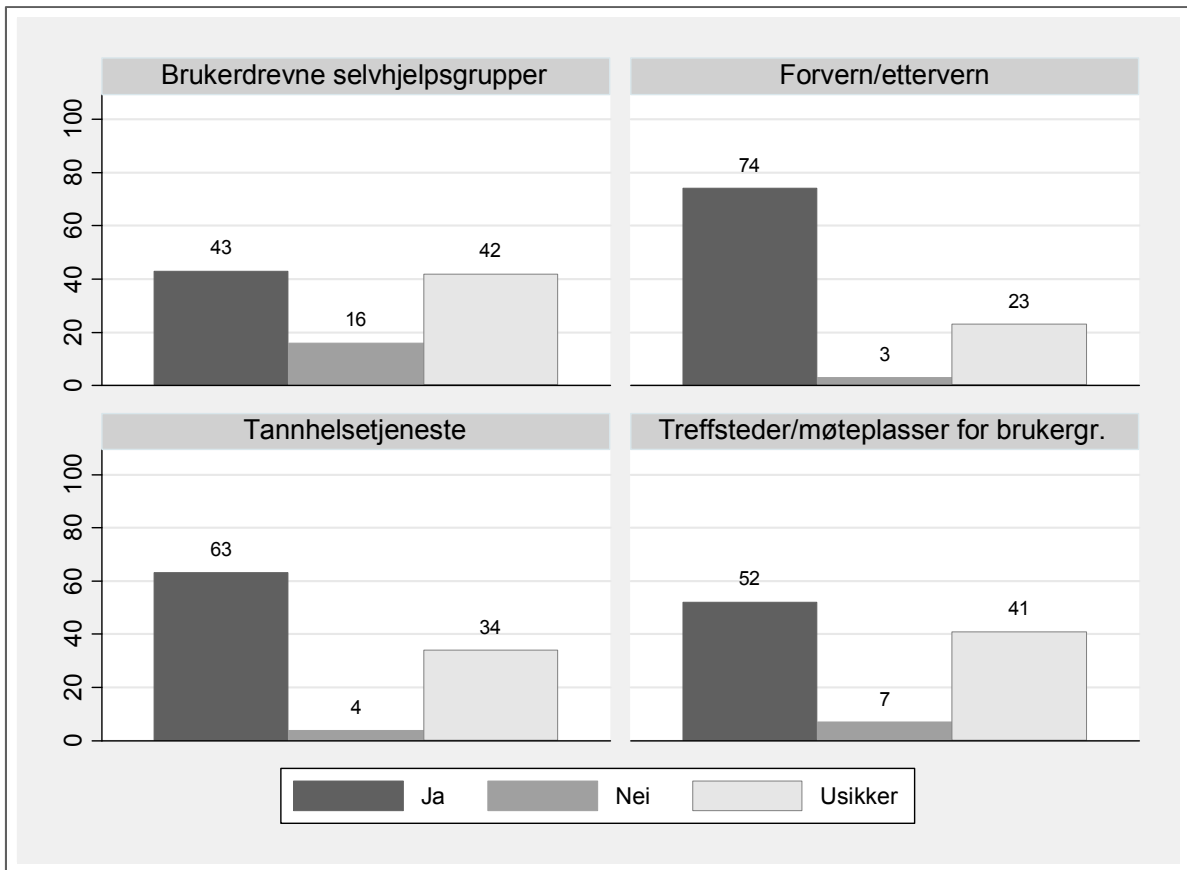


Figur 12.2 Vil pasienten få dette tilbudet når utskrevet? Betinget på at de har behov. Spesialisthelsetjenester. 2012



Figur 12.3 Vil pasienten få dette tilbudet når utskrevet? Betinget på at de har behov. Kommunaltilbud, 2012

Fra figuren over ser vi at det er særlig boligtilbudet som er problemet. Fra figur 12.1 vet vi at det er mange som har behov for en kommunal bolig med døgnbemanning (22 prosent). Det er kun 42 prosent av pasientene med behov som ser ut til å være sikret et slikt tilbud. Omtrent samme andel pasienter er sikret boligtilbud med eller uten tilsyn på dagtid. NAV er viktig for pasientgruppen og det ser ut til å være få som ikke kommer til å få økonomisk støtte, men det er større usikkerhet om de 20 prosentene av pasientene som trenger arbeidstilbud fra NAV vil få dette.



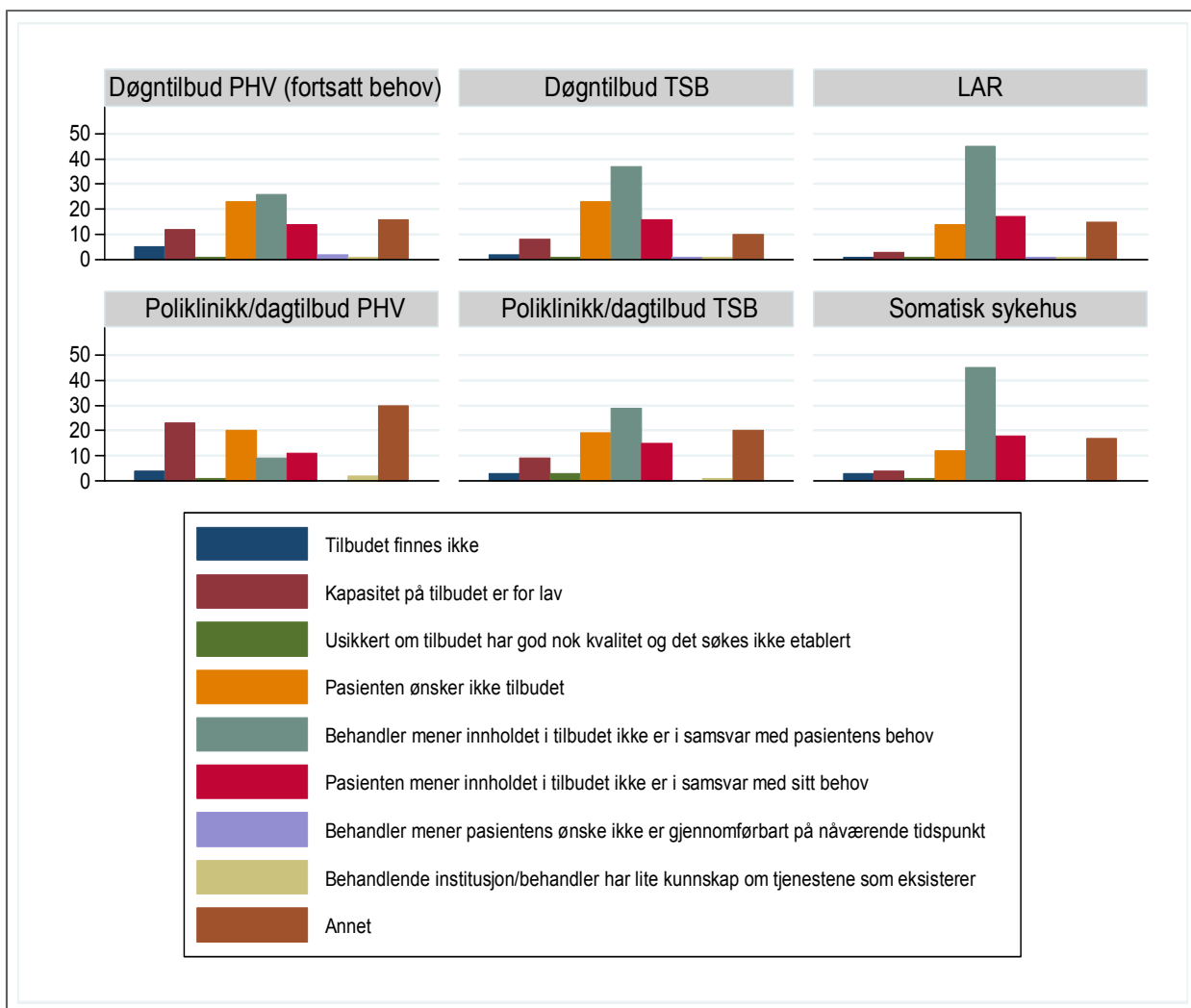
Figur 12.4 Vil pasienten få dette tilbudet når utskrevet? Betinget på at de har behov. Andre tjenester. 2012

Av de 23 prosentene av pasientene som trenger tannhelsetilbud, er det få som er sikre på at dette tilbudet ikke vil bli gitt. De fleste vil også få nødvendig forvern/ettervern, mens det er færre som vil komme i kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper eller bruke treffsteder. Det er også relativt få som oppgis å ha behov for slike tilbud når de skrives ut. Hvilken kunnskap behandlere og pasienter har om slike tilbud er usikkert.

12.3 Om ikke tilbud, hvorfor?

Her har vi tatt med om det for pasienten er svart "nei" eller "usikker".

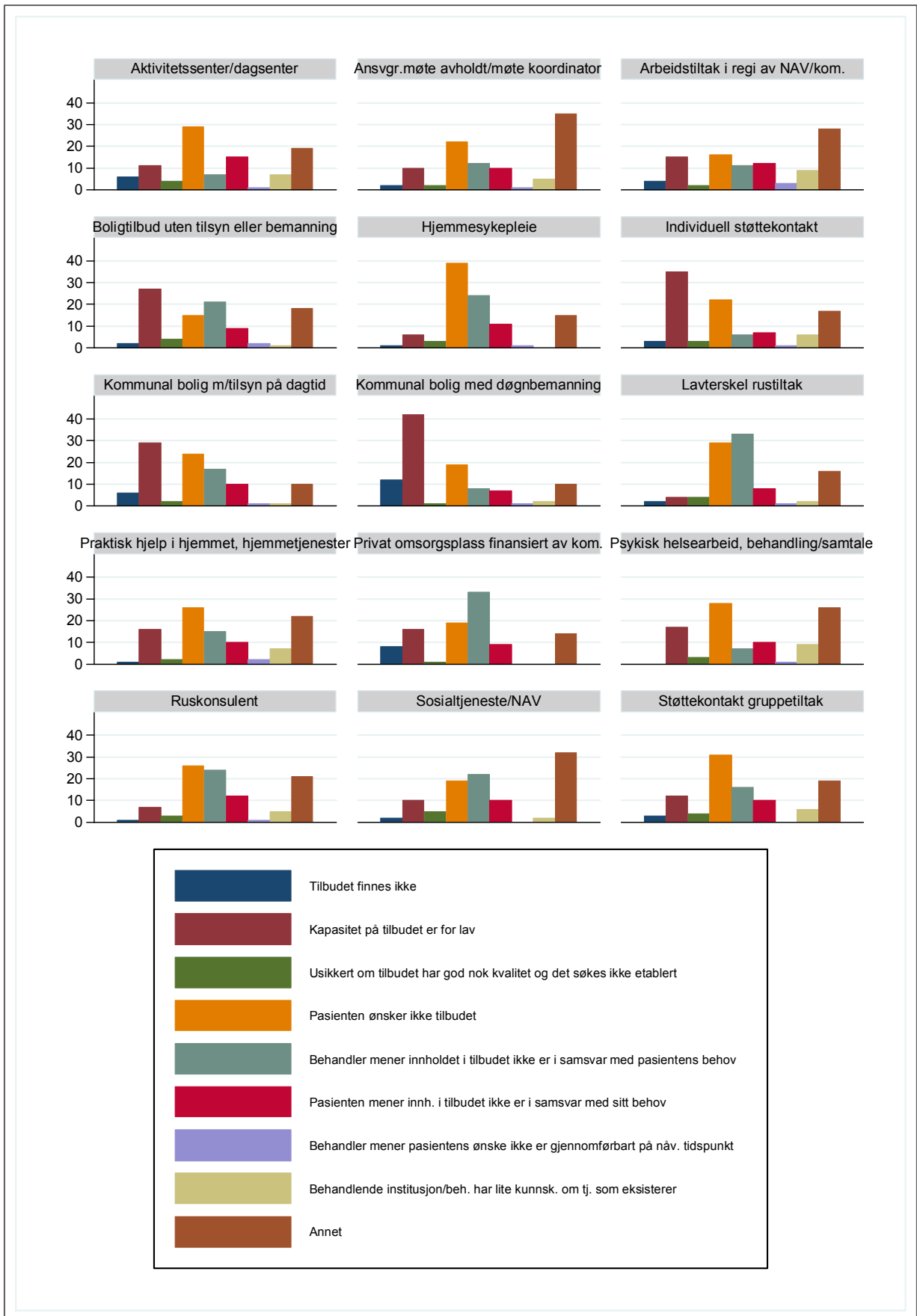
Når det gjelder årsaken til at tilbudet ikke blir gitt, må vi se dette i sammenheng med figurene foran. Hvor mange som har behov og hvor mange som ikke får tilbudet, vil avgjøre hvor mange som begrunner årsaken til at tilbudet ikke gis. Generelt er det få som ikke vil få nødvendig tilbud fra spesialisthelsetjenesten når de skrives ut, se figur 12.2. Med unntak av poliklinisk tilbud i psykisk helsevern, er årsaken at tilbudet vurderes av behandler til å ikke være i samsvar med pasientens behov. Figur 12.5 viser også at det er en ganske stor gruppe pasienter som ikke vil ha tilbudet eller mener at tilbudet ikke er i samsvar med deres behov. For lav kapasitet på tilbudet gjelder særlig poliklinikktilbudet i psykisk helsevern og det er for 17 prosent av pasientene usikkert om tilbudet vil være på plass ved utskrivning (figur 12.2) og dette utgjør mange pasienter (se figur 12.1).



Figur 12.5 Om pasienten ikke får tilbudet på utskrivningstidspunktet, eller om dere er usikker på om tilbudet kommer på plass, hva er årsaken? Spesialisthelsetjeneste.

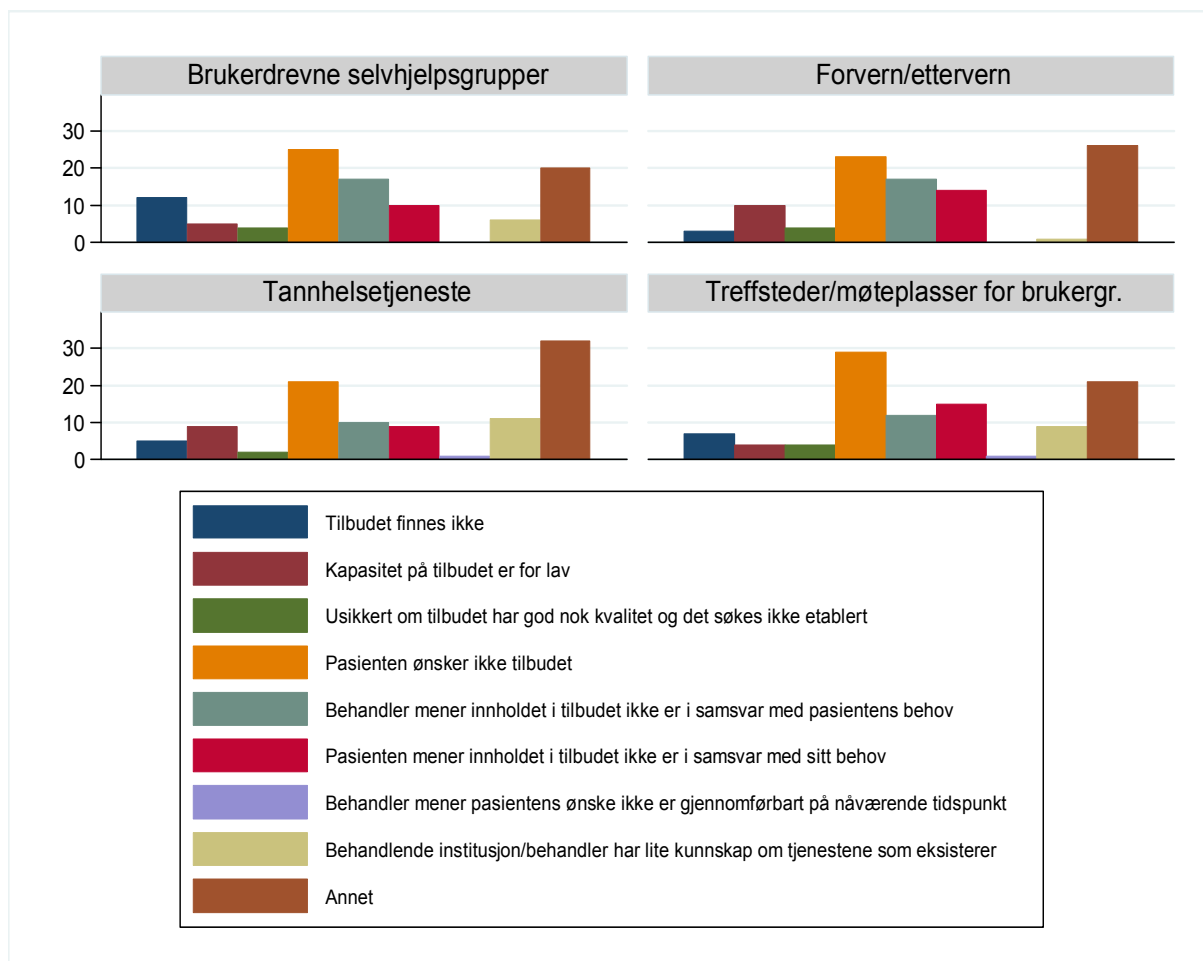
Udekkede behov for kommunale tjenester er betydelig, og som vi i figur 12.3 gjelder dette spesielt kommunale boliger. I neste figur ser vi at årsaken i betydelig grad (40 prosent av udekte behov) at kapasiteten på kommunale boliger med døgnbemanning (midt i figuren) er for lav eller at et slikt tilbud ikke finnes i kommunen (12 prosent). For 20 prosent av pasientene, er årsaken til at de ikke får et slikt tilbud at pasienten ikke ønsker tilbudet.

Det er også kapasitetsproblemer som er hovedforklaringen på at boligtilbud med og uten tilsyn på dagtid ikke blir gitt, men også her er det en del pasienter som selv ikke ønsker tilbudet (figur 12.6). Det ser ikke ut til å være kapasitetsproblemer i hjemmesykepleien i kommunene for denne brukergruppen, men heller at pasienten ikke ønsker tilbudet eller at tilbudet ikke er i tråd med brukerens behov. Av de som ikke får tilbud om behandling/samtaler med kommunalt psykisk helsevern når de skrives ut, men har behov for tilbudet, ser vi at årsaken i hovedsak er at pasientene ikke vil ha slik hjelp eller at tilbudet ikke finnes eller ikke er utbygd i den aktuelle kommunen.



Figur 12.6 Om pasienten ikke får tilbudet på utskrivningstidspunktet, eller om dere er usikker på om tilbudet kommer på plass, hva er årsaken? Kommunale tilbud.

Kapasiteten for individuell støttekontakt og støttekontakt i gruppetiltak ser ut til å være for lav noen steder, men det er også en stor andel av pasientene som selv ikke ønsker et slikt tiltak. Mange pasienter som ikke får tilbud om dagsenter eller aktivitetssenter, ønsker ikke tilbudet eller mener det ikke er i samsvar med deres behov. For arbeidstiltak i regi av kommunen eller NAV handler det både om kapasitet og om at pasienten ikke ønsker tilbudet.



Figur 12.7 Om pasienten ikke får tilbudet på utskrivningstidspunktet, eller om dere er usikker på om tilbudet kommer på plass, hva er årsaken? Andre tilbud.

Den vanligste årsaken til at pasienten ikke vil få tilgang til brukerdrevne selvhjelpsgrupper, treffsteder for brukerggruppen, tannhelsetjeneste og forvern/ettervern når de skrives ut, er at pasienten selv ikke ønsker tilbudet. I en del tilfeller er det også fordi behandler og/eller pasient ikke mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov.

12.4 Oppsummert

Det er relativt få pasienter som ikke vil få nødvendig spesialisthelsetjenestetilbud når de skrives ut fra døgnbehandling i psykisk helsevern. Over halvparten av pasientene har behov for et poliklinisk tilbud i psykisk helsevern etter utskrivning, og de aller fleste pasientene med behov vil få et slikt tilbud (82 prosent). For resten er det usikkert om tilbudet vil bli gitt, og årsaken er at kapasiteten på tjenesten er for lav, at pasienten ikke ønsker tilbudet eller annet. Hva som ligger i "annet" har vi ikke informasjon om, men gitt at dette beskrives som årsak til at pasienten ikke vil få et tilbud i 30 prosent av tilfellene, bør dette undersøkes videre. Det kan være helseforklaringer og oppmøteproblematikk som ligger i dette, men dette har vi ikke grunnlag for å si noe om.

Det er en god del udekkede behov for kommunale tjenester og særlig for kommunal bolig med døgnbemanning. 40 prosent av pasientene har behov for et kommunalt boligtilbud når de skrives ut og 22 prosent har behov for døgnbemannet bolig. Rundt 40 prosent av de med behov for boligtilbud, har et tilbud på plass. For resten er ikke et slikt tilbud etablert og årsaken er i stor grad kapasitetsproblemer i kommunene. Det er også relativt mange pasienter som selv ikke ønsker et kommunalt boligtilbud.

Generelt er det mange pasienter som har udekte behov for tjenester når de skrives ut fordi de selv ikke ønsker hjelp. En viktig satsning fremover bør derfor være bedre tilpasning av tilbudene slik at de oppleves å være i samsvar med pasientenes behov og motiveringsarbeid for å få personer med psykiske lidelser til å ta i mot hjelp. Dette arbeidet må gjøres både i spesialisthelsetjenestene, hos fastlegene og av de kommunale tjenestene. Det bør utvikles gode metoder for dette, og vi har i flere forskningsrapporter påpekt at en viktig årsak til udekkede behov i brukergruppen, handler om at pasienten selv ikke ønsker et tilbud.

13 Utskrivningsklare pasienter

Dette kapittelet oppsummerer det som ble gjort i den første rapporten fra pasientkartleggingen og som gjelder psykisk helsevern (rapporten omhandlet både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

13.1 Innledning

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

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

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

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

I 2009 beregnet vi at hele 70 prosent av voksne som mottar kommunale tjenester fordi de har psykiske lidelser eller vansker også mottar en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten (Ose et al., 2010). Det var i 2008 etablert minst ett kommunalt tilbud for 64 prosent av pasientene innlagt for døgnbehandling i psykisk helsevern (Lilleeng et al., 2009). Disse beregningene tydeliggjør behovet for samhandling mellom nivåene i tjenester og tiltak for mennesker med psykiske lidelser.

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

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

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

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

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

13.2 Omfang utskrivningsklare pasienter

Vi spurte i kartleggingen direkte om pasienten var utskrivningsklar. Svaralternativene var Ja, Nei, Usikkert (se skjema som er lagt i vedlegg side 3). Hvis ja, skulle de svare antall dager pasienten hadde vært utskrivningsklar og deretter svare på hva årsaken til at pasienten ikke var utskrevet var.

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

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

Det er vanskelig å anslå omfanget av utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB av flere årsaker. Manglende tydelige definisjoner av hva en utskrivningsklar pasient faktisk er, er en viktig årsak. Noen vil kunne for eksempel vurdere at en pasient ikke er utskrivningsklar fordi det mangler

et alternativt tilbud. Å identifisere ventende utskrivningsklare pasienter har derfor krevd en grundig gjennomgang av de kvalitative svarene som er oppgitt under "Annen årsak".

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

Tabell 13.1 Er pasienten utskrivningsklar? Antall og andel, rådata.

	Psykisk helsevern (PHV)	
	Antall	Andel
Ja	495	21
Nei	1 578	67
Vet ikke/usikker	203	9
Ikke svart	82	3
Totalt	2 358	100

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

Vi har kartlagt hvor mange dager pasienten har vært utskrivningsklar. Ikke alle som har krysset av for utskrivningsklar har svart på dette spørsmålet. Dersom vi tar bort alle som oppgir 0 eller 1 på antall dager utskrivningsklar, antar vi at vi får tatt bort de fleste som er "ordinære utskrivningsklare". Det er også noen som har fylt inn antall dager utskrivningsklar uten å ha krysset av for at pasienten faktisk er utskrivningsklar. Vi koder disse som utskrivningsklar. Dette utgjør 26 pasienter i PHV. Det er ingen i PHV datagrunnlaget som har svart "0" dager, men 78 har svart 1 dag.

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

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

En del av pasientene som vurderes som utskrivningsklare er under tvungent psykisk helsevern eller er dømt til psykisk helsevern, straffeloven § 39. Vi finner ikke forskning eller kunnskap direkte på

hvordan kommunene skal forholde seg til disse pasientene, men vi finner litt om vedtak om Tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD).

En interessant kortrapport fra en fagdag i Tromsø (Weber og Rydheim, 2013) ser på TUD i Tromsø. Dette er et samarbeid om arbeidet med og for personer underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold som ble inngått i 2010 mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, med støtte fra Helsedirektoratet. De har etter hvert invitert inn personer underlagt TUD, og de jobber blant annet med følgende spørsmål: Hva skal til for å gi forsvarlig hjelp på en måte som virker minst mulig belastende? Hvordan erfarer de som er underlagt tvunget vern uten døgn det? Hva er alternativene til tvang? Helse Nord har også finansiert en stipendiat som studerer TUD og denne forskningen fra UNN og Tromsø kommune er verdt å følge med på.¹⁷

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

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

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

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

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

¹⁷ <http://finmarksnettverket.files.wordpress.com/2011/05/tud-fagdag-i-tromsc3b8-20-02-2013-astrid-k-weber-og-siv-helen-rydheim-26-03-13.pdf>

Tabell 13.2 Om utskrivningsklar, hva er årsaken til at pasienten ikke er utskrevet? Psykisk helsevern.

	Totalt	Andel	Prosent av alle pasienter
Pasienten trenger bolig, men det er ikke tilgjengelig	57	33	2,4
Pasienten trenger forsterket ettervernsbolig, men det er ikke tilgjengelig	36	21	1,5
Pasienten trenger omfattende omsorgstiltak i kommunen som ikke er tilgjengelig	60	35	2,5
Annet	20	12	0,8
Totalt	173	100	7,4
Antall og andel unike pasienter som venter på kommunale tjenester	157		6,7

Vi beregner at 6,7 prosent av alle pasientene i psykisk helsevern vurderes som utskrivningsklare, men venter på kommunale tjenester. Minst halvparten trenger en bolig, mens det for andre handler om omfattende omsorgstiltak. Fra de kvalitative svarene ser vi at det i stor grad dreier seg om behov for et døgnbemannet botilbud eller et botilbud med tilsyn på dagtid.

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

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

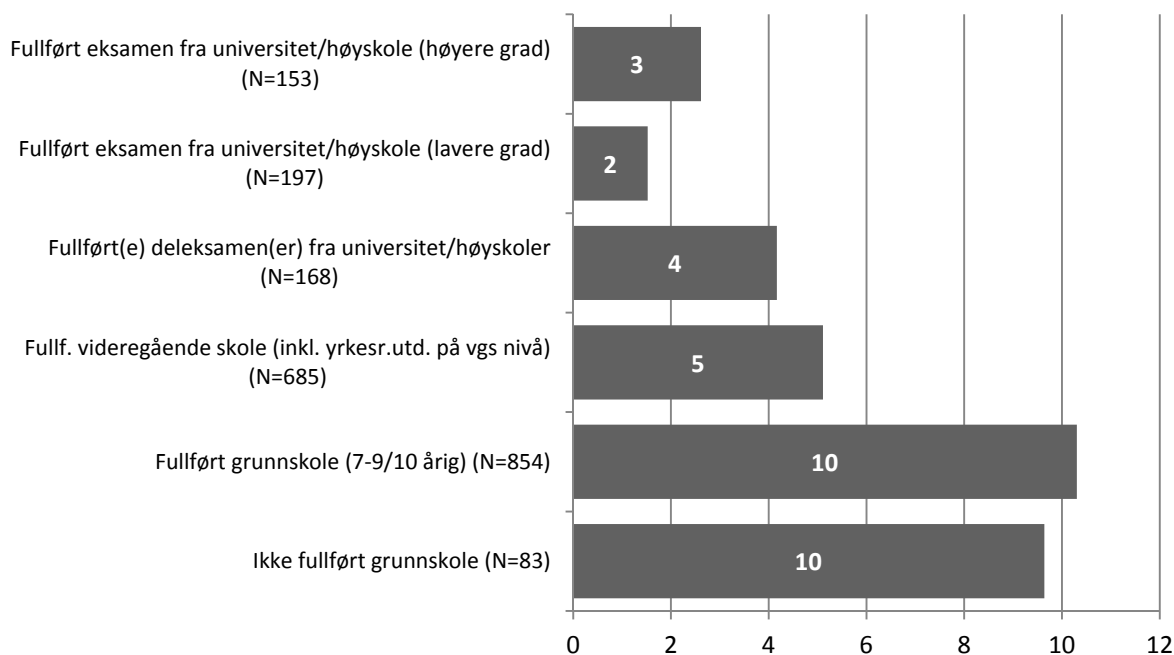
13.3 Kjennetegn ved utskrivningsklare pasienter

Vi har gjort analyser på hva som kjennetegner de 157 pasientene i utvalget fra psykisk helsevern som vurderes som reelle ventende utskrivningsklare pasienter og som venter på et kommunalt tilbud (6,7 prosent av alle pasienter).

Vi har først testet om følgende kjennetegn har sammenheng med sannsynligheten for å være utskrivningsklar: kjønn, alder, utdanning, alvorlig diagnose¹⁸ og rusdiagnose. Vi finner at kvinner har noe lavere sannsynlighet for å være utskrivningsklare enn menn (hhv 5 og 8 prosent), men vi finner

¹⁸ Alvorlige psykisk lidelser er her definert ved bruk av ICD10 kodene F20, F22-F29, F30-F31 som hoveddiagnose. I denne avgrensningen er schizofrenier, paranoide lidelser, psykoser og maniske tilstander vektlagt, mens personlighetsforstyrrelser er holdt utenfor. Forkortelsen SMI (severe mental illness) er ofte brukt i internasjonal litteratur. Denne pasientgruppen representerer de mest alvorlig syke i det psykiske helsevernet. I flere sammenhenger er det viktig å skille mellom alvorlige psykiske lidelser og øvrige psykiske lidelser fordi de to pasientgruppene trenger ulik ressursinnsats og er en nødvendig differensiering av pasientpopulasjonen. (Lilleeng et al., 2009a)

ingen sammenheng i forhold til alder. Sammenhengen er derimot tydelig når det gjelder utdanning.



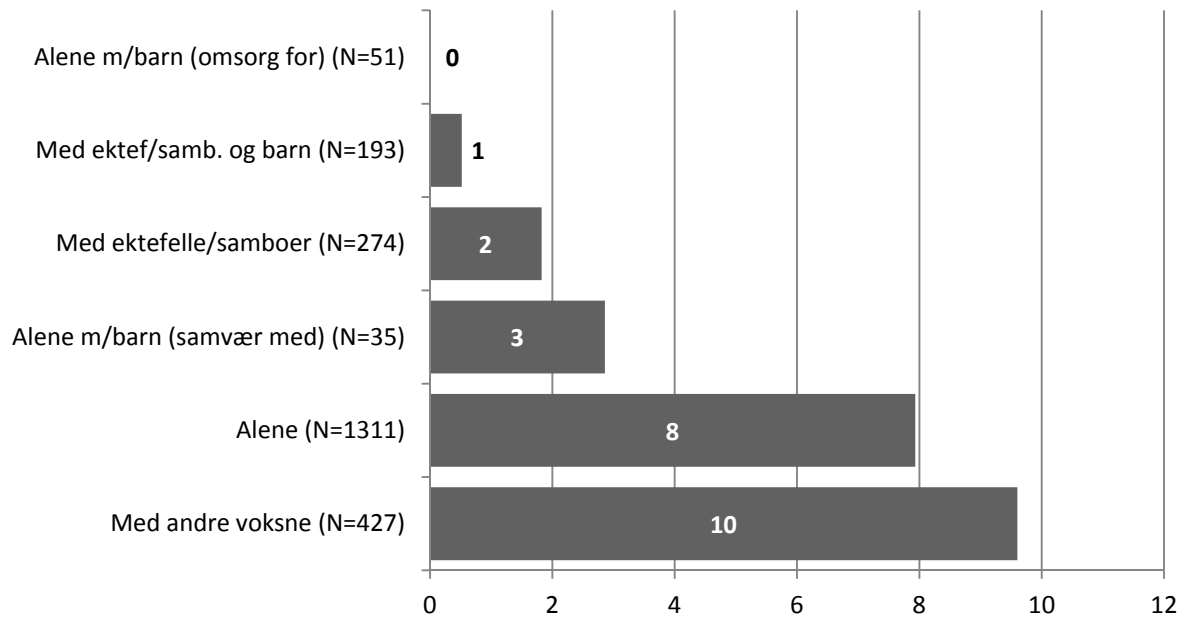
Figur 13.1 Andel ventende utskrivningsklare etter utdanning i psykisk helsevern

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

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

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

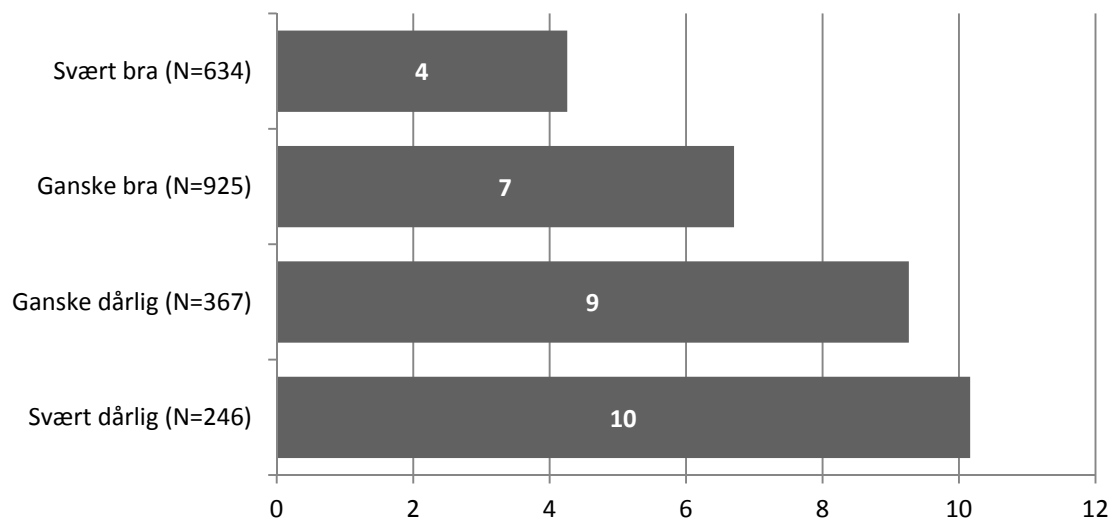
Vi har videre sett på hvordan nettverk og sosial støtte korrelerer med sannsynligheten for å være utskrivningsklar. En hypotese kan være at pasienter som er utskrivningsklar har et svakere nettverk rundt seg og har lavere sosial støtte. Vi ser først på familiesituasjonen/boforhold. De fleste pasientene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



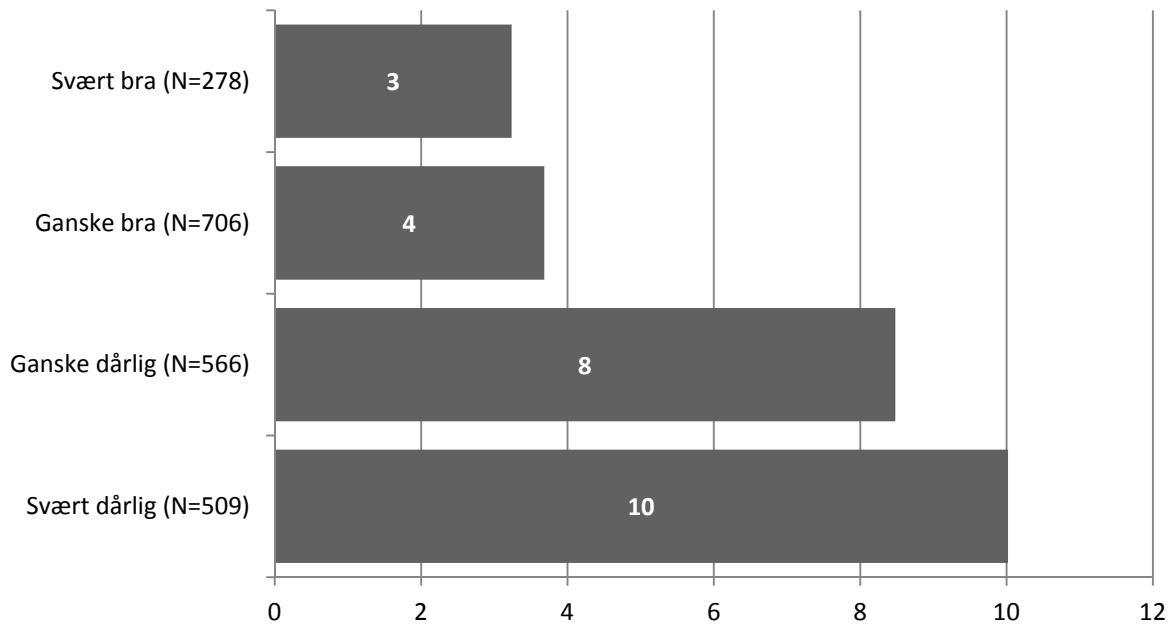
Figur 13.2 Andel utskrivningsklar etter hvem pasienten bor sammen med.

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

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

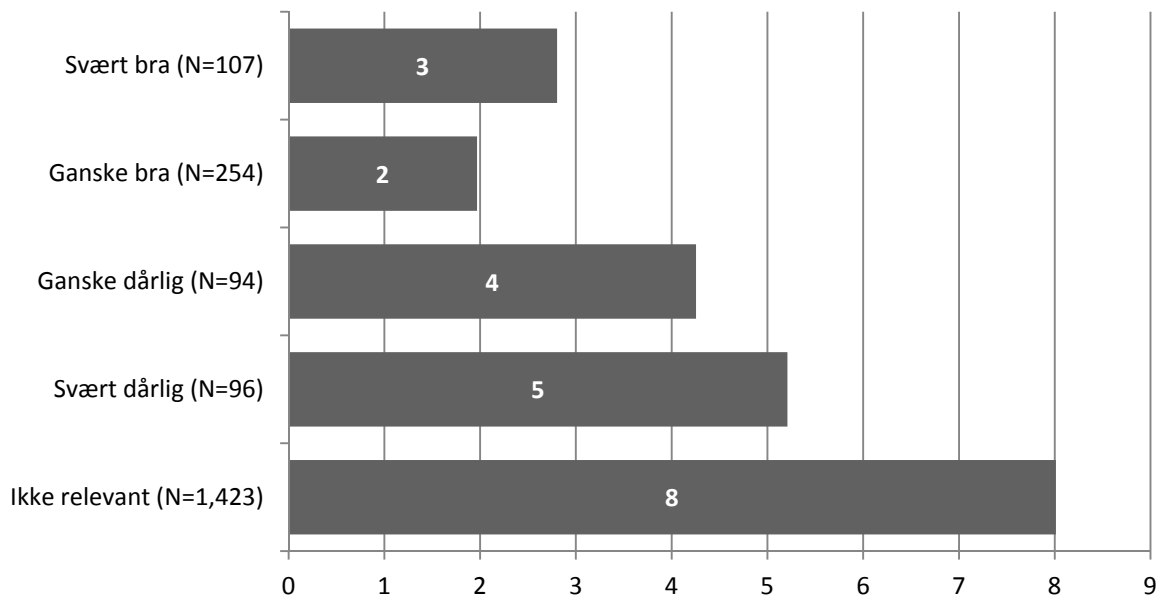


Figur 13.3 Andel utskrivningsklare etter hvordan pasientens familienettverk vurderes



Figur 13.4 Andel utskrivningsklare etter hvordan pasientens venner nettverk vurderes

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



Figur 13.5 Andel utskrivningsklare etter hvordan pasientens arbeidsplassnettverk vurderes

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

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

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

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

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

Tabell 13.3 Regresjonsresultater enkel logit modell der avhengig variabel er "ventende utskrivningsklar"

	Odds Ratio (OR)*	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
Kjønn (mann)	1,355	0,320	1,290	0,198	0,853 2,153
Lav utdanning	1,818	0,421	2,580	0,010	1,155 2,863
Bor med ektefelle	0,327	0,197	-1,860	0,063	0,101 1,064
SMI	1,103	0,259	0,420	0,676	0,696 1,748
Rusdiagnose	0,708	0,207	-1,180	0,238	0,399 1,256
Godt familienettverk	0,777	0,181	-1,080	0,279	0,492 1,227
Godt vennenettverk	0,487	0,136	-2,570	0,010	0,282 0,843
Er uten arbeid	1,907	0,611	2,010	0,044	1,017 3,574
Innlagt ø-hjelp	1,179	0,315	0,620	0,536	0,699 1,989
Reinnlagt	2,197	0,665	2,600	0,009	1,213 3,978
Akuttavd	0,486	0,172	-2,040	0,042	0,243 0,973
Sikkerhetsavdeling	0,600	0,277	-1,110	0,268	0,243 1,483

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

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

Tabell 13.4 Korrelasjonsmatrise *P>0,05

	Utskrivningsklar	Kjønn (mann)	Lav utdanning	Bor med ektefelle	SMI	Rusdiagnose
Utskrivningsklar	1					
Kjønn (mann)	0,0516*	1				
Lav utdanning	0,1168*	0,0835*	1			
Bor med ektefelle	-0,1088*	-0,1385*	-0,1538*	1		
SMI	0,0705*	0,1760*	0,0918*	-0,1735*	1	
Rusdiagnose	0,0087	0,2034*	0,1309*	-0,1197*	0,0577*	1
Godt familienettverk	-0,0633*	-0,0847*	-0,0710*	0,1335*	-0,0592*	-0,0624*
Godt vennerettverk	-0,1108*	-0,1756*	-0,1742*	0,2095*	-0,1518*	-0,1280*
Er uten arbeid	0,0888*	0,0195	0,2042*	-0,1095*	0,1632*	0,1357*
Innlagt ø-hjelp	0,0629*	0,0572*	0,0494*	-0,0496*	0,1587*	0,0551*
Reinnlagt	0,0931*	-0,0074	0,0276	-0,0499*	0,0732*	0,0600*
Akuttavd	-0,039	0,0205	-0,0021	0,0181	0,0235	0,0432*
Sikkerhetsavdeling	0,0438*	0,2032*	0,1249*	-0,1120*	0,1772*	0,1195*

Tabell 13.5 forts Korrelasjonsmatrise *P>0,05

	Godt familienettverk	Godt vennerettverk	Er uten arbeid	Innlagt ø-hjelp	Reinnlagt	Akuttavd.	Sikkerhetsavdeling
Rusdiagnose							
Godt familienettverk	1						
Godt vennerettverk	0,3403*	1					
Er uten arbeid	-0,0659*	-0,2218*	1				
Innlagt ø-hjelp	-0,0381	-0,0819*	0,0323	1			
Reinnlagt	-0,0464*	-0,0385	0,032	0,3981*	1		
Akuttavd	-0,0199	0,028	-0,0465*	0,4511*	0,2135*	1	
Sikkerhetsavdeling	-0,1071*	-0,1385*	0,1009*	-0,0191	0,0417	-0,0802*	1

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

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

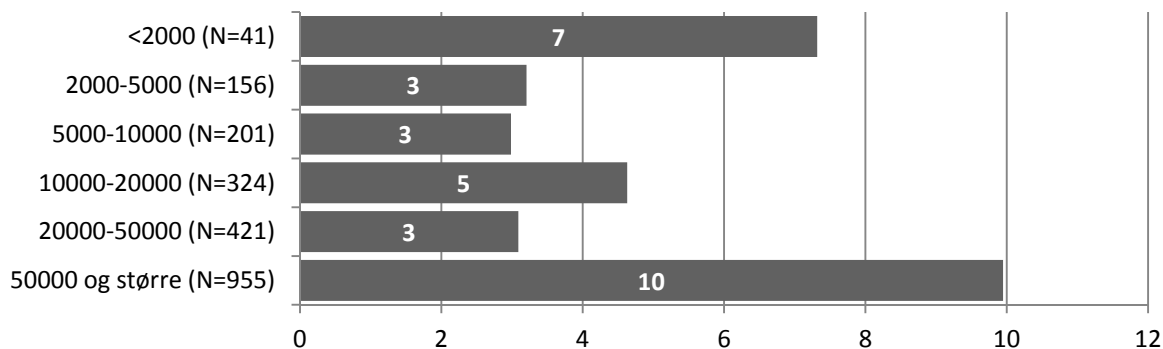
Tabell 2.4 Regresjonsresultater enkel logit modell der avhengig variabel er "ventende utskrivningsklar". Redusert modell

	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
Lav utdanning	2,346	0,419	4,770	0,000	1,653 3,330
SMI	1,419	0,252	1,970	0,048	1,002 2,010
Godt familienettverk	0,675	0,121	-2,190	0,028	0,475 0,959
Innlagt ø-hjelp	1,446	0,261	2,040	0,041	1,015 2,059

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

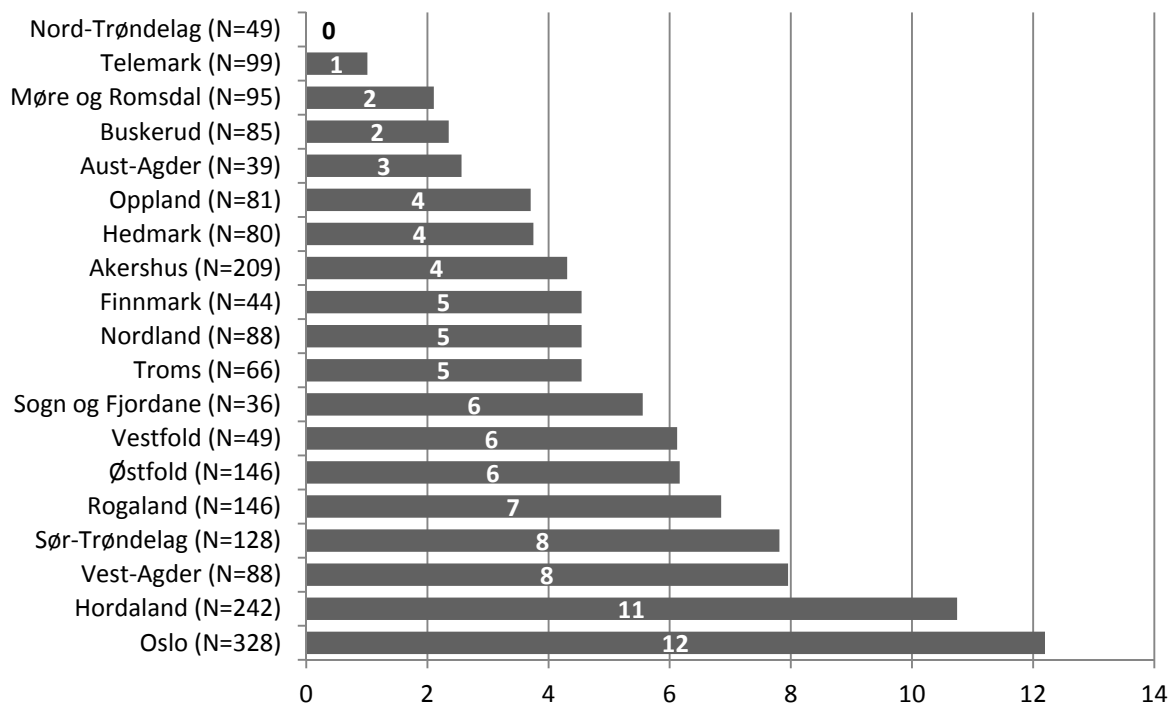
Vi ser i neste avsnitt på variasjon i andel ventende utskrivningsklare etter kommunestørrelse og fylke.

13.4 Kommunestørrelse og fylke



Figur 13.6 Andel ventende utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern etter kommunestørrelse

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



Figur 13.7 Bostedskommune og utskrivningsklar, fylke.

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

Tabell 13.6 Andel utskrivningsklar etter pasientens bostedskommune, de største kommunene

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

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

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

Tabell 13.7 Logit modell (redusert) med dummyer for kommunestørrelse

	Odds Ratio*	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
Lav utdanning	2,235	0,427	4,210	0,000	1,537 3,250
SMI	1,408	0,270	1,780	0,075	0,967 2,050
Godt familienettverk	0,680	0,131	-2,010	0,044	0,467 0,991
Innlagt ø-hjelp	1,246	0,240	1,140	0,253	0,854 1,817
<2000 (base)					
2000-5000	0,281	0,223	-1,600	0,110	0,059 1,334
5000-10000	0,378	0,280	-1,320	0,188	0,089 1,611
10000-20000	0,520	0,346	-0,980	0,326	0,141 1,917
20000-50000	0,319	0,217	-1,680	0,092	0,085 1,206
50000 og større	1,068	0,665	0,110	0,915	0,316 3,617

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

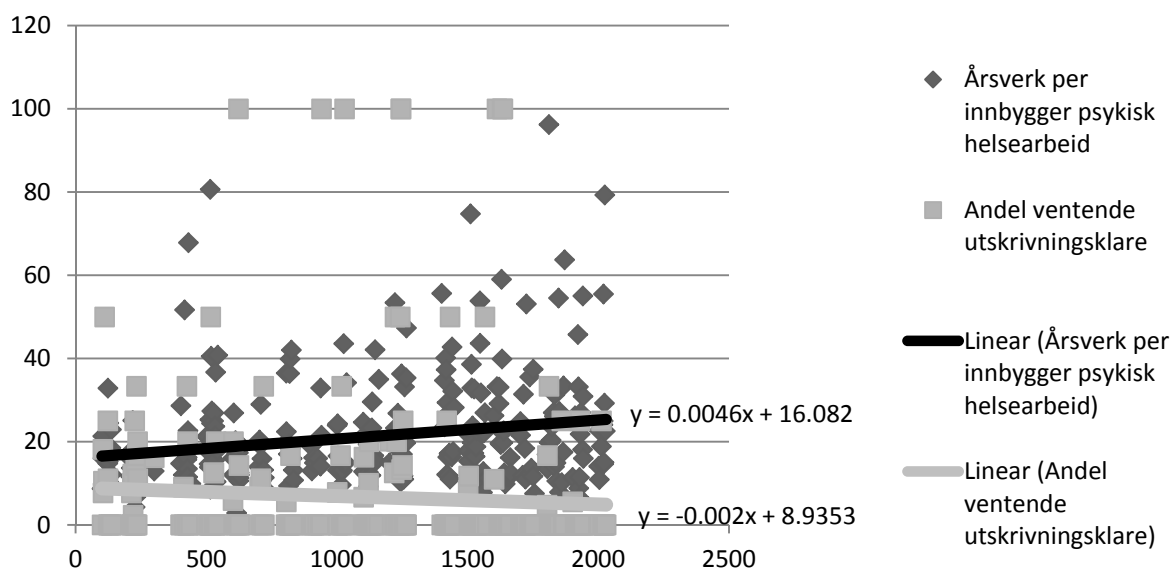
Vi finner at størrelsen på bostedskommunen forklarer i liten grad mer av variasjonen i sannsynligheten for å være utskrivningsklar enn det modellen med individuelle faktorer gjør. Det er altså de individuelle faktorene som dominerer, heller enn kommunestørrelse. Dersom vi setter inn en dummy kun for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

Tabell 13.8 Logit modell (reduisert) med dummys for kommunestørrelse

	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
Lav utdanning	2,245	0,428	4,240	0,000	1,544 3,262
SMI	1,385	0,265	1,700	0,088	0,952 2,015
Godt familienettverk	0,687	0,131	-1,970	0,049	0,472 0,999
Innlagt ø-hjelp	1,260	0,242	1,200	0,230	0,864 1,835
Stor kommune	2,661	0,531	4,910	0,000	1,800 3,934

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

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

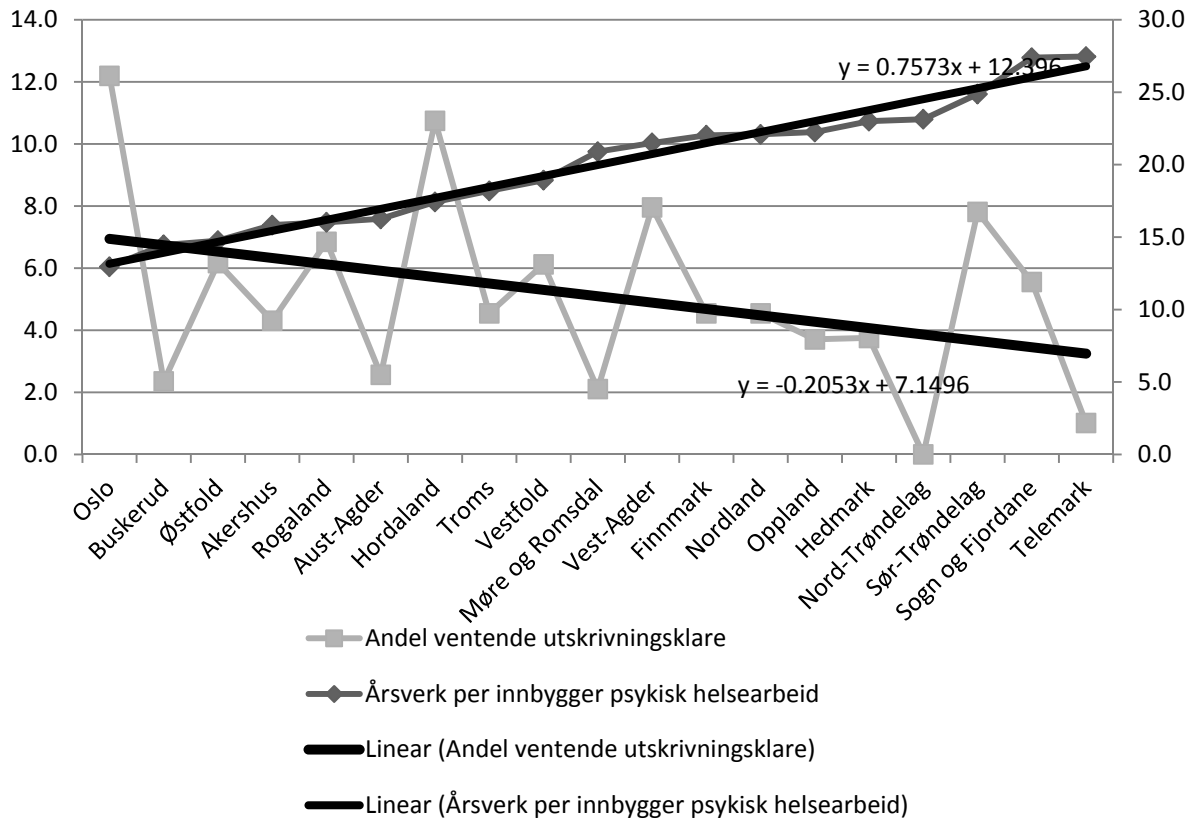


Figur 13.8 Årsverk psykisk helsearbeid og andel ventende utskrivningsklare med bostedsadresse i kommunen.

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

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

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



Figur 13.9 Årsverk psykisk helsearbeid og andel ventende utskrivningsklare med bostedsadresse i kommunen, gruppert etter fylke.

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

13.5 Oppsummering

Vi har beregnet at 7 prosent av pasientene i psykisk helsevern er utskrivningsklare, men venter på et kommunalt tilbud. Dette dreier seg i stor grad om et boligtilbud.

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

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

14 Forebygging av innleggelser

I den første rapporten fra pasientkartleggingen blant døgnpasientene i psykisk helsevern, så vi også på om det var særlig omfang av pasienter der innleggelse i døgnbehandling i psykisk helsevern kunne vært unngått (Ose og Slettebak, 2013). Vi kalte dette unødvendige innleggelser, selv om innleggelsene ikke kan sies å være unødvendig for pasientene. I dette kapitlet gjengir vi det vi fant om dette i forrige rapport for at denne rapporten skal inneholde de samlede funnene fra kartleggingen.

14.1 Innledning

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

Legeforeningen har tidligere uttalt at de avviser bruken av begrepet unødvendige innleggelser, fordi den ikke kan være unødvendig så lenge det ikke finnes et alternativt tilbud til innleggelsen.¹⁹

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

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

14.2 Omfang unødvendige innleggelser

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

¹⁹<http://legeforeningen.no/Nyheter/2009/med-styrket-kommunale-tilbud-kunne-flere-innleggelser-vart-unngatt/>

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

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

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

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

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

Tabell 14.1 Kunne innleggelse vært unngått om pasienten hadde følgende tilbud:

	Antall	Prosent
Nei, innleggelse kunne trolig ikke vært	1 615	77
Kommunal bolig med bemanning	184	9
Kommunal bolig med tilsyn på dagtid	98	5
Andre kommunale tilbud	203	10
Total	2 100	100

Vi anslår derfor at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått om ulike kommunale tilbud hadde vært etablert og utviklet.

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

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

14.3 Årsaker til unødvendig innleggelser

Som vist i tabell 14.1, er det 14 prosent av pasientene som er unødvendig innlagt fordi de ikke har et kommunalt boligtilbud etter et boligtilbud med tilsyn på dagtid. I tillegg er det en rekke tjenester som må være på plass for disse pasientgruppene, både i kombinasjon med et eksisterende boligtilbud eller i tillegg til et nytt boligtilbud. For 176 pasienter er det fylt ut informasjon om hvilke andre kommunale tilbud som kunne ha hindret at pasienten måtte innlegges.

Det er interessant å gå gjennom disse svarene for å få frem hvilke sentrale problemstillinger som er aktuelle for å hindre unødvendig innleggelse. Vi bruker derfor litt plass på en del sitater før vi konkluderer rundt hovedpunktene i neste avsnitt. Utfyllingen er gjort av behandleren i samarbeid med pasienten der det har vært mulig å få til dette. Pasienten har, som nevnt tidligere i rapporten, vært med på utfyllingen i 55 prosent av tilfellene.

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

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

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

Dersom pasienten hadde hatt bolig kunne innleggelse vært unngått.

Det vurderes at pasienten trenger døgnomsorg da hans funksjon er dårlig

Det vurderes å søke om psykiatribolig til pasienten.

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

Institusjon som eksempelvis sykehjem.

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

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

Kommunal bolig med tett oppfølging fra psykiatrien og rusbehandling.

Kommunal bolig uten tilsyn, med økonomisk støtte.

Kommunal bolig, helst med 1-1 oppfølging.

Mer bemanning i bolig og større forståelse for pasientens lave fungering

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

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

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

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

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

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

Aktiviseringstilbud/vernet arbeid

Aktivisering sosialt og arbeidsmessig

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

Flere timer fra oppfølging og miljøarbeidertjenesten. Dagsentertilbud.

Støttekontakt

Tilsyn, samtale, aktiviteter

Transport til dagtilbud i nærområdet

Aktiviseringstilbud dagtid

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

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

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

Oppfølging av fastlege, hjemmesykepleie, psykiatrisk ambulanseteam

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

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

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

Tettere oppfølging blant annet av poliklinisk behandler.

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

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

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

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

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

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

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

Psykisk helsearbeider, men dette har pasienten ikke ønsket selv.

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

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

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

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

Pasient har ikkje vore samarbeidsvillig til kommunal, bemanna bolig.

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

Dette med "help seeking behaviour" er svært viktig og vi har tidligere (gjennom IS-24 rapportene) vist til dette problemet i de kommunale psykisk helsearbeidstjenestene. Vi har foreslått at det bør settes i gang prosjekt for å utvikle gode tiltak og arbeidsformer som gjør pasientene mer mottakelig

for hjelp og støtte fra kommunale tjenester. Når dette kommer så tydelig frem også i hva som kunne vært gjort for å unngå innleggelse, bør kanskje dette være ett av de viktigste satsningsområdene fremover.

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

Skjermet sykehusavdeling med god legekompertanse på adferdsproblemer ved demens

Økt kompetanse i kommunen på pasientens behov v/sykdom

Tilrettelagt bolig med høy bemanning med kunnskap/erfaring med utagering

Kommunal bolig med autisme/asberger-kompetanse

Tettere og omfattende oppfølging fra psykisk helsearbeid/psykiatritjeneste:

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

Oppfølging psykososialt og praktisk

Tettere oppfølging fra psykiatritjenesten

Ønsker mer tilsyn fra kommunal psykiatritjeneste

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

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

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

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

Psykiatrisk sykepleier som kom hjem til pasienten og gav medisin.

Tettere oppfølging i egen bolig.

Tilbud om mer oppfølging fra hjemmetjeneste kunne trolig avhjulpet situasjonen.

Trenger tettere oppfølging fra rus og psykiatri i hjemkommunen.

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

Usikkert, men sannsynlig vært forebyggende med sentrale tilbud i kommunen

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

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

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

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

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

Bedre oppfølging mht medisiner

Støttesamtaler, opplegg ifht medisiner

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

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

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

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

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

14.4 Oppsummert

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

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

Referanser

- Alnes, N. H. 2011. "Barn har ikke tid til å vente." *Tidsskr Nor Legeforen* nr. 131:1541-2.
- Andersen, I., K. Thielen, E. Nygaard, og F. Diderichsen. 2009. "Social inequality in the prevalence of depressive disorders." *J Epidemiol Community Health* nr. 63 (7):575-81. doi: 10.1136/jech.2008.082719.
- Aslund, C., B. Starrin, og K. W. Nilsson. 2014. "Psychosomatic symptoms and low psychological well-being in relation to employment status: the influence of social capital in a large cross-sectional study in Sweden." *International Journal for Equity in Health* nr. 13:10. doi: 10.1186/1475-9276-13-22.
- Bengtsson-Tops, A. 2004. "Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network." *J Psychiatr Ment Health Nurs* nr. 11 (3):298-304. doi: 10.1111/j.1365-2850.2003.00718.x.
- Bremnes, R., T. Hatling, og J.H. Bjørngaard. 2008. *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007.* , SINTEF Helse, rapport A8231., Trondheim.
- Dalgard, O. S., A. Mykletun, M. Rognerud, R. Johansen, og P. H. Zahl. 2007. "Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway." *Bmc Psychiatry* nr. 7:9. doi: 10.1186/1471-244x-7-20.
- Dieserud, G., M. Loeb, og O. Ekeberg. 2001. "[Suicide and suicide attempts in Baerum 1984-95]." *Tidsskr Nor Laegeforen* nr. 121 (9):1026-31.
- Elbogen, Eric B, og Sally C Johnson. 2009. "The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." *Archives of general Psychiatry* nr. 66 (2):152-161.
- Haave, P. 2008. *Ambisjon og handling Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv.* Oslo: Unipub forlag.
- Hagen, H. 1992. *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1989.*, NIS-rapport 6/92, SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim. .
- Hagen, H. 1997. *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1 november 1994.*, SINTEF Unimed-rapport 5/97, SINTEF Unimed, Trondheim.
- Hagen, H. 2001. *Pasienter i psykisk helsevern for voksne. 1 november 1999.*, SINTEF Rapport 5/01., SINTEF Unimed, Trondheim.
- Hagen, H., og T. Ruud. 2004. *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003*, SINTEF Rapport 3/04 SINTEF Helse, Trondheim.
- Hartvig, P., S. A. Alfarnes, M. Skjonberg, T. A. Moger, og B. Ostberg. 2006. "Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities: A preliminary study." *Nordic Journal of Psychiatry* nr. 60 (3):243-248. doi: 10.1080/08039480600780532.
- Hawton, K., E. Agerbo, S. Simkin, B. Platt, og R. J. Mellanby. 2011. "Risk of suicide in medical and related occupational groups: A national study based on Danish case population-based registers." *Journal of Affective Disorders* nr. 134 (1-3):320-326. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.044.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2006. Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. I *Ot.prp.nr. 65*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hermundstad, Gunvald. 2005. "Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl." *tidsskrift for norsk psykologforening* nr. 42:3-8.
- Holum, L. C. 2012. ""It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care." *International Journal of Integrated Care* nr. 12:12.

- Hustoft, K., T. K. Larsen, B. Auestad, I. Joa, J. O. Johannessen, og T. Ruud. 2013. "Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry." *International Journal of Law and Psychiatry* nr. 36 (2):136-143. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.01.006.
- Husum, T. L., J. H. Bjørngaard, A. Finset, og T. Ruud. 2011. "Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* nr. 46 (9):893-901. doi: 10.1007/s00127-010-0259-2.
- Johannessen, H. A., G. Dieserud, F. Jakhelln, P. H. Zahl, og D. De Leo. 2009. "Changes in institutional psychiatric care and suicidal behaviour: a follow-up study of inpatient suicide attempters in B'rum, Norway." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* nr. 44 (10):845-851. doi: 10.1007/s00127-009-0006-8.
- Kalseth, J., S. O. Ose, B. Kalseth, B. Paulsen, og J Magnussen. 2013. *Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*, Diskusjonsrapport februar 2013. SINTEF.
- Kaspersen, S.L., S.O. Ose, og J. Kalseth. 2009. *Sammenstilling av personellinnsats: Det psykiske helsearbeidet i kommunen og det psykiske helsevernet 2007. I SAMDATA sektorrappport for det psykiske helsevernet 2008 2/09 (ed P.B. Pedersen).* SINTEF-rapport A12373, Trondheim.
- Korhonen, T., K. Vehvilainen-Julkunen, og A. Pietila. 2008. "Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder?" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* nr. 15 (9):767-776. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01309.x.
- Kurtze, N., T. A. Eikemo, og C. B. Kamphuis. 2013. "Educational inequalities in general and mental health: differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet." *Eur J Public Health* nr. 23 (2):223-9. doi: 10.1093/eurpub/cks055.
- Lilleeng, S.E., S.O. Ose, R. Bremnes, P.B. Pedersen, og T. Hatling. 2009. *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. November 2007*, SINTEF Rapport A9712, Trondheim.
- Lundin, A., og T. Hemmingsson. 2009. "Unemployment and suicide." *Lancet* nr. 374 (9686):270-1. doi: 10.1016/s0140-6736(09)61202-2.
- Molarius, A., K. Berglund, C. Eriksson, H. G. Eriksson, M. Linden-Bostrom, E. Nordstrom, C. Persson, L. Sahlqvist, B. Starrin, og B. Ydreborg. 2009. "Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors - a population-based study in Sweden." *Bmc Public Health* nr. 9:9. doi: 10.1186/1471-2458-9-302.
- Mäki, Netta, og Pekka Martikainen. 2009. "The role of socioeconomic indicators on non-alcohol and alcohol-associated suicide mortality among women in Finland. A register-based follow-up study of 12 million person-years." *Social Science & Medicine* nr. 68 (12):2161-2169. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.006>.
- Ose, S. O. 2007. *Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov.* , SINTEF-rapport A1254, SINTEF, Trondheim.
- Ose, S.O , og R.T Slettebak. 2014. *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon.* Redigert av SINTEF Rapport A25834.
- Ose, S.O, og R.T Slettebak. 2013. *Unødvendige innleggelses, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene, SINTEF Rapport A25247.*
- Owens, David, Judith Horrocks, og Allan House. 2002. "Fatal and non-fatal repetition of self-harm Systematic review." *The British Journal of Psychiatry* nr. 181 (3):193-199.
- Pedersen, P. B., og A. M. Bjerkan. 2008. *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport III*, SINTEF A7588, Trondheim.
- Pedersen, P.B. 2013. "Kapittel 16: Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet." I *Samdata. Spesialisthelsetjenesten 2012.*, redigert av B.M. Huseby. Rapport IS-2074: Helsedirektoratet.
- Pedersen, P.B. , S.E. Lilleeng, og S. Marit. 2008. *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport I*, SINTEF A6400, Trondheim.

- Pedersen, P.B., K. Røhme, og T. Hatling. 2007. *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller?*, SINTEF Helse, rapport A686, Trondheim.
- Pedersen, P.B., M. Sitter, S. E. Lilleeng, og K.I. Gravbrøt. 2013. *Distriktpsikiatriske tjenester 2012: Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre*, SAMDATA IS-2123, Helsedirektoratet.
- Piippo, J., og J. Aaltonen. 2004. "Mental health: integrated network and family-oriented model for co-operation between mental health patients, adult mental health services and social services." *Journal of Clinical Nursing* nr. 13 (7):876-885. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00958.x.
- Pirkola, S., B. Sohlman, H. Heila, og K. Wahlbeck. 2007. "Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: A nationwide register study in Finland." *Psychiatric Services* nr. 58 (2):221-226. doi: 10.1176/appi.ps.58.2.221.
- Pirkola, S., B. Sohlman, og K. Wahlbeck. 2005. "The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation - a nationwide register study." *Bmc Psychiatry* nr. 5:5. doi: 10.1186/1471-244x-5-32.
- Pirkola, S., R. Sund, E. Sailas, og K. Wahlbeck. 2009. "Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis." *Lancet* nr. 373 (9658):147-153. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61848-6.
- Pulkki-Raback, L., K. Ahola, M. Elovainio, M. Kivimaki, M. Hintsanen, E. Isometsa, J. Lonnqvist, og M. Virtanen. 2012. "Socio-economic position and mental disorders in a working-age Finnish population: the health 2000 study." *European Journal of Public Health* nr. 22 (3):327-332. doi: 10.1093/eurpub/ckr127.
- Ruud, T., E. W. Martinsen, og S. Friis. 1998. "Chronic patients in psychiatric institutions: psychopathology, level of functioning and need for care." *Acta Psychiatr Scand* nr. 97 (1):55-61.
- Sellstrom, E., S. Bremberg, og P. O'Campo. 2011. "Yearly incidence of mental disorders in economically inactive young adults." *European Journal of Public Health* nr. 21 (6):812-814. doi: 10.1093/eurpub/ckq190.
- Skarbo, T., J. H. Rosenvinge, og A. Holte. 2005. "Suicide attempts and life events 5-9 years after referral for emergency psychiatric outpatient treatment." *Nordic Journal of Psychiatry* nr. 59 (4):264-271. doi: 10.1080/08039480500213626.
- Steen, Thorvald. 2005. *Asylet Gaustad sykehus 150 år*: Aschehoug.
- Suominen, K. H., E. T. Isometsa, og J. K. Lonnqvist. 2002. "Comorbid substance use reduces the health care contacts of suicide attempters with schizophrenia spectrum or mood disorders." *Schizophrenia Bulletin* nr. 28 (4):637-647.
- Tidemalm, D., S. Elofsson, C. G. Stefansson, M. Waern, og B. Runeson. 2005. "Predictors of suicide in a community-based cohort of individuals with severe mental disorder." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* nr. 40 (8):595-600. doi: 10.1007/s000127-005-0941-y.
- Torvik, F. A., og K. Rognmo. 2011. *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Redigert av Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport 2011:4.
- Valtonen, H., K. Suominen, T. Partonen, A. Ostamo, og J. Lonnqvist. 2006. "Time patterns of attempted suicide." *Journal of Affective Disorders* nr. 90 (2-3):201-207. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.004.
- Vold, B. 1999. "Psykiatriens historie i Norge, del 1. Den store institusjonsoppbyggingen." *Psykiatri historie*.
- Vold, B. 2002. "Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling." *Statistiske Analyser (SA 56)*.
- Wright, N., og T. Stickley. 2013. "Concepts of social inclusion, exclusion and mental health: a review of the international literature." *J Psychiatr Ment Health Nurs* nr. 20 (1):71-81. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01889.x.
- Wynn, R., A. M. Kvalvik, og T. Hynnekleiv. 2011. "Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units." *Nord J Psychiatry* nr. 65 (2):133-7. doi: 10.3109/08039488.2010.513068.

- Øgar, B. 1981. *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1979. En undersøkelse spesielt med henblikk på langtidspatientenes situasjon.*, NIS-rapport 5/81. , Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim.
- Øgar, B., A. Kolstad, og O. Kindseth. 1986. *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1984. NIS-rapport 5/86.* , NIS-rapport 5/86., Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim.
- Øiesvold, Terje, O Saarento, S Sytema, H Vinding, G Göstas, O Lönnerberg, S Muus, M Sandlung, og L Hansson. 2000. "Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Studyon Sectorized Psychiatry." *Acta psychiatrica scandinavica* nr. 101 (5):367-373.
- Øverland, Svein. 2006. "selvskading." *Bergen: Fagbokforlaget.*

DØGNPASIENTER I PSYKISK HELSEVERN 20. NOVEMBER 2012

Det skal fylles ut ett skjema for hver døgnpasient som er innlagt ved institusjonen 20. november 2012. Utfylte skjema sendes samlet til Sentio senest 14. desember 2012.

OPPLYSNINGER OM INSTITUSJON

Institusjonens navn: Er dette en akuttavdeling? Ja Nei
Er dette en sikkerhetsavdeling? Ja Nei

Navn på post/avdeling:

Hvem har deltatt i utfyllingen av skjemaet: Behandler Pasient Samarbeidspart fra kommunen

Dersom noen av disse ikke har deltatt, hva er årsaken:

OPPLYSNINGER OM PASIENTEN

Fødsels- og personnummer eller D-nummer

Kjønn (om ikke samtykke fra pasient til å bruke personnummer):

Mann Kvinne

Fødselsår: (om ikke samtykke fra pasient til å bruke personnummer):

Bosted: (finn nr. fra side 7 og 8) Bydel Kommunenummer

Nåværende bosted:

Bosted ved fødsel: Kommunenummer

Hvis i Norge:

Om utenfor Norge, land:

Årstall bosatt i nåværende kommune:

Hovedsakelig boforhold siste 6 mnd før innleggelse (kryss av bare ett alternativ)

Egen eiet bolig (selveier, borettslag, etc)

Leid bolig i privat marked

Leid kommunal bolig

Uten fast egen bopel, bor hos:

Hos familie

Asylmottak

Hos venner

Hospits

Lavterskel botiltak

Bor ute det meste av året

Annet

Hvem bor pasienten sammen med?

Alene

Med ektefelle/samboer

Alene m/barn (samvær med)

Med ektef/samb. og barn

Alene m/barn (omsorg for)

Med andre voksne

Sivilstatus på registreringstidspunktet?

Gift

Ugift/enslig

Samboer

Skilt/separert

Registrert partnerskap

Enke/enkemann

Har pasienten omsorg for barn under 18 år?

Ja

Nei

Vet ikke

Hvis ja:

Antall egne barn:

Antall andre barn:

Er det satt i verk tiltak for oppfølging av barna?

Ja

Nei, men behov

Nei, ikke behov

Vet ikke

Hvem følger opp barna? (flere kryss mulig)

Barnevern

Familievernkontor

PPT/skole

BUP

VOP

Annet

Hovedinntektskilde siste år (kryss av bare ett alternativ)

Inntekt av eget arbeid

Sykepenger

Studielån/stipend

Arbeidsledighetstrygd

Arbeidsavklaringspenger

Uførepensjon

Alderspensjon

Sosial stønad

Annen trygd

Ingen inntekt

Annet, hva;

Høyeste fullførte utdanning (kryss av bare ett alternativ)

- Fullført eksamen fra universitet/høyskole (høyere grad)
 Fullført eksamen fra universitet/høyskole (lavere grad)
 Fullført(e) deleksamen(er) fra universitet/høyskoler
 Fullf. videregående skole (inkl. yrkesr.utd. på vgs nivå)
 Fullført grunnskole (7-9/10 årig)
 Ikke fullført grunnskole

Er pasienten:	Ja	Nei	Vet ikke
Asylsøker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flyktning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har fått endelig avslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan er pasientens nettverk?

	Familie	Venner	Arbeidsplass
Svært bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganske bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganske dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svært dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke relevant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VED INNLEGGELSE**Henvist fra:**

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fastlege/allmennlege | <input type="checkbox"/> legevakt |
| <input type="checkbox"/> psykiatrisk poliklinikk | <input type="checkbox"/> ambulante tjenester |
| <input type="checkbox"/> privatpraktiserende psykiater | <input type="checkbox"/> fengselshelsetjeneste |
| <input type="checkbox"/> privatpraktiserende psykolog | <input type="checkbox"/> ruspoliklinikk/rusteam |
| <input type="checkbox"/> barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) | <input type="checkbox"/> BUF-etat |
| | <input type="checkbox"/> annet |

Når ble pasienten innlagt? (denne innleggelsen)

Dato for innleggelse ved helseforetaket og ved sykehus/DPS som posten tilhører:

Helseforetaket:	Ved sykehus- eller DPS-enheten som posten/avd tilhører:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DD MM ÅÅ	DD MM ÅÅ

Henvisningsformalitet ved innleggelse (jfr. §3-1)

- Frivillig
 Tvungen observasjon /tvungent psykisk helsevern

Spesialistvedtak ved innleggelse- og nåværende status (sett ett kryss i hver kolonne)

	Ved innleggelse	Nå
Frivillig innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frivillig kontrakt (§ 2-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvungen observasjon (§ 3-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvungent psykisk helsevern (§ 3-3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dømt til psykisk helsevern (Straffeloven § 39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen lovhemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ved innleggelse til tvungent psykisk helsevern, var følgende tilleggskriterier (§ 3-3) tilstede (kryss av alle aktuelle kriterier)

Pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for:

- Eget liv/helse
 Andres liv/helse
 Utsikt til helbredelse/vesentl. bedring reduseres betydelig
 Stor sannsynlighet for vesentlig forverret tilstand

Ble pasienten innlagt for øyeblikkelig hjelp? Ja Nei

Ved innleggelse, var det mindre enn 30 dager siden pasienten sist ble utskrevet? Ja Nei

Har pasienten rett til prioritert helsehjelp? Ja Nei

Har pasienten stått på venteliste for å få behandling?

Ja Nei Hvis ja, dato for mottatt henvisning:

DD MM ÅÅ

Rusmiddelbruk de siste 4 uker før innleggelse

Mest brukte rusmiddel betyr det rusmiddel som ga mest rus-tid eller virkningstid (se koder side 7):

Type rusmiddel	Hvor ofte brukt siste 4 uker
Mest brukte rusmiddel/medikament	<input type="text"/>
2. mest brukte rusmiddel/medikament	<input type="text"/>
3. mest brukte rusmiddel/medikament	<input type="text"/>

Fyll inn tall

LAR pasient nå:

- Ja
 Nei
 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

NÅVÆRENDE BEHANDLINGSITUASJON

Diagnoser (ICD-10); relevante for dette oppholdet (bokstav, to siffer, 1-2 desimaler)

	Antatt sikker diagnose?		
	Ja	Nei	
Hoveddiagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bidiagnose 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bidiagnose 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er det brukt tvangsmidler siste 3 måneder? (§ 4-8)

	Ja	Nei
Mekaniske tvangsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korttidsvirkende legemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har det vært anvendt skjerming (i form av vedtak om skjerming og/eller skjerming uten vedtak) siste 3 måneder? (§ 4-3)

- Vedtak om skjerming Ja Nei
Skjerming uten vedtak Ja Nei

Er det fattet vedtak om tvangsbehandling siste 3 måneder? (§ 4-4)

Legemiddelbehandling Ja Nei
 Ernæring Ja Nei
 Annen behandling Ja Nei

Er det selvmordsproblemer/ selvskadetendens i forbindelse med nåværende opphold?

Nei
 Selvskading/selvskadetendens Selvmordstrusler
 Selvmordstanker Selvmordsforsøk

Har pasienten risiko for å utøve vold?

Ingen risiko Lav/moderat risiko
 Høy risiko Svært høy risiko

Hva er pasientens vekt? Hva er pasientens høyde?

kg cm

Hva er forventet varighet på nåværende opphold (kryss av kun ett alternativ)

Akuttbehandling 0-2 uker
 Korttidsopphold 2-6 uker
 Lengre utrednings- og behandl.opphold 6 uker-3 mnd
 Rehabiliteringsopphold 3-6 mnd
 Langtidsopphold 6 mnd-5 år
 Opphold 5 år og lenger
 Annet

Er en individuell plan utarbeidet/under utarbeidelse?

Ja, utarbeidet
 Ja, under utarbeidelse
 Nei
 Ikke aktuelt for denne pasienten
 Pasienten ønsker ikke
 Vet ikke

Er det oppnevnt en koordinator for tilbudet til denne pasienten?

Ja Nei Vet ikke

Er det etablert ansvarsgruppe for denne pasienten?

Ja Nei Vet ikke

Er pasienten utskrivningsklar?

Ja Nei Usikkert

Hvis ja:
 Hvor lenge har pasienten vært utskrivningsklar? Antall dager

Hva er årsaken til at pasienten ikke er utskrevet?

Pas. venter på annen behandling i spesialisthelse.tj
 Pasienten trenger bolig, men det er ikke tilgjengelig
 Pasienten trenger forsterket ettervernsbolig, men det er ikke tilgjengelig
 Pasienten trenger omfattende omsorgstiltak i kommunen som ikke er tilgjengelig

Annen årsak:

Kunne innleggelse vært unngått dersom pasienten hadde følgende kommunale tilbud?

	Ja	Nei
Kommunal bolig med bemanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunal bolig med tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre tilbud fra kommunen, hva:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENYTTET TJENESTETILBUD OG ANDRE KONTAKTER SISTE ÅR

Her ønsker vi at dere forsøker å kartlegge pasientforløpet og hvilke tjenester og tilbud pasienten har hatt i løpet av det siste året. **Sett minst ett kryss på hver linje/rad.**

		Nov 2012	Ca. Okt	Ca Sept	Ca Aug	Ca Juli	Ca Juni	Ca Mai	Ca April	Ca Mars	Ca Febr	Ca Jan	Ca Des 2011	Behov	
														Ja	Nei
Spesialisthelsetjeneste	Døgnopphold PHV	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Døgnopphold TSB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Poliklinisk beh./dagbehandling PHV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Poliklinisk beh./dagbehandling TSB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandling i somatisk sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Akuttinnleggelse/tvangsinnleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambulant team fra DPS/kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avrusning (akutt eller planlagt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	LAR (legemiddel assistert rehab.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunale tjenester	Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kommunal bolig med døgnbeman.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kommunal bolig m/tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Boligtilbud uten tilsyn eller beman.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privat omsorgsplass finansiert av kom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Praktisk hjelp i hjemmet, hj.tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psykisk helsearbeid, beh./samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ruskonsulent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lavterskel rustiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sosialtjeneste/NAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aktivitetssenter/dagsenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Støttekontakt gruppetiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Individuell støttekontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidstiltak i regi av NAV/kom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansvr.møte avholdt/møte koordinator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annet	Tannhelsetjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Forvern/ettervern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Treffsteder/møteplasser for brukergr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brukerdrevne selvhjelpsgrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KODER TIL BRUK PÅ NESTE SIDE

- 1= Tilbudet finnes ikke
- 2= Kapasitet på tilbudet er for lav
- 3= Usikkert om tilbudet har god nok kvalitet og det søkes ikke etablert
- 4= Pasienten ønsker ikke tilbudet
- 5= Behandler mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med pasientens behov
- 6= Pasienten mener innholdet i tilbudet ikke er i samsvar med sitt behov
- 7= Behandler mener pasientens ønske ikke er gjennomførbart på nåværende tidspunkt
- 8= Behandlende institusjon/behandler har lite kunnskap om tjenestene som eksisterer og hvordan tilbudet kan etableres for denne pasienten
- 9=Annet

Faktisk og ideelt behandlingstilbud i dag (20. november 2012)

		Pasientens tilbud i dag (sett kryss for faktiske tilbud)	Har ikke tilbud, men burde hatt (sett kryss for ideelle tilbud)	Om ikke tilbud, men burde hatt: bruk kodelisten på forrige side til å angi hvorfor?									
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Sykehus	Allmennpsykiatrisk avdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psykiatrisk senter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Akuttpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Korttids-/intermediærpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langtids rehabiliteringspost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alders-/psykogeriatrisk post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sikkerhetsavdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPS	Døgntilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Poliklinikk/dagtilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TSB	Døgntilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Poliklinikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dagtilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	Legemiddellassistert rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Annet tilbud i spesialisthelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tilbud fra kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke tilbud trenger pasienten ved utskriving, og vil pasienten få dette tilbudet?

		Har behov for (sett fl. kryss)	Vil pasienten få dette tilbudet når utskrevet?			Om ikke tilbud (eller usikkert), bruk kodelisten på forrige side til å angi hvorfor?										
			Ja	Nei	Usikkert	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Overføring til annet tilbud i sp.hjt	Døgntilbud PHV (fortsett behov)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Poliklinikk/dagtilbud PHV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Døgntilbud TSB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Poliklinikk/dagtilbud TSB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Somatisk sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	LAR (legemiddel assistert rehabilitering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunale tilbud	Kommunal bolig med døgnbemanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kommunal bolig m/tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Boligtilbud uten tilsyn eller bemanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Privat omsorgsplass finansiert av kom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Praktisk hjelp i hjemmet, hjemmetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psykisk helsearbeid, behandling/samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ruskonsulent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lavterskel rustiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sosialtjeneste/NAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aktivitetssenter/dagsenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Støttekontakt gruppetiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Individuell støttekontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arbeidstiltak i regi av NAV/kom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansvr.møte avholdt/møte koordinator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annet	Tannhelsetjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Forvern/ettervern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Treffsteder/møteplasser for brukergr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brukerdrevne selvhjelpsgrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan fungerer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for denne pasienten?

Hva fungerer bra?

Hva fungerer dårlig?

Hva skal til for at samarbeidet og koordineringen for denne pasienten skal fungere bedre?

	Svært godt	Ganske godt	Godt	Ganske dårlig	Svært dårlig
Kjenner behandler i psykisk helsevern (PHV) godt til tilbudet i bostedskommunen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er representantene fra kommunen godt kjent med tilbudet i spesialisthelsetjenesten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for deres innsats!

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Alkohol	Øl, sider, vin, brennevin osv.
2	Cannabis	Hasj, marihuana.
3	Heroin/opium	Heroin, opium.
4	Metadon, buprenorfin, andre opiat/opioider foreskrevet i LAR-program	Metadon, Subutex, Suboxone, evt. andre opioider foreskrevet innen et LAR-opplegg.
5	Metadon, buprenorfin, andre opiat/opioider foreskrevet utenfor LAR-program	Metadon, Subutex, Suboxone, Temgesic, Dolcontin, Morfin, Kapanol, Ketogan, Ketorax, Durogesic, Petidin, Actiq, Fortralin, Aporex, Nobligan, Tradolan, Tramadol, Tramagetic, Fentanyl, Leptanal, Rapifen, Sufenta, Ultiva, Codalgin forte, Paralgin forte/major/minor, Pinex forte, Kodein tbl., Cosylan mixt., Solvipect comp. mixt., Sterk hostesirup.
6	Metadon, buprenorfin, andre opiat/opioider ervervet uten at foreskrevet av lege	Metadon, Subutex, Suboxone, Temgesic, Dolcontin, Morfin, Kapanol, Ketogan, Ketorax, Durogesic, Petidin, Actiq, Fortralin, Aporex, Nobligan, Tradolan, Tramadol, Tramagetic, Fentanyl, Leptanal, Rapifen, Sufenta, Ultiva, Codalgin forte, Paralgin forte/major/minor, Pinex forte, Kodein tbl., Cosylan mixt., Solvipect comp. mixt., Sterk hostesirup.
7	Benzodiazepiner foreskrevet av lege	Inkludert benzodiazepinliknende midler. Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Alopam, Serepax, Alprazolam, Xanor, Rohypnol, Flunipam, Flutraz, Mogadon, Apodorm, Dormicum, Midazolam, Rivotril, Heminevrin, Imovane, Zopiklon(clone), Stilnoct, Zolpidem.
8	Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege	Inkludert benzodiazepinliknende midler. Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Alopam, Serepax, Alprazolam, Xanor, Rohypnol, Flunipam, Flutraz, Mogadon, Apodorm, Dormicum, Midazolam, Rivotril, Heminevrin, Imovane, Zopiklon(clone), Stilnoct, Zolpidem.
9	Andre vanedannende medikamenter	andre smertestillende midler (Pentothal-Natrium, Ketalar), andre angstdempende og søvnfremmende midler (Barbital, Heminevrin), sentralt virkende muskelavslappende midler (Somadril, Trancopal), antiepileptiske midler (Fenemal, Fenobarbitalnatrium, Mysoline, Amytal), migrenemidler (Anervan, Cafegot comp.), psykostimulerende midler (Ritalin, Concerta, Equasym, Modiodal, Racemisk amfetamin, Efedrin).
10	Amfetamin	Amfetaminer, metamfetaminer (speed, pepper, amf). (Sentraltstimulerende medikamenter som Efedrin, Ritalin, Concerta registreres som 09 (=Andre vanedannende medikamenter) (se over)).
11	Kokain	Kokainpulver, kokainklorid, andre former for kokain (unntatt crack, som registreres i kategori "12").
12	Crack	Crack-kokain.
13	Andre sentralstimulerende midler	Khat, Kat. (Sentraltstimulerende medikamenter (Ritalin, Concerta, Equasym, Modiodal, Racemisk amfetamin, Efedrin) registreres under 09 (=Andre vanedannende medikamenter) (se over)).
14	LSD og liknende	Hallusinogener som LSD, PCP, fleinsopp, peyote (psilocybin), mescaline.
16	Løsemidler	Lynol, white spirit, tyner, bensin, lim, lightergass o.l.
17	Rødsprit o.l.	Rødsprit, frostvæske, spylervæske, etterbarberingsvann, o.l.
19	Ecstasy og "designer drugs" unntatt GHB/GBL	"Designer drugs"; Ecstasy; (IXT, MDMA, MBDB, MDA, MDEA o.l.).
20	GHB/GBL	
21	Anabole steroider	
18	Annet	Koden anvendes for andre stoffer som det ikke er naturlig å gi en av kodene ovenfor.

Det er forskjellige verdier i kodeverket for samme rusmiddel avhengig av om rusmiddelet er foreskrevet av lege eller ikke.

Bydelskoder (kommunenummer på neste side):

Oslo kommune	Stavanger kommune	Bergen kommune	Trondheim kommune	Tromsø kommune
01: Alna	01: Eiganes og Våland	01: Arna	01: Byåsen	01: Fastlandet
02: Bjerke	02: Hillevåg	02: Bergenhus	02: Heimdal	02: Kvaløya
03: Frogner	03: Hinna	03: Fana	03: Nardo	03: Tromsøya
04: Gamle Oslo	04: Hundvåg	04: Fyllingsdalen	04: Saupstad	
05: Grorud	05: Madla	05: Laksevåg	05: Sentrum	
06: Grünerløkka	06: Tasta	06: Ytrebygda	06: Strinda	
07: Nordre Aker	07: Storhaug	07: Årstad		
08: Nordstrand		08: Åsane		
09: Sagene				
10: St. Hanshaugen				
11: Stovner				
12: Søndre Nordstrand				
13: Ullern				
14: Vestre Aker				
15: Østensjø				

Kommunennummer	
01 Østfold:	
0101	Halden
0104	Moss
0105	Sarpsborg
0106	Fredrikstad
0111	Hvaler
0118	Aremark
0119	Marker
0121	Rømskog
0122	Trøgstad
0123	Spydeberg
0124	Askim
0125	Eidsberg
0127	Skiptvet
0128	Rakkestad
0135	Råde
0136	Rygge
0137	Våler
0138	Hobøl
02 Akershus:	
0211	Vestby
0213	Ski
0214	Ås
0215	Frogn
0216	Nesodden
0217	Oppegård
0219	Bærum
0220	Asker
0221	Aurskog-Høland
0226	Sørums
0227	Fet
0228	Rælingen
0229	Enebakk
0230	Lørenskog
0231	Skedsmo
0233	Nittedal
0234	Gjerdrum
0235	Ullensaker
0236	Nes
0237	Eidsvoll
0238	Nannestad
0239	Hurdal
03 Oslo:	
0301	Oslo
04 Hedmark:	
0402	Kongsvinger
0403	Hamar
0412	Ringsaker
0415	Løten
0417	Stange
0418	Nord-Odal
0419	Sør-Odal
0420	Eidskog
0423	Grue
0425	Åsnes
0426	Våler
0427	Elverum
0428	Trysil
0429	Åmot
0430	Stor-Elvdal
0432	Rendalen
0434	Engerdal
0436	Tolga
0437	Tynset
0438	Alvdal
0439	Folldal
0441	Os
05 Oppland:	
0501	Lillehammer
0502	Gjøvik
0511	Dovre
0512	Lesja
0513	Skjåk
0514	Lom
0515	Vågå
0516	Nord-Fron
0517	Sel
0519	Sør-Fron
0520	Ringebu
0521	Øyer
0522	Gausdal
0528	Østre Toten
0529	Vestre Toten
0532	Jevnaker
0533	Lunner
0534	Gran
0536	Søndre Land
0538	Nordre Land
0540	Sør-Aurdal
0541	Etnedal
0542	Nord-Aurdal
0543	Vestre Slidre
0544	Øystre Slidre
0545	Vang
06 Buskerud:	
0602	Drammen
0604	Kongsberg
0605	Ringerike
0612	Hole
0615	Flå
0616	Nes
0617	Gol
0618	Hemsedal
0619	Ål
0620	Hol
0621	Sigdal
0622	Krødsherad
0623	Modum
0624	Øvre Eiker
0625	Nedre Eiker
0626	Lier
0627	Røyken
0628	Hurum
0631	Flesberg
0632	Rollag
0633	Nore og Uvdal
07 Vestfold:	
0701	Horten
0702	Holmestrand
0704	Tjønsberg
0706	Sandefjord
0709	Larvik
0711	Svelvik
0713	Sande
0714	Hof
0716	Re
0719	Andebu
0720	Stokke
0722	Nøtterøy
0723	Tjøme
0728	Lardal
08 Telemark:	
0805	Porsgrunn
0806	Skien
0807	Notodden
0811	Siljan
0814	Bamble
0815	Kragerø
0817	Drangedal
0819	Nome
0821	Bø
0822	Sauherad
0826	Tinn
0827	Hjartdal
0828	Seljord
0829	Kviteseid
0830	Nissedal
0831	Fyresdal
0833	Tokke
0834	Vinje
09 Aust-Agder:	
0901	Risør
0904	Grimstad
0906	Arendal
0911	Gjerstad
0912	Vegårshei
0914	Tvedestrand
0919	Froland
0926	Lillesand
0928	Birkenes
0929	Åmli
0935	Iveland
0937	Eveje og Hornnes
0938	Bygland
0940	Valle
0941	Bykle
10 Vest-Agder:	
1001	Kristiansand
1002	Mandal
1003	Farsund
1004	Flekkefjord
1014	Vennesla
1017	Songdalen
1018	Søgne
1021	Marnardal
1026	Åseral
1027	Audnedal
1029	Lindesnes
1032	Lyngdal
1034	Hægebostad
1037	Kvinesdal
1046	Sirdal
11 Rogaland:	
1101	Eigersund
1102	Sandnes
1103	Stavanger
1106	Haugesund
1111	Sokndal
1112	Lund
1114	Bjerkreim
1119	Hå
1120	Klepp
1121	Time
1122	Gjesdal
1124	Sola
1127	Randaberg
1129	Forsand
1130	Strand
1133	Hjelmeland
1134	Suldal
1135	Sauda
1141	Finnøy
1142	Rennesøy
1144	Kvitsøy
1145	Bokn
1146	Tysvær
1149	Karmøy
1151	Utsira
1160	Vindafjord
12 Hordaland:	
1201	Bergen
1211	Etne
1216	Sveio
1219	Bømlo
1221	Stord
1222	Fitjar
1223	Tysnes
1224	Kvinnherad
1227	Jondal
1228	Odda
1231	Ulensvang
1232	Eidfjord
1233	Ulvik
1234	Granvin
1235	Voss
1238	Kvam
1241	Fusa
1242	Samnanger
1243	Os
1244	Austevoll
1245	Sund
1246	Fjell
1247	Askøy
1251	Vaksdal
1252	Modalen
1253	Osterøy
1256	Meland
1259	Øygarden
1260	Radøy
1263	Lindås
1264	Austrheim
1265	Fedje
1266	Masfjorden
14 Sogn og fjordane:	
1401	Flora
1411	Gulen
1412	Solund
1413	Hyllestad
1416	Høyanger
1417	Vik
1418	Balestrand
1419	Leikanger
1420	Sogndal
1421	Aurland
1422	Lærdal
1424	Årdal
1426	Luster
1428	Askvoll
1429	Fjaler
1430	Gaular
1431	Jølster
1432	Førde
1433	Naustdal
1438	Bremanger
1439	Vågsøy
1441	Selje
1443	Eid
1444	Hornindal
1445	Gloppen
1449	Stryn
15 Møre og Romsdal:	
1502	Molde
1504	Ålesund
1505	Kristiansund
1511	Vanylven
1514	Sande
1515	Herøy
1516	Ulstein
1517	Hareid
1519	Volda
1520	Ørsta
1523	Ørskog
1524	Norddal
1525	Stranda
1526	Stordal
1528	Sykkylven
1529	Skodje
1531	Sula
1532	Giske
1534	Haram
1535	Vestnes
1539	Rauma
1543	Nasset
1545	Midstund
1546	Sandøy
1547	Aukra
1548	Fræna
1551	Eide
1554	Averøy
1557	Gjemnes
1560	Tingvoll
1563	Sunnal
1566	Surnadal
1567	Rindal
1571	Halsa
1573	Smøla
1576	Aure
16 Sør-Trøndelag:	
1601	Trondheim
1612	Hemne
1613	Snillfjord
1617	Hitra
1620	Frøya
1621	Ørland
1622	Agdenes
1624	Rissa
1627	Bjugn
1630	Åfjord
1632	Roan
1633	Osen
1634	Oppdal
1635	Rennebu
1636	Meldal
1638	Orkdal
1640	Røros
1644	Holtålen
1648	Midtre Gauldal
1653	Melhus
1657	Skaun
1662	Klæbu
1663	Malvik
1664	Selbu
1665	Tydal
17 Nord-Trøndelag:	
1702	Steinkjer
1703	Namsos
1711	Meråker
1714	Stjørdal
1717	Frosta
1718	Leksvik
1719	Levanger
1721	Verdal
1724	Verran
1725	Namdalseid
1736	Snåsa
1738	Lierne
1739	Røyrvik
1740	Namsskogan
1742	Grong
1743	Høylandet
1744	Overhalla
1748	Fosnes
1749	Flatanger
1750	Vikna
1751	Nærøy
1755	Leka
1756	Inderøy
18 Nordland:	
1804	Bodø
1805	Narvik
1811	Bindal
1812	Sømna
1813	Brønnøy
1815	Vega
1816	Vevelstad
1818	Herøy
1820	Alstahaug
1822	Leirfjord
1824	Vefsn
1825	Grane
1826	Hattfjellidal
1827	Dønna
1828	Nesna
1832	Hemnes
1833	Rana
1834	Lurøy
1835	Træna
1836	Rødøy
1837	Meløy
1838	Gildeskål
1839	Beiarn
1840	Saltdal
1841	Fauske
1845	Sørfold
1848	Steigen
1849	Hamarøy
1850	Tysfjord
1851	Lødingen
1852	Tjeldsund
1853	Evenes
1854	Ballangen
1856	Røst
1857	Værøy
1859	Flakstad
1860	Vestvågøy
1865	Vågan
1866	Hadsel
1867	Bø
1868	Øksnes
1870	Sortland
1871	Andøy
1874	Moskenes
19 Troms:	
1901	Harstad
1902	Tromsø
1911	Kvæfjord
1913	Skånland
1915	Bjarkøy
1917	Ibestad
1919	Gratangen
1920	Lavangen
1922	Bardu
1923	Salangen
1924	Målselv
1925	Sørreisa
1926	Dyrøy
1927	Tranøy
1928	Torsken
1929	Berg
1931	Lenvik
1933	Balsfjord
1936	Karlsøy
1938	Lyngen
1939	Storfjord
1940	Kåfjord
1941	Skjervøy
1942	Nordreisa
1943	Kvænangen
20 Finnmark:	
2002	Varø
2003	Vadsø
2004	Hammerfest
2011	Kautokeino
2012	Alta
2014	Loppa
2015	Hasvik
2017	Kvalsund
2018	Måsøy
2019	Nordkapp
2020	Porsanger
2021	Karasjok
2022	Lebesby
2023	Gamvik
2024	Berlevåg
2025	Deatnu Tana
2027	Nesseby
2028	Båtsfjord
2030	Sør-Varanger



Teknologi for et bedre samfunn
www.sintef.no