

Rapport

Polikliniske pasienter i TSB 2013

Forfattere:
Solveig Osborg Ose
Ivar Pettersen



SINTEF Teknologi og samfunn
Avd. helse



Rapport

Polikliniske pasienter i TSB

EMNEORD:Tverrfaglig spesialisert
rusbehandling (TSB)

Poliklinikk

Offentlig og privat

Spesialisthelsetjenesten

Udekkede behov

Samarbeid

Individuell plan

Ansvarsgrupper

Pasienter med omsorg
for barn

Pasientpopulasjon

Behandlingstiltak

Kartlegging

VERSJON

1

DATO

2014-10-17

FORFATTERE

Solveig Osborg Ose

Ivar Pettersen

OPPDRAUGSGIVER

Helsedirektoratet

OPPDRAUGSGIVERS REF.

Anne Solberg

PROSJEKTNR

102001028

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

95

SAMMENDRAG

Denne kartleggingen av pasienter i offentlige og i private poliklinikker innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) inneholder informasjon som ikke dekkes av regulær rapportering til Norsk pasientregister (NPR). Prosjektet utføres som et forskningsprosjekt av SINTEF og NTNU, og er finansiert av Helsedirektoratet. Kartleggingen gjennomføres både i psykisk helsevern for voksne og i TSB og datagrunnlaget utgjør baseline for Samhandlingsreformen.

Alle institusjonene som har poliklinisk virksomhet i TSB mottok kartleggingskjema som skulle fylles ut for hver pasient som mottok et tilbud i løpet av de 14 dagene i april 2013. Alle helseforetakene har deltatt. Basert på faktisk pasientantall i de 14 dagene fra NPR, er 43 prosent av pasientene i offentlige og 56 prosent i private poliklinikker kartlagt.

Datagrunnlaget viser blant annet pasientgruppens store tjenestebehov og vi finner særlig udekkede behov for kommunale tjenester som bolig og arbeidstiltak.

PROSJEKTLEDER

Solveig Osborg Ose, seniorforsker

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Arne H Eide, sjefforsker

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR**RAPPORTNR**

SINTEF A26395

ISBN

978-82-14-05703-4

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

SINTEF og NTNU har utført prosjektet på vegne av Helsedirektoratet. Pasientkartleggingen (tidligere kalt pasienttellingen), har blitt gjennomført omtrent hvert femte år siden 1979 i døgninstitusjonene i psykisk helsevern, og fra og med 1989 er også pasienter under behandling ved poliklinikker for voksne og hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer registrert. I 2012 ble for første gang pasienter i døgninstitusjonene i TSB inkludert i kartleggingen, og i 2013 også poliklinikkene i TSB.

Totalt leveres det fem rapporter fra prosjektet, og dette er den femte. Første rapport handlet om utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern (PHV) og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og ble publisert i oktober 2013. De to neste om døgnpasientene i hhv PHV og TSB ble publisert sommeren 2014. Den fjerde var om polikliniske pasienter i psykisk helsevern og nå denne om de polikliniske pasientene i TSB.

Det er foreløpig ikke mulig å gjennomføre store elektroniske datainnsamlinger på pasientnivå i TSB, 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, 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.

Vi retter også en stor takk til referansegruppen som har bestått av: Erik Holm fra Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), avdelingssjef Olaf Bergflødt (Helse Sør-Øst RHF), psykologspesialist Geir Iversen (Helse Vest RHF), avdelingsleder Bernt Netland (Helse Midt RHF), avdelingsoverlege Reidar Høifødt (Helse Nord RHF) og forskningsleder Rolf W. Gråwe for Norsk psykologforening, seniorrådgiver Sofrid Lilleeng (Helsedirektoratet) og vår kontaktperson for prosjektet i Helsedirektoratet, seniorrådgiver Anne Solberg.

Referansegruppemøtene har vært svært lærerike for oss, og deltakerne har bidratt både i skjema utviklingen, prosedyrediskusjoner og kommentert foreløpige resultater. Solfrid Lilleeng ledet arbeidet med pasientkartleggingen i 2007/2008 da hun arbeidet i SINTEF, og hun har hatt viktige 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 hun har korrekturlest rapporten. Seniorforsker Jorid Kalseth og forskningsleder Mariann Ådnanes i SINTEF, har også gitt gode bidrag underveis i prosjektet.

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

Til slutt takker vi spesielt alle pasienter og behandlere for å ha bidratt i prosjektet og fylt ut omfattende kartleggingsskjemaer.

Trondheim, 17. oktober 2014



Solveig Osborg Ose
dr.polit/samfunnsøkonom/prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG	7
1 INNLEDNING	15
1.1 POLIKLINISK AKTIVITET I PERIODEN 2007-2013	15
1.2 BAKGRUNN FOR PASIENTKARTLEGGINGEN I 2012/2013	15
1.3 FORMÅL MED RAPPORTEN	16
2 DATA OG METODE	17
2.1 DATAMATERIALETS DESIGN	17
2.2 GODKJENNING FRA REGIONALETISK FORSKNINGSKOMITE (REK)	18
2.3 GJENNOMFØRING AV KARTLEGGINGEN	18
2.4 INFORMASJON FRA BEHANDLER OG PASIENT	18
2.5 ANDEL PASIENTER SOM ER REGISTRERT	19
2.6 TYPE ENHETER	21
3 PASIENTPOPULASJONEN 2013	23
3.1 KJØNN OG ALDER	23
3.2 UTDANNINGSNIVÅ	25
3.3 HOVEDINNTEKSKILDE	27
3.4 SIVILSTATUS	29
3.5 BOSITUASJON	29
3.6 DIAGNOSER	30
3.7 BRUK AV RUSMIDLER	33
3.7.1 MEST BRUKTE RUSMIDDEL	33
3.7.2 RUSMIDDELBRUK ETTER KJØNN OG ALDER	35
3.7.3 HYPPIGHET AV BRUK	37
3.8 OPPSUMMERING	38
4 HENVISENDE INSTANS, RETT TIL PRIORITERT HELSEHJELP OG VENTELISTER	41
4.1 HENVISENDE INSTANS	41
4.1.1 HENVISENDE INSTANS I 2013	41
4.2 RETT TIL PRIORITERT HELSEHJELP	42
4.3 VENTELISTE	44
4.4 OPPSUMMERING	45

5	<u>SELVMORDSRISIKO, SELVSKADING OG VOLDSRISIKO</u>	47
5.1	SELVMORDSRISIKO BLANT PASIENTER I OFFENTLIGE POLIKLINIKKER OG PRIVAT AVTALEPRAKSIS	48
5.2	SELVSKADING	49
5.3	VOLDSRISIKO	50
5.4	OPPSUMMERING	51
6	<u>INDIVIDUELL PLAN OG ANSVARSGRUPPE</u>	53
6.1	INNLEDNING	53
6.2	ANDEL PASIENTER MED INDIVIDUELL PLAN	53
6.3	ANSVARSGRUPPE	55
6.4	KOORDINATOR	58
6.5	OPPSUMMERING	58
7	<u>PASIENTER MED OMSORG FOR BARN OG IVERKSATTE TILTAK</u>	59
7.1	ANDEL PASIENTER MED OMSORG FOR BARN OG UNGE	59
7.2	ER TILTAK IVERKSATT OVERFOR BARN SOM PASIENTEN HAR OMSORG FOR?	60
7.3	HVEM FØLGER OPP BARNA?	60
7.4	OPPSUMMERING	61
8	<u>PASIENTER MED OPPRINNELSE UTENFOR NORGE</u>	63
8.1	PASIENTER SOM ER FØDT UTENFOR NORGE	63
8.2	ASYLSØKERE/FLYKTNINGER	63
	PASIENTER MED ASYLSØKERSTATUS	64
	PASIENTER MED FLYKTNINGSTATUS	64
8.3	OPPSUMMERING	64
9	<u>BEHANDLINGENS INNHOLD, PASIENTENS ØNSKE OG BEHANDLERS VURDERING</u>	65
9.1	TYPE PASIENT	65
9.2	AKTUELLE BEHANDLINGSTILTAK	65
9.3	AVVIK MELLOM PASIENTENS OG BEHANDLERS ØNSKE OM BEHANDLINGSTILTAK	66
9.4	OPPSUMMERING	67
10	<u>BEHANDLINGENS OMFANG OG INTENSITET</u>	69
10.1	DATO FOR FØRSTE KONTAKT	69
10.2	ANTALL KONSULTASJONER/KONTAKTER SIDEN FØRSTE KONTAKT	69
10.3	DIREKTE OG INDIREKTE KONTAKTER I LØPET AV KARTLEGGINGSPERIODEN	70
10.4	VARIGHET PÅ KONSULTASJONENE	73

10.5	OPPSUMMERING	73
11	SAMARBEID RUNDT PASIENTENE	75
11.1	SAMARBEID MED PÅRØRENDE	75
11.2	SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTER	76
11.3	SAMARBEID MED KOMMUNALE TJENESTER	77
11.4	SAMARBEID MED ANDRE INSTANSER/AKTØRER	79
11.5	OPPSUMMERING	80
12	TJENESTER MOTTATT SISTE ÅR	81
12.1	SPESIALISTHELSETJENESTER	81
12.2	KOMMUNALE TJENESTER	82
12.3	ANDRE TJENESTER	83
12.4	OPPSUMMERING	84
13	DEKKEDE OG UDEKKEDE BEHOV	85
13.1	ANDEL MED BEHOV	85
13.2	GITT AT DE HAR BEHOV, HAR PASIENTEN TILBUDET?	87
13.3	OM IKKE TILBUD, HVORFOR?	88
13.3.1	SPESIALISTHELSETJENESTER	89
13.3.2	KOMMUNALE TJENESTER	90
13.3.3	ANDRE TJENESTER	91
13.4	OPPSUMMERING	93
	REFERANSER	95

Sammendrag

Pasientkartleggingen er utført som en baselineundersøkelse for Samhandlingsreformen i psykisk helsevern (PHV) og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Døgnpasientene er kartlagt 20. november 2012 og polikliniske pasienter er kartlagt i perioden 15.-28. april 2013. Det utarbeides separate rapporter for PHV og TSB.

Datagrunnlaget for denne rapporten består av informasjon om 4 145 voksne pasienter som har mottatt poliklinisk behandling i TSB i løpet av de 14 dagene.

Kartleggingen inneholder informasjon som ikke dekkes av regulær rapportering til Norsk pasientregister (NPR).

Alle institusjonene som har poliklinisk virksomhet i TSB mottok kartleggings skjema som skulle fylles ut for hver pasient som mottok et tilbud i løpet av de 14 dagene. Alle helseforetakene har deltatt. Basert på tall fra NPR beregner vi at 46 prosent av pasientene som mottok en eller flere konsultasjoner i kartleggingsperioden, er kartlagt (43 prosent i offentlige poliklinikker og 56 prosent i private).

Det er behandler i spesialisthelsetjenesten som er ansvarlig for utfyllingen, men pasientene er bedt om å delta om det vurderes som hensiktsmessig. 49 prosent av pasientene har deltatt i utfyllingen av sitt skjema (50 prosent i offentlige poliklinikker og 47 prosent i private).

Pasientpopulasjonen

Av de 4 145 pasientene, fikk 70 prosent behandling i offentlige poliklinikker og 30 prosent i private behandlingstilbud eller klinikker. Både i offentlige og private klinikker er 63 prosent av pasientene menn. Pasienter i offentlige poliklinikker er noe yngre (median alder 34 år) enn i private poliklinikker (44 år).

Mens 21 prosent av pasientene i de offentlige poliklinikkene har inntekt fra eget arbeid, gjelder dette 35 prosent av pasientene i private klinikker. Den vanligste hovedinntektskilden til pasientene er arbeidsavklaringspenger (AAP) fra NAV. 43 prosent av pasientene i offentlige klinikker og 34 prosent i private mottar AAP.

Personer med grunnskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning har de høyeste brukerratene av poliklinisk behandling i TSB. Dernest kommer de med fullført videregående utdanning. Av de med høyskole- og universitetsutdanning er bruk av tjenestene høyere blant de med høyere grad utdanning (mastergrad eller mer) enn blant personer med lavere grad (bachelor grads nivå).

En høyere andel av de mannlige enn de kvinnelige pasientene er ugift/enslig/skilt/separert (64 prosent av kvinnene og 74 prosent av mennene). En større andel av pasientene som får behandling av private er skilt eller separert, mens pasientene i offentlige klinikker i større grad er ugift/enslig.

Det er også kartlagt hvem pasientene bor sammen med. Rundt ti prosent av de kvinnelige pasientene bor alene sammen med barn, mens dette gjelder to prosent av de mannlige pasientene.

81 prosent av de mannlige pasientene og 71 prosent av de kvinnelige pasientene har rusrelaterte lidelser som hoveddiagnose. Totalt er det 14 prosent av pasientene som ikke har rusrelatert lidelse (F10-F19 som hoved eller bidiagnose), og disse fordeler seg på diagnosegruppene personlighetsforstyrrelse, nevrotiske og affektive lidelser.

De fleste pasientene har alkohol som hovedrusmiddel, fulgt av cannabis og amfetamin. Derneft følger benzodiazepiner som ikke er foreskrevet av lege, og dette er hyppigere brukt som nest mest brukte og tredje mest brukte enn som hovedrusmiddel.

LAR-pasienter har høyest bruk av benzodiazepiner, både som foreskrevet av lege og som ikke er foreskrevet av lege. Alkohol brukes i mindre grad av LAR-pasienter enn av andre pasienter, men cannabis brukes hyppigere av LAR-pasienter enn andre når vi inkluderer andre og tredje mest brukte rusmiddel.

Henvisende instans, rett til prioritert helsehjelp og ventelister

Fastlegen har henvist 59 prosent av pasientene til poliklinisk behandling i TSB. Ti prosent er henvist fra NAV (sosialtjeneste), mens seks prosent er henvist fra psykiatrisk poliklinikk. Like mange er henvist fra en offentlig døgnavdeling i TSB, mens tre prosent er henvist fra en privat TSB døgnavdeling. Fire prosent er henvist fra ruspoliklinikk/rusteam.

91 prosent av pasientene som fikk behandling i løpet av de 14 dagene kartleggingen pågikk, vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp, og andelen er noe høyere i offentlige klinikker (93 mot 88 prosent i private klinikker). Pasientene i de yngste aldersgruppene vurderes oftest å ha rett til prioritert helsehjelp.

51 prosent av pasientene har stått på venteliste for å få behandling og andelen som har stått på venteliste avtar med økende alder. Det betyr at de unge har størst sannsynlighet for å ha stått på venteliste, men vi finner at de yngste venter kortest tid på behandling. Personer med schizofrenilidelser har i minst grad stått på venteliste (28 prosent) og har ventet kortest tid (23 dager).

Selvmondsrisiko, selvskading og voldsrisiko

87 prosent av pasientene vurderes å ikke å ha selvmondsrisiko. 12 prosent av pasientene har selvmondsstanker og én prosent har gjennomført selvmondsforsøk. Det er lite forskjell på pasienter i offentlig og privat behandling i forhold til selvmondsrisiko, og det er heller ikke særlige kjønnsforskjeller. Andel pasienter med selvmondsproblematikk reduseres med alder og det er store forskjeller mellom pasienter i ulike diagnosegrupper. Lavest andel finner vi blant pasienter med schizofrenilidelser (2 prosent), mens andelen er høyest blant pasienter med affektive lidelser (21 prosent).

Selvskadingstendens vurderes av behandler til å ikke være til stede for 92 prosent av pasientene (93 prosent av de mannlige og 89 prosent av de kvinnelige pasientene). Andel pasienter med selvskadingstendens avtar med økt alder.

Menn har dobbelt så høy risiko for å utøve vold som kvinner (17 prosent av menn og åtte prosent blant kvinner). De aller fleste som har risiko for å utøve vold, vurderes å ha lav/moderat risiko. Én prosent av pasientene vurderes å ha høy risiko, og færre enn én prosent vurderes å ha svært høy risiko for å utøve vold.

Individuell plan og ansvarsgruppe

25 prosent av pasientene har en utarbeidet eller under utarbeidelse Individuell Plan (IP). Den vanligste årsaken til at IP ikke er etablert, er at det ikke er aktuelt for pasienten (62 prosent). Pasienten har da sannsynligvis ikke behov for langvarige og koordinerte tjenester. For 20 prosent av pasientene som ikke har IP, er begrunnelsen at pasienten ikke ønsker en slik plan. For 18 prosent er det ukjente årsaker.

36 prosent av pasientene har en ansvarsgruppe. Det er betydelig flere pasienter innen offentlig behandling som har ansvarsgruppe enn i privat (42 mot 19 prosent). Det er også en del manglende informasjon, noe som indikerer at behandler ikke vet om pasienten har en ansvarsgruppe eller ikke.

63 prosent av de polikliniske pasientene i TSB har hverken IP eller ansvarsgruppe. Syv prosent har kun IP, 12 prosent har kun ansvarsgruppe og 19 prosent har både IP og ansvarsgruppe.

31 prosent av pasientene har koordinator i kommunen, og 39 prosent har koordinator i spesialisthelsetjenesten. 20 prosent av alle pasientene har koordinator både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Pasienter med omsorg for barn og iverksatte tiltak

20 prosent av pasientene har omsorg for barn og unge under 18 år. Kvinnelige pasienter har noe oftere ansvar for barn og unge enn mannlige pasienter (22 og 18 prosent). Det er et lavt antall ubesvarte tilfeller, noe som tyder på at behandlerne innhenter denne informasjonen systematisk.

Det er iverksatt tiltak for barna for 47 prosent av pasienter med omsorg for barn. De aller fleste der oppfølging ikke er iverksatt, vurderes det å ikke være behov. I rundt tre prosent av tilfellene vurderer behandler at det er behov for oppfølging, men at oppfølging foreløpig ikke er igangsatt.

I 51 prosent av tilfellene er det barnevernet som følger opp. Andre barn og unge følges opp av PPT/skole (15 prosent) og BUP (12 prosent).

Pasienter med opprinnelse utenfor Norge

Åtte prosent av pasientene født i et annet land enn Norge (7 prosent i offentlige poliklinikker og 11 prosent i private). Av disse er det 41 prosent som er født i den vestlige delen av verden (hhv 44 og 37 prosent i offentlige og private klinikker).

Det er få asylsøkere (0,1 prosent) og flyktninger (1,4 prosent) i pasientutvalget.

Behandlingens innhold, pasientens ønske og behandlerens vurdering

Blant pasientene i offentlige poliklinikker er det 95 prosent som mottar all behandling på poliklinikken. To prosent behandles kun ambulant. Én prosent er kun dagpasienter mens resten behandles gjennom flere typer behandlingsopplegg, vanligvis poliklinisk og ambulant behandling.

Det er mange ulike behandlingstiltak som gis ved poliklinikkene og det skulle krysses av for de som var aktuelle for den enkelte pasient. Det kan være flere behandlingstiltak som er aktuell for samme pasient. Individuell samtaleterapi er det vanligste behandlingstiltaket i offentlige poliklinikker og 85 prosent av pasientene får slik behandling. 13 prosent behandles uten medikamenter. 12 prosent av pasientene deltar i gruppebehandling, mens åtte prosent mottar samtaleterapi der pasientens nærmeste deltar. Åtte prosent av pasientene mottar en eller annen form for mestringstrening, mens fem prosent får hjelp til fysisk aktivitet og trening. Syv prosent får arbeidstrening, mens to prosent mottar et behandlingsopplegg for spillavhengighet.

Pasientene har deltatt i utfyllingen av 2 028 skjema og vi har brukt disse for å studere enighet mellom pasient og behandler. Vi finner generelt at det er få tilfeller der det er uenighet om behandlingstiltak mellom behandler og pasient. Det er noe variasjon mellom ulike typer behandlingstiltak. I fire prosent av tilfellene ønsker pasienten individuell samtaleterapi eller behandling med medikamenter uten at behandleren var enig. I to prosent av tilfellene ønsker pasienten behandling uten medikamenter uten at behandler er enig, og i tre prosent av tilfellene ønsker pasienten at fysisk aktivitet og trening skal inngå i tiltakene uten at behandler er enig. I tre prosent av tilfellene ønsker behandler at pasienten skal delta i gruppebehandling uten at pasienten er enig i dette. For øvrige behandlingstiltak er det enighet mellom behandler og pasient i 96-100 prosent av tilfellene.

Behandlingens omfang og intensitet

Om lag 30 prosent av de kartlagte pasientene (april 2013) startet behandlingen før 2012. Det er noen flere nye pasienter i private poliklinikker, men det er ikke betydelige forskjeller mellom offentlige og private TSB klinikker.

I gjennomsnitt har hver pasient mottatt 1,9 direkte kontakter i løpet av kartleggingsperioden i offentlige poliklinikker og 2,1 i private klinikker. Dette betyr at poliklinikken er i kontakt med hver pasient rundt to ganger i løpet av 14 dager. Av disse var 11 prosent av kontaktene utenfor kontoret, mens 19 prosent var på telefon. Dette betyr at 70 prosent av de polikliniske konsultasjonene i TSB foregår på poliklinikken eller ved institusjonen der den polikliniske behandlingen gis. I tillegg gis det

i gjennomsnitt 0,5 indirekte kontakter for hver pasient i løpet av 14 dager. Dette er kontakter med samarbeidspartnere, pårørende og andre aktører rundt pasienten.

Vi beregner at en poliklinisk konsultasjon der behandler møter pasienten, varer 45 minutter i gjennomsnitt. Konsultasjonene varer fem minutt lenger i offentlige poliklinikker enn i private. Indirekte konsultasjoner har varighet på 15 minutt og varer noen få minutt lenger i private poliklinikker enn i offentlige.

Samarbeid rundt pasientene

Det er etablert samarbeid med pårørende for 22 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for 18 prosent i de private.

Med andre spesialisthelsetjenester er det i størst grad etablert samarbeid med ruspoliklinikk/rusteam (for 24 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for syv prosent av pasientene i private) og med psykiatrisk døgnavdeling (for fem prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og to i private).

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenestene vurderes å være svært godt eller godt for 61 prosent av pasientene. Private poliklinikker er noe mindre fornøyd med samarbeidet med øvrig spesialisthelsetjeneste enn de offentlige poliklinikkene.

Både offentlige og private poliklinikker samarbeider i betydelig grad med kommunene. I offentlige klinikker samarbeides det med fastlegen for 52 prosent av pasientene og for 39 prosent i private klinikker. NAV Trygd er den nest vanligste samarbeidsparten, fulgt av NAV Arbeid og NAV Sosialtjeneste.

Av de pasientene det er etablert samarbeid om, svarer behandler at samarbeidet er godt for 90 prosent av pasientene. Samarbeidet rundt polikliniske pasienter i TSB er altså godt for en stor andel av pasientene. Men en viktig faktor er at dette kun gjelder pasienter som faktisk får behandling i TSB. For dem som har behov for tjenester, men som ikke får et tilbud i spesialisthelsetjenesten, etableres det trolig ikke et samarbeid om.

Det samarbeides også med aktører som ikke tilhører kommunal sektor eller spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen viser at det samarbeides med arbeidsgiver for fire prosent av pasientene og om omtrent for like mange med politi/fengsel/kriminalomsorg i frihet. For to prosent av pasientene samarbeides det med skole og for 1-2 prosent med brukerorganisasjoner.

Tjenester mottatt siste år

Fem prosent av pasientene har ikke hatt kontakt med noen tjenester året før kartleggingstidspunktet. Ni prosent har ikke mottatt noen spesialisthelsetjenester, mens 24 prosent ikke har hatt kontakt med fastlegen eller andre i de kommunale tjenestene (primærhelsetjenester).

77 prosent av pasientene fikk poliklinisk behandling også kvartalet før kartleggingen. Syv prosent hadde hatt døgnopphold i TSB kvartalet før kartleggingen (7 prosent i offentlige institusjoner og fire

prosent i private institusjoner). Seks prosent har fått behandling i psykisk helsevern. 11 prosent er LAR-pasienter, mens syv prosent har fått behandling i somatiske sykehus i kvartalet før kartleggingen. Fire prosent var akuttinnlagt kvartalet før kartleggingen.

Flertallet av de polikliniske pasientene var i kontakt med fastlegene kvartalet før kartleggingen (57 prosent), mens 36 prosent hadde kontakt med sosialtjenesten/NAV. 20 prosent hadde kontakt med ruskonsulent kvartalet før kartleggingen, mens 12 prosent hadde arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen. For 18 prosent av pasientene ble det avholdt ansvarsgruppemøte i kvartalet før kartleggingen.

Åtte prosent av pasientene fikk tannhelsetjenestebehandling i løpet av kvartalet før kartleggingen. Fire prosent hadde kvartalet før kartleggingen hatt etterbehandling eller oppfølging. Tre prosent hadde vært på treffsteder/møteplasser for brukergruppen, og fire prosent hadde vært i kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper.

Dekkede og udekkede behov

Det er relativt få av de polikliniske pasientene i TSB som har behov for andre spesialisthelsetjenester enn poliklinisk behandling. 76 prosent av pasientene har fortsatt behov for poliklinisk behandling og 99 prosent av disse vil få tilbudet. Dette tyder på at når en først har startet poliklinisk behandling i TSB, er det få som får avsluttet behandlingen dersom det er behov for videre behandling.

18 prosent av de polikliniske pasientene vurderes å ha behov for døgnopphold i TSB (sykehus eller DPS). 60 prosent av disse er uten tilbud. Disse kan sannsynligvis vurderes som feilplassert, med et for lavt nivå på tilbudet (får poliklinisk behandling), men har behov for døgnbehandling i TSB. Udekkede behov for døgntilbud i TSB gjelder nesten ti prosent av alle de polikliniske pasientene. For mange er det søkt om døgntilbud, men foreløpig ikke avklart om de vil få tilbud, men for langt de fleste med udekkede behov, skyldes dette at pasienten ikke ønsker et døgntilbud (for over halvparten med udekkede behov). Hvorvidt de kan ha udekkede behov når de selv ikke ønsker tilbudet, kan diskuteres og her er behovet definert av behandler. Det kan også tenkes at pasienten er enig om at han eller hun har behov, men at de mener at det som blir tilbudt dem ikke vurderes som adekvat.

Det er mange av pasientene i poliklinisk behandling i TSB som har behov for kommunale tjenester. 36 prosent har behov for bistand fra sosialtjenestene i kommunene/NAV, mens 25 prosent har behov for kontakt med ruskonsulent (NAV eller kommunen). Det er krysset av for behov for arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen for 24 prosent av pasientene, mens åtte prosent vurderes å ha behov for tilbud ved aktivitetssenter/dagsenter. 22 prosent har behov for at det avholdes ansvarsgruppemøte, mens fem prosent har behov for individuell støttekontakt og to prosent for støttekontakt i grupper. Seks prosent har behov for lavterskel rustiltak.

Mange får kommunalt tilbud, og vi finner at det er størst udekkede behov for arbeidstilbud i regi av NAV eller kommunen (7,3 prosent av alle pasienter) og for ruskonsulent (4,5 prosent av alle pasienter), boligtilbud uten tilsyn (3,3 prosent), kommunalt psykisk helsearbeid (2,9 prosent) og aktivitetssenter (2,7 prosent). Fordi det er mange polikliniske pasienter, utgjør dette flere tusen

pasienter på landsbasis. Hovedårsakene til udekkede behov for kommunale tjenester handler om manglende kapasitet i tjenester (boligtilbud uten tilsyn og kommunal bolig med tilsyn) og at pasienten ikke ønsker tilbudet (aktivitetstilbud, hjemmesykepleie, ruskonsulent, støttekontakt og hjemmetjenester).

Konklusjon

Tre av fire polikliniske pasienter i TSB har hovedinntektskilden sin fra ulike trygdeordninger, og tjenestene brukes i størst grad av de med grunnskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning. Pasienter i privat behandling har noe høyere sosioøkonomisk status enn pasienter i offentlig behandling.

Det er særlig viktig å prioritere boligsituasjonen til personer med rusmiddelrelaterte lidelser. Polikliniske pasienter i TSB har behov for boligtilbud både med og uten tilsyn. Manglende behovsdekning for boligtilbud skyldes i stor grad kapasitetsmangler.

Selv om en stor andel av pasientene i følge behandler har behov for tjenester, både døgnetilbud i TSB og ulike kommunale tjenester, er det svært mange av pasientene som ikke ønsker tilbud.

For at færre personer med rusmiddelrelaterte lidelser skal ha udekkede behov for tjenester, må tjenestene tilpasses bedre pasientens ønsker og pasientene må i større grad motiveres til å ta i mot tjenestene som tilbys.

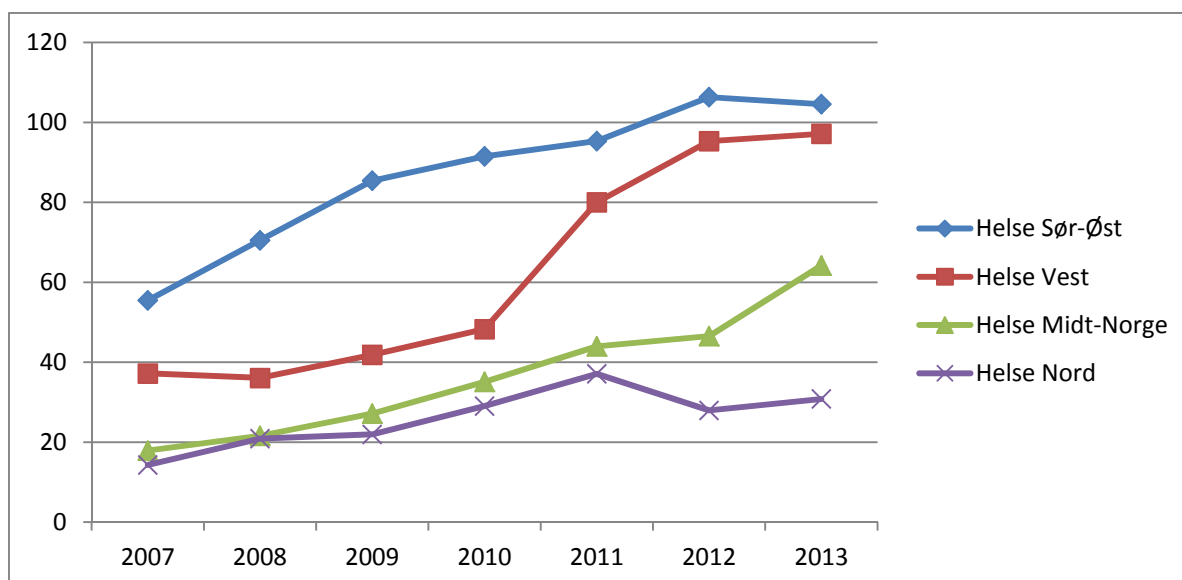
Det er behov for en satsning på fagutvikling av metoder for motiveringsarbeid for at flere skal ta i mot nødvendige tilbud, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Samtidig bør tjenesteutvikling på alle nivå gå i retning av bedre brukertilpassede tjenester som personer med rusmiddelrelaterte lidelser vil nyttiggjøre seg.

1 Innledning

1.1 Poliklinisk aktivitet i perioden 2007-2013

Fra 1. januar 2004 ble ansvaret for behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene (rusreformen). Det oppsto dermed en ny sektor i spesialisthelsetjenesten, og den fikk betegnelsen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Pasientdata for sektoren TSB i spesialisthelsetjenesten er innrapportert for første gang i 2009 (Lilleeng 2011a).

I 2013 mottok om lag 29 500 pasienter behandling i TSB, der 30 prosent av pasientene har mottatt døgnbehandling (se døgnrapport), mens de øvrige kun har vært i kontakt med TSB gjennom dag- eller poliklinisk behandlingstilbud (Helsedirektoratet 2014). Fra 2007 til 2013 har det vært en økning i antall konsultasjoner i alle helseregionene, se figur 1.1 (ibid).



Figur 1.1 Antall konsultasjoner per 1 000 voksne innbyggere i TSB i perioden 2007-2013. Kilde: Samdata 2013, s. 265.

1.2 Bakgrunn for pasientkartleggingen i 2012/2013

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, jf. utlysningen (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 høsten 2013. Dette er den femte rapporten og handler altså om pasienter som mottar poliklinisk behandling 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 poliklinisk behandling i TSB. Grunnlaget er pasientpopulasjonen våren 2013 og hovedtema er pasientenes dekkede og udekkede behov for tjenester og tiltak på ulike nivå.

Hoveddelen av prosjektet er, som i tidligere pasienttelling, 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 prosjektets design og hvordan vi har samlet inn datagrunnlaget (kapittel 2.1-2.5). Deretter beregner vi hvor stor andel av pasientene som er kartlagt fra hvert helseforetak (2.6) og dekningen blant pasienter registrert i privat avtalepraksis (kapittel 2.7)

2.1 Datamaterialets design

Pasientkartleggingen i TSB poliklinikkene våren 2013 er en tverrsnittsregistrering av polikliniske pasienter i behandling for rusmiddelproblematikk i Norge.

Alle institusjonene som har poliklinisk virksomhet i TSB fikk tilsendt kartleggingskjema som skulle fylles ut for hver av de pasientene som mottok én eller flere konsultasjoner i perioden 15. april til 28. april 2013. Både pasienter som mottok poliklinisk behandling og dagbehandling skulle kartlegges. Spørreskjemaet ble utformet slik at de skulle kunne besvare de problemstillingene som var bakgrunnen for pasientkartleggingen beskrevet i forrige kapittel.

To viktige forhold bestemmer størrelsen på pasientmaterialet. Det ene er hvor mange som mottar tilbud i tidsrommet ut fra tjenestenes kapasitet, og det andre er behandlernes oppslutning om undersøkelsen ved å fylle ut og sende inn spørreskjema. Men like avgjørende er det at kvaliteten og komplettheten i utfyllingen er god. 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 (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 omfattende skjema med mange spørsmål. Dette kunne forventes å påvirke deltakelsen, men deltakelsen må likevel anses som høy, se kapittel 2.5.

Designet innebærer at kartleggingen er et supplement til data innsamlet av Norsk pasientregister (NPR). Mens NPR data vil gi en summarisk oversikt over pasientpopulasjonen i løpet av et år, vil pasientkartleggingen gi utdypende informasjon om pasientene i behandling i registreringsperioden. I kartleggingen vil pasienter med hyppige konsultasjoner være overrepresentert, fordi de har større sannsynlighet for å være i kontakt med poliklinikken i løpet av de 14 dagene registreringen foregår, enn pasienter med mindre hyppige konsultasjoner.

Det finnes ikke sammenliknbare tall fra tidligere kartlegginger. I 2006 gjorde IRIS en kartlegging i TSB etter SINTEF sin pasientkartleggingsmetode. Formålet deres var å evaluere Rusreformen, men på grunn av tidsbegrensning på gjennomføringen ble designet endret (Lie og Nesvåg 2007). De kartla polikliniske pasienter i løpet av en enkelt dag heller enn i løpet av 14 dager, og det er dermed ikke grunnlag for å sammenlikne tall for 2006 og 2013 for å si noe om utviklingen.

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 Gjennomføring av kartleggingen

Etter at prosjektet var godkjent av REK, sendte vi ut forespørsel til de regionale helseforetakene og brukerorganisasjonene for å få forslag til personer i referansegruppene. Det ble opprettet en referansegruppe for psykisk helse og en for rusfeltet. Alle helseregionene var representert i begge referansegruppene, og det var stort sett klinikere som deltok.

Alle tjenestesteder i TSB som tilbød ikke-døgnbaserte behandlingstilbud, ble invitert til å delta i registreringen. Ved alle helseforetakene ble det oppnevnt en kontaktperson som koordinerte intern distribuering av registreringsskjema og returnering av utfylte skjema. Anslagsvis omfang av antall pasienter i løpet av 14 dager ble innhentet i forkant for at vi skulle beregne hvor mange skjema vi skulle sende hvert enkelt tjenestested. Det ble sendt informasjonsskriv både til ledelsen ved helseforetakene og institusjonene, til behandlerne og til pasientene i forkant av kartleggingsperioden.

I TSB er datainnsamlingen i sin helhet gjennomført på papir. Alle kontaktpersonene ved helseforetakene fikk tilsendt en eske med registreringskjema, og disse skjemaene ble distribuert ut til alle enhetene. Det ble imidlertid behov for ny opptrykking av skjemaet og ettersending av skjema ble gjort til svært mange av poliklinikkene, men en stor andel av skjemaene som ble tilsendt, ble ikke returnert. Til poliklinikkene ble det sendt ut over dobbelt så mange skjema som til slutt ble returnert. Tilsvarende opplevde vi i kartleggingen i 2008, men vi antok at institusjonene i 2013 hadde bedre mulighet til å anslå antall pasienter.

Kartleggingskjemaet som ligger til grunn for datamaterialet brukt i denne rapporten er utarbeidet i nært samarbeid med referansegruppen for prosjektet. Skjemaet for registrering av poliklinisk virksomhet i TSB er relativt likt skjemaet som ble brukt i poliklinikkene i psykisk helsevern.

2.4 Informasjon fra behandler og pasient

Det er behandleren som er ansvarlig for utfyllingen, men 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.

Totalt har 49 prosent av pasientene deltatt i utfyllingen av skjemaet (50 prosent i offentlige klinikker og 47 prosent i private klinikker).

Vi har også forsøkt å finne ut hvorfor pasientene ikke har deltatt i utfyllingen. Basert på åpne svar fra den gjennomførte kartleggingen i november 2012 i døgninstitusjonene i TSB, utviklet vi faste svarkategorier for årsak til at pasienten ikke har deltatt. Fordelingen er vist i tabell 2.1.

Tabell 2.1 Om pasienten ikke har deltatt i utfyllingen, hva er årsaken?

	Offentlig		Privat	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Ønsker ikke	177	15	38	7
For syk til å spørres	66	5	32	6
Ikke møtt opp	406	34	196	35
Annet	554	46	290	52
Totalt	1 203	100	556	100
Ikke svart	244		114	

For mer enn hver tredje pasient som ikke har deltatt, er begrunnelsen at de ikke har møtt opp. Dette kan bety at hver tredje polikliniske pasient i TSB ikke møter opp til avtalt behandling.

Noen flere pasienter i offentlige poliklinikker ønsket ikke å delta (15 prosent) enn i private klinikker (7 prosent). Den største kategorien er "Annet". Dette tyder på at det er andre forhold bak vurderingen som er gjort i poliklinikkene enn i døgnbehandling i TSB når det gjelder om pasienten skulle delta i utfyllingen. Dette kan for eksempel være at pasienten var ruset eller at behandler mente at deltakelse ikke hadde terapeutisk verdi.

2.5 Andel pasienter som er registrert

Det er totalt levert utfylt skjema for 4 145 pasienter. Fra registrerte pasientdata vi har fått fra Helsedirektoratet¹ vet vi at det totalt var 9 025 pasienter som mottok en eller flere konsultasjoner i TSB i løpet av de fjorten dagene registreringen pågikk (93,5 prosent har en eller flere konsultasjoner som er refusjonsberettiget).

Dette betyr at det er levert skjema for 46 prosent av pasientene. Siste kolonne i tabell 2.2 viser andel registrerte pasienter av totalt antall pasienter for hvert helseforetak og for hver av de private aktørene. Andelen registrerte skjema er noe høyere blant de private, 56 prosent mot 43 prosent i offentlige poliklinikker.

¹ Helsedirektoratet ved seniorrådgiver Solfrid Lilleeng har levert tall på antall pasienter registrert i perioden fra NPR-data.

Tabell 2.2 Antall pasienter som fikk poliklinisk behandling i kartleggingsperioden, antall pasienter som er kartlagt og andel kartlagte pasienter av registrerte pasienter.

Helseforetak	Antall pasienter mottatt refusjon for	Totalt antall pasienter	Antall kartlagte pasienter	Andel kartlagt
Sykehuset Østfold HF	578	581	179	31
Akershus universitetssykehus HF	622	634	371	59
Oslo universitetssykehus	577	583	107	18
Sykehuset Innlandet HF	574	616	237	38
Vestre Viken	723	736	402	55
Psykiatrien i Vestfold HF	664	694	86	12
Sykehuset i Telemark HF	230	239	99	41
Sørlandet sykehus HF	667	782	333	43
Helse Stavanger HF	425	461	216	47
Helse Fonna	171	191	120	63
Helse Bergen HF	368	371	145	39
Helse Førde HF	0	0	19	.
Rusbehandling Midt-Norge HF	288	309	203	66
Helse Nord-Trøndelag HF	167	171	143	84
Helgelandssykehuset HF			53	.
Nordlandssykehuset HF	38	38	79	208
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	254	254	85	33
Helse Finnmark HF	2	2	11	550
Totalt offentlige	6 472	6 787	2 888	43
DPS Vinderen, ruspoliklinikk (Diakonhjemmet)	188	195	136	70
Tøyen DPS, Seksjon ruspoliklinikk (Loisenberg)	243	247	Ikke deltatt	0
Frelsesarmeens behandlingssenter	0	5	Ikke deltatt	0
Rogaland A-senter AS	154	193	72	37
Haugaland A-senter	164	186	104	56
Kalfaret Behandlingssenter	15	15	Ikke deltatt	0
Stiftelsen Bergensklinikkene	289	326	178	55
Lade Behandlingssenter	158	173	150	87
N K S Kvamsgrindkollektivet AS	14	14	10	71
Manifestsentret TSB	0	1	Ikke deltatt	0
Blå Kors Øst	115	135	119	88
A-senteret	177	181	129	71
Origosenteret	0	27	Ikke deltatt	0
Trasoppklinikken Stiftelsen	118	147	93	63
Blå Kors Behandlingssenter Eina	0	2	Ikke deltatt	0
Borgestadklinikken	122	125	55	44
Solliakollektivet Stiftelsen	0	4	Ikke deltatt	0
Incognito klinikk	115	126	99	79
Samtun AS	0	4	1	25
Tyrili, Kampen	0	28	13	46
Bragernes Behandlingssenter	90	104	82	79
Stiftelsen Finnmarkskollektivet			6	.
Totalt private	1 962	2 238	1 247	56
Totalt offentlige og private	8 434	9 025	4 145	46

De som ikke har deltatt er stort sett små enheter. Unntaket er Tøyen DPS, Seksjon ruspoliklinikk (Loisenberg) som i kartleggingsperioden behandlet 247 pasienter. Totalt hadde de som ikke har deltatt til sammen 301 pasienter i kartleggingsperioden.

Lav svarprosent skyldes derfor i hovedsak at det er mange pasienter som har vært til konsultasjon som ikke har blitt kartlagt. Det er første gang TSB poliklinikkene deltar i kartleggingen, og dette kan være grunnen til at andel kartlagte pasienter er høyere i psykisk helsevern (60 prosent i offentlige poliklinikker og 67 prosent blant private avtalespesialister).

Det er likevel noen enheter som har kartlagt en stor andel av pasientene de hadde i perioden. For private gjelder dette særlig Blå Kors Øst (88 prosent), Lade Behandlingssenter (87 prosent) og Bragernes Behandlingssenter og Incognito klinikk (begge 79 prosent). I de offentlige poliklinikkene har Sykehuset i Stavanger, Avdeling unge voksne, PUT Sandnes kartlagt 98 prosent av pasientene (106 av 108 registrerte pasienter) og Vestmo Behandlingssenter i Helse Midt-Norge har kartlagt 64 av 68 pasienter. I Vestre Viken har både ruspoliklinikkene både ved Drammen DPS, Kongsberg DPS og Ringerike DPS kartlagt over 80 prosent av pasientene. Ved Akershus universitetssykehus HF får vi ikke differensiert på enheter, men 60 prosent av pasientene er kartlagt, som vist i tabell 2.2.

Tilbakemeldingene fra sektoren er at det er krevende å finne tid til å fylle ut skjema og at det går på bekostning av behandlingstid. Kartleggingen gjøres tradisjonelt hvert fjerde år, men det kommer i tillegg til annen rapportering som fra før oppleves som omfattende.

2.6 Type enheter

Poliklinisk behandling i TSB dekkes av flere type enheter eller team. Både private og offentlige har psykiatriske poliklinikker, men det er i størst grad i private døgninstitusjoner at det gis poliklinisk behandling utenfor rusteam/psykiatriske poliklinikker. Det er også ulike kombinasjoner, der ruspoliklinikk eller rusteam samarbeider med psykiatrisk poliklinikk eller med døgnenheter. Mens ACT ser i størst grad ut til å foregå i offentlig regi innen TSB, er det flere private som rapporterer om pasienter i ambulante akutteam (AAT) (Lade behandlingssenter og Tyrili).

Tabell 2.3 Antall og andel pasienter i ulike typer enheter. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlige		Private		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ruspoliklinikk/rusteam	2 245	82	1076	90	3 321	84
Psykiatrisk poliklinikk	316	12	31	3	347	9
Oppsøkende virksomhet (ACT etc)	43	2	5	0	48	1
Dagenhet	12	0	7	1	19	0
Døgnenhet	4	0	27	2	31	1
Ambulant akutteam (AAT)	1	0	23	2	24	1
Kombinasjon	120	4	31	3	154	4
Totalt	2 741	100	1 200	100	3 944	100
Ikke informasjon	147		57		201	
Antall pasienter	2 888		1257		4 145	

3 Pasientpopulasjonen 2013

Totalt er 4 145 pasienter kartlagt. 70 prosent fikk behandling i offentlige poliklinikker (N=2 888) og 30 prosent i private behandlingsinstitusjoner eller klinikker (N=1 257). Som vist i forrige kapittel, er andelen kartlagte pasienter noe høyere blant de private, slik at de er noe overrepresentert i utvalget. I dette kapitlet vil vi blant annet undersøke om pasientsammensetningen er ulik blant private og offentlige TSB klinikker. Grad av ulikhet vil si noe om representativiteten i det samlede utvalget.

Vi ser på kjennetegn ved pasientpopulasjonen etter mest mulig objektive kriterier: kjønn, alder, utdanningsnivå, hovedinntektskilde, sivilstatus, bosituasjon, diagnose, forventet varighet på oppholdet og pasientens rusbruk.

Fordi dette er den første kartleggingen som inkluderer TSB, har vi ikke tidligere tall å sammenlikne med som for psykisk helsevern (Ose, Ådnes, og Pettersen 2014).

3.1 Kjønn og alder

Både i offentlige og private klinikker er 63 prosent av pasientene menn.

Tabell 3.1 Antall og andel pasienter etter kjønn. Pasientkartleggingen 2013.

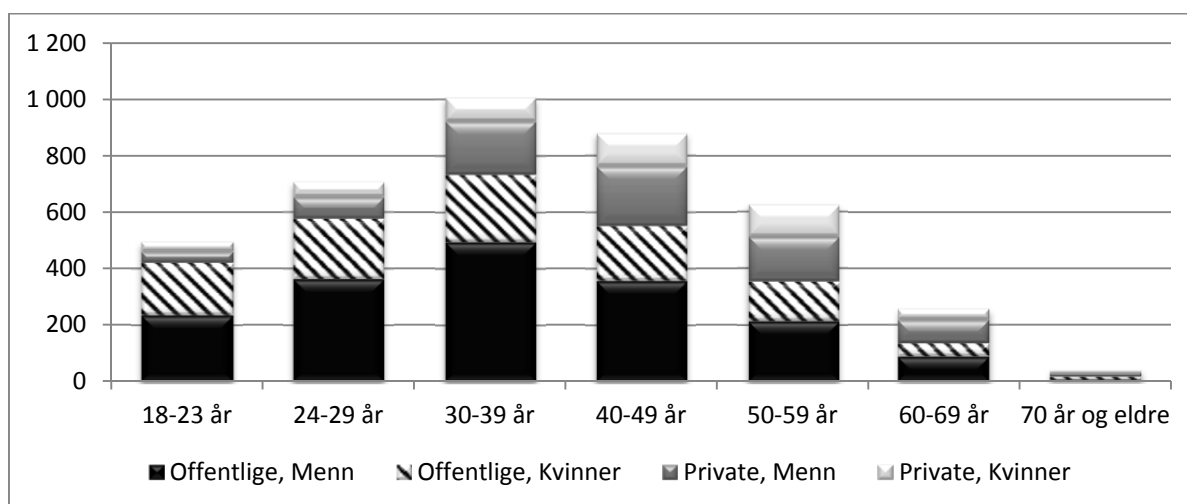
	Offentlig		Privat		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Menn	1 815	63	794	63	2 609	63
Kvinner	1 049	37	457	37	1 506	37
Total	2 864	100	1 251	100	4 115	100
Ikke informasjon	24		6		30	
Antall pasienter	2 888		1 257		4 145	

Median alder er 34 år i offentlige poliklinikker og 43,5 år i private klinikker (menn 35 år og kvinner 33 år i offentlige poliklinikker og menn 43 år og kvinner 45 år i private klinikker). Tabell 3.2 viser at pasientene som får behandling fra private gjennomgående er eldre enn pasientene i offentlige poliklinikker.

Tabell 3.2 Antall og andel pasienter etter alder. Pasientkartleggingen 2013.

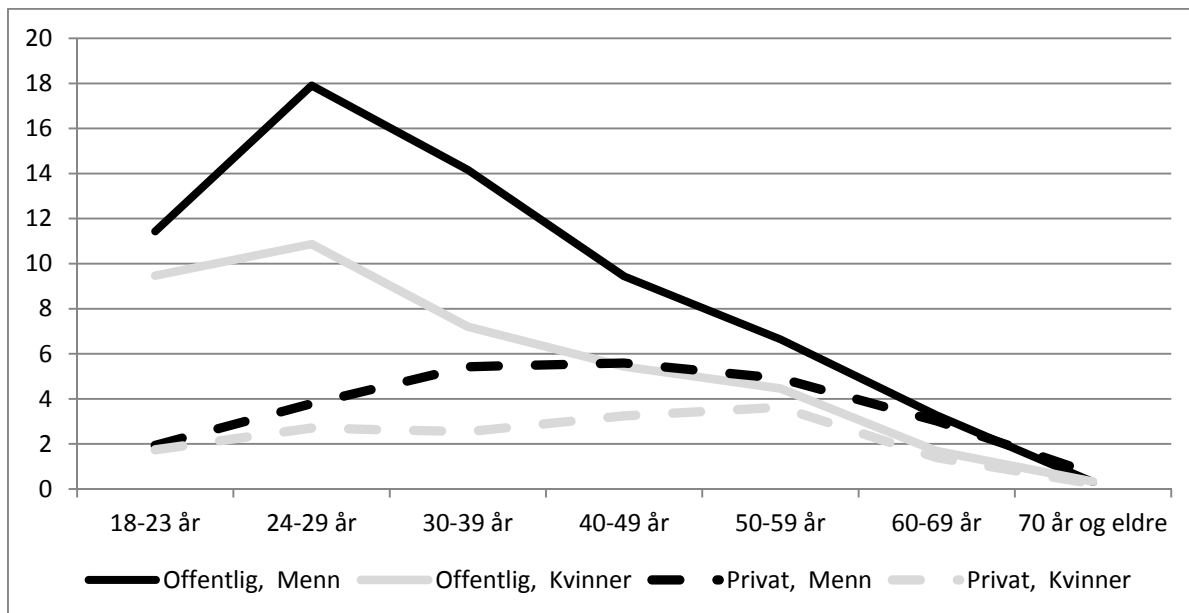
	Offentlig		Privat		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
18-23 år	422	15	74	6	496	12
24-29 år	580	21	130	11	710	18
30-39 år	736	26	274	22	1 010	25
40-49 år	554	20	331	27	885	22
50-59 år	357	13	272	22	629	16
60-69 år	136	5	121	10	257	6
70 år og eldre	17	1	22	2	39	1
Total	2 802	100	1 224	100	4 026	100
Ikke informasjon	86		33		119	
Antall pasienter	2 888		1 257		4 145	

Om vi samler alle pasienter i samme aldersgruppe og fordeler de på kjønn og hvor de behandles, fremkommer bildet vist i figur 3.1. Figuren viser noe motsatte kjønnsmonster, der kvinner utgjør en betydelig større andel av pasientene i de yngste aldersgruppene, mens det for menn er tydelig høyest bruk av tjenestene i aldersgruppen 30-39 år. Dette kan handle om kvinner som er rusavhengige som blir gravide, men dette spørsmålet er ikke tatt med i poliklinikk-kartleggingen, men i døgncartleggingen fant vi at det gjaldt svært få pasienter. At kvinner i avtagende grad får behandling i offentlige poliklinikker etter alder, dempes til en viss grad av at en motsatt trend i private klinikker. For menn er mønsteret mer likt i offentlig og privat.



Figur 3.1 Polikliniske pasienter fordelt mellom offentlige og private poliklinikker. Andel pasienter i prosent. Aldersgrupper. Pasienttellingen 2013.

Aldersgruppene inneholder ikke like mange individer i befolkningen. For å se hvem som bruker tjenestene i større grad enn andre, må vi se på antall pasienter i forhold til antall innbyggere i de ulike aldersgruppene. I figur 3.2, har vi beregnet antall pasienter per 10 000 innbygger i de ulike kjønns- og aldersgruppene.



Figur 3.2 Antall pasienter per 10 000 innbygger. Kjønn, alder og behandlingstype. Pasientkartleggingen 2013.

Det er tydelig høyest bruk av offentlige poliklinikker i aldersgruppen 24-29 år, mens det i private poliklinikker er høyest bruk i alderen 30-59 år blant menn og 50-59 år blant kvinner. Kjønnforskjellene er lavest i aldersgruppen 18-23 år og 50-59 år både i offentlige og private poliklinikker.

3.2 Utdanningsnivå

40 prosent av pasientene har fullført grunnskole som høyeste utdanning og nesten like mange har fullført videregående skole som høyeste utdanning. Seks prosent har fullført en mastergrad eller mer, mens ni prosent har fullført en bachelorgrad eller tilsvarende. Fem prosent har tatt noen deleksamener på høyskoler eller universitet. Det er ikke betydelige kjønnsforskjeller.

Tabell 3.3 Antall og andel pasienter etter utdanningsnivå. Menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2013.

	Menn		Kvinner		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Fullført eksamen fra universitet/høyskole (høyere grad)	159	6	84	6	243	6
Fullført eksamen fra universitet/høyskole (lavere grad)	192	8	165	12	357	9
Fullført(e) deleksamen(er) fra universitet/høyskoler	115	5	83	6	198	5
Fullf. videregående skole (inkl. yrkesr. utd. på vgs nivå)	958	39	496	35	1 454	37
Fullført grunnskole (7-9/10 årig)	975	40	569	40	1 544	40
Ikke fullført grunnskole	67	3	18	1	85	2
Total	2 466	100	1 415	100	3 881	100
Ikke informasjon	143		91		264	
Antall pasienter	2 609		1 506		4 145	

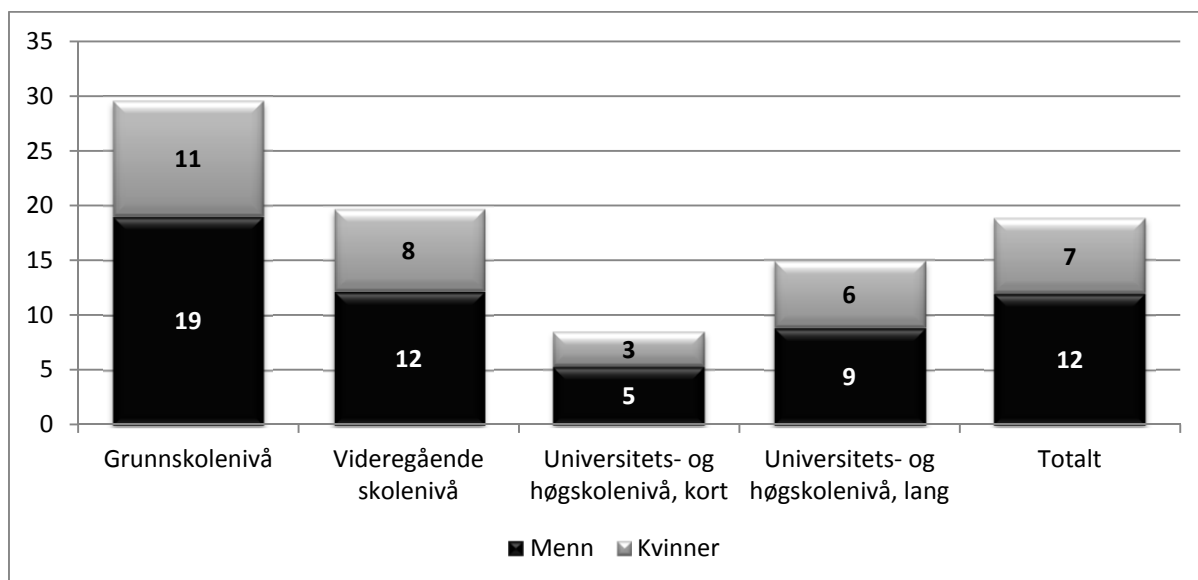
Det er særlig mange som kun har grunnskoleutdanning i offentlige klinikker, mens andelen med universitets- og høyskoleutdanning er høyere i private klinikker.

Tabell 3.4 Antall og andel pasienter etter utdanningsnivå. Offentlig og privat. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Fullført eksamen fra universitet/høyskole (høyere grad)	104	4	139	12	243	6
Fullført eksamen fra universitet/høyskole (lavere grad)	181	7	179	15	360	9
Fullført(e) deleksamen(er) fra universitet/høyskoler	113	4	87	7	200	5
Fullf. videregående skole (inkl. yrkesr.utd. på vgs nivå)	1 012	37	453	38	1 465	38
Fullført grunnskole (7-9/10 årig)	1 235	45	315	27	1 550	40
Ikke fullført grunnskole	74	3	11	1	85	2
Total	2 719	100	1 184	100	3 903	100
Ikke informasjon	169		73		242	
Antall pasienter	2 888		1 257		4 145	

I befolkningen er det flere kvinner enn menn som har fullført lavere grads universitet- og høyskoleutdanning, mens det er flere menn enn kvinner som har fullført høyere grads universitets- og høyskoleutdanning.

For å beregne brukerrater av tjenestene sammenlikner vi pasientpopulasjonen med befolkningen. De som har tatt noen deksamener på universitet/høyskole kategoriseres med videregående skole som høyeste fullførte utdanning for å få samme kategoriene som offentlig statistikk. Resultatet fremkommer i figur 3.3.



Figur 3.3 Antall pasienter per 10 000 innbygger etter utdanningsgruppe. Menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2013.

Det er altså personer med lavere grad, eller kort universitets- og høyskoleutdanning, som har de laveste brukerratene, både blant kvinner og menn. Personer som kun har grunnskoleutdanning bruker tjenestene i størst grad.

3.3 Hovedinntektskilde

Mens 21 prosent av pasientene i de offentlige poliklinikkene har inntekt fra eget arbeid, gjelder dette 35 prosent av pasientene i private klinikker. 43 prosent av pasientene i offentlige klinikker og 34 prosent i private, mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) og dette er således den vanligste hovedinntektskilden i utvalget.²

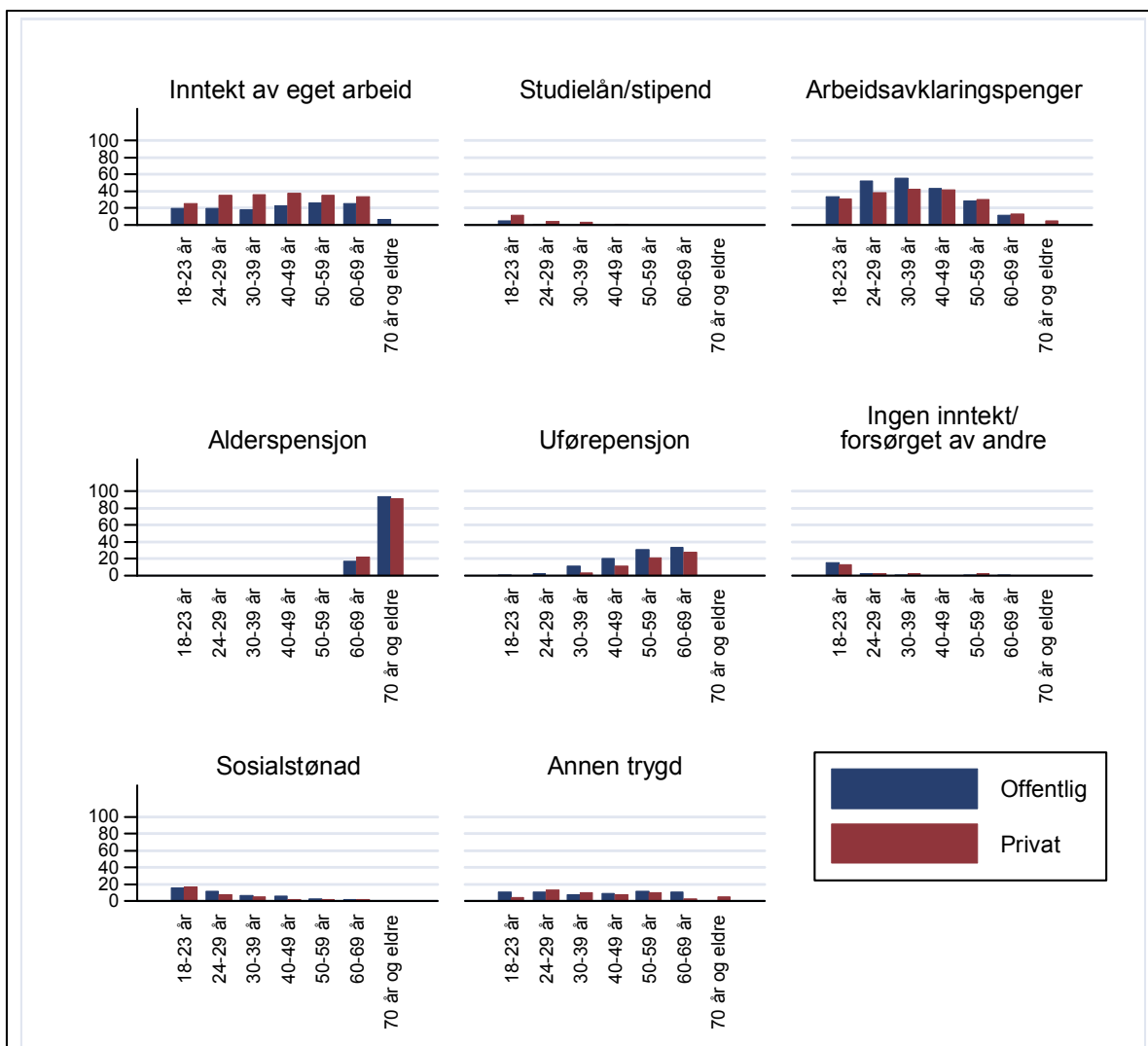
Tabell 3.5 Antall pasienter og andel etter hovedinntektskilde. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Inntekt av eget arbeid	581	21	422	35	1 003	25
Studielån/stipend	34	1	22	2	56	1
Arbeidsavklaringspenger	1 204	43	420	34	1 624	40
Alderspensjon	40	1	45	4	85	2
Sykepenger	151	5	66	5	217	5
Arbeidsledighetstrygd	60	2	25	2	85	2
Uførepensjon	368	13	134	11	502	12
Sosial stønad	232	8	51	4	283	7
Annen trygd	35	1	9	1	44	1
Ingen inntekt/forsørget av andre	85	3	23	2	108	3
Annet (kombinasjon)	34	1	6	0	40	1
Totalt	2 824	100	1 223	100	4 047	100
Ikke informasjon	64		34		98	
Antall pasienter	2 888		1 257		4 145	

Det er små kjønnsforskjeller i forhold til hovedinntektskilde, men det er en noe større andel kvinner enn menn som får arbeidsavklaringspenger og uførepensjon, mens menn i litt større grad har sosialstønad.

I figur 3.4 vises andeler med ulike hovedinntektskilder etter alder og etter om pasientene får behandling i offentlige eller private klinikker. Dette for å se om det er noe tydelig mønster i forhold til hovedinntektskilde.

² Ordningen erstattet fra 2010 tidligere trygdeordninger som rehabiliteringspenger, attføringsstønad og midlertidig uføretrygd.



Figur 3.4 Andel pasienter i hver aldersgruppe etter hovedinntektskilde. Pasientkartleggingen 2013.

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 forsørges av familie eller andre. I alle aldersgrupper er det en betydelig større andel av pasientene i private klinikker som har inntekt av eget arbeid sammenliknet med pasientene i offentlige poliklinikker. Figuren viser også at de få pasientene som har studielån og stipend, i hovedsak får behandling i private poliklinikker. Tilsvarende mottar pasientene i offentlige poliklinikker i større grad ulike trygdeytelser, og særlig arbeidsavklaringspenger og uførepensjon, i de fleste aldersgrupper.

3.4 Sivilstatus

I tabell 3.6 ser vi at andelen gifte eller samboere totalt er 34 prosent, og det er ikke særlig variasjon mellom pasienter i offentlige og private klinikker. En større andel av pasienter som får behandling av private er skilt eller separert, mens pasientene i offentlige klinikker i større grad er ugift/enslig.

Tabell 3.6 Antall og andel pasienter etter sivilstatus, menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlige		Private		Totalt	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Gift	8	12	17	16	11	13
Samboer	15	22	14	19	14	21
Ugift/enslig	65	50	50	42	60	48
Skilt/separert	12	14	18	21	14	16
Enke/enkemann	0	1	1	2	1	2
Totalt	100	100	100	100	100	100
Ikke informasjon	20	10	5	11	24	21
Antall pasienter	1 815	1 049	794	457	2 609	1 506

3.5 Bosituasjon

Tabell 3.7 viser at hver tredje mannlig pasient og 40 prosent av de kvinnelige pasientene bor i egen eiet bolig. Andelen er betydelig høyere blant pasienter som får behandling i private klinikker. Mange bor i leid bolig, og de fleste leier i det private markedet. 11 prosent bor i leid kommunal bolig og andelen er høyere blant pasienter i offentlige klinikker enn i private, både blant kvinner og menn. En del bor med familien og har ikke egen bolig (15 prosent av menn og ti prosent av kvinner), og dette er typisk unge pasienter. To prosent bor hos venner, og nesten like mange benytter lavterskel botiltak. Én prosent av de mannlige pasientene bor i hospits. 0,2 prosent av de mannlige pasientene bor ute det meste av året.

Tabell 3.7 Andel pasienter etter bosituasjon, menn og kvinner. Offentlige og private poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat		Totalt	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Egen eiet bolig (selveier, borettslag, etc)	28	34	46	53	33	40
Leid bolig i privat marked	33	39	31	31	32	36
Leid kommunal bolig	16	12	9	9	14	11
Uten fast egen bopel, bor hos:	0	0	0	0	0	0
Hos familie	17	12	11	5	15	10
Hos venner	2	2	1	1	2	2
Lavterskel botiltak	2	1	1	1	2	1
Asylmottak	0	0	0	0	0	0
Hospits	1	0	1	0	1	0
Bor ute det meste av året	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0
Totalt	100	100	100	100	100	100
Ikke informasjon	102	43	40	16	142	59
Antall pasienter	1 815	1 049	794	457	2 609	1 506

Det er også kartlagt hvem pasientene bor sammen med. Tabell 3.8 reflekterer mye av det som har kommet frem over, ved at flere kvinner enn menn er gifte eller samboende. Rundt ti prosent av de kvinnelige pasientene er alenemødre, mens to prosent av de mannlige pasientene er alenefedre. 11 prosent blant både kvinner og menn bor sammen med ektefelle/samboer og barn.

Tabell 3.8 Andel pasienter hvem de bor sammen med, menn og kvinner. Offentlige og private poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat		Totalt	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Alene	51	38	53	39	52	39
Alene m/barn (omsorg for)	2	9	2	11	2	10
Alene m/barn (samvær med)	3	2	2	2	3	2
Med fosterfamilie	0	0	0	0	0	0
Med ektefelle/samboer	13	25	16	26	14	25
Med ektef/samb. og barn	9	10	13	12	11	11
Med foreldre	14	10	9	3	13	8
Annet	8	5	4	6	7	5
Totalt	100	100	100	100	100	100
Ikke informasjon	29	20	10	11	39	31
Antall pasienter	1 815	1 049	794	457	2 609	1 506

3.6 Diagnoser

Kartleggingen omfatter også pasientens hoveddiagnose og bidiagnose. 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	

Fra de offentlige poliklinikkene er det oppgitt hoveddiagnose for 96 prosent av pasientene og bidiagnose for 44 prosent, se tabell 3.9. Andelen med bidiagnoser er noe lavere for private klinikker, men andel med hoveddiagnose er den samme.

Tabell 3.9 Andel pasienter det er oppgitt hoveddiagnose og bidiagnoser for. Pasientkartleggingen 2013.

		Menn	Kvinner	Av alle
Offentlige	Andel med hoveddiagnose	97	94	96
	Andel med bidiagnose	44	45	44
Private	Andel med hoveddiagnose	97	96	97
	Andel med bidiagnose	31	32	31

Tabell 3.10 viser fordelingen på hoveddiagnose for kvinner og menn. 81 prosent av de mannlige pasientene har rusmiddelrelaterte lidelser (F10-F19), mens dette gjelder 71 prosent av kvinnene. Seks prosent av pasientene har personlighetsforstyrrelser, mens tre prosent har adferdsforstyrrelser. Blant kvinner er det syv prosent som har Z-diagnose som hoveddiagnose. Denne brukes gjerne som en tilleggskategori, men er her angitt som hoveddiagnose. Dette kan være undersøkelse og utredning, eller i forhold til pårørende. Z-kode brukes også når utredningen viser at tilstanden ikke kvalifiseres for en (F-diagnose), for eksempel Z72.

Det er en viss variasjon mellom diagnosesammensetningen i offentlige og i private klinikker, og særlig at kvinner i offentlige poliklinikker har andre diagnoser enn rusmiddelrelaterte lidelser.

Tabell 3.10 Andel pasienter etter hoveddiagnose, menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat		Totalt	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Rusmiddelrelaterte lidelser*	79	66	85	84	81	71
Schizofrenier	2	1	0	0	1	1
Affektive lidelser	4	6	2	3	3	5
Nevrotiske lidelser	4	8	1	3	3	7
Personlighetsforstyrrelser	5	6	8	3	6	5
Atferdsforstyrrelser	3	4	2	1	3	3
Z-diagnoser	2	7	1	5	1	7
Annet	2	2	1	1	1	2
Totalt	100	100	100	100	100	100
Ikke informasjon	63	58	21	19	84	77
Antall pasienter	1 815	1 049	794	457	2 609	1 506

* Også omtalt som stoffrelaterte lidelser, men inkluderer også alkohol og andre medikamenter enn narkotiske stoffer.

Tabell 3.11 viser fordelingen av bidiagnoser. Den største kategorien bidiagnoser er naturlig nok rusmiddelrelaterte lidelser, og det er relativt få forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder bidiagnosene.

Tabell 3.11 Andel pasienter etter bidiagnose, menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2013.

	Menn		Kvinner		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Rusmiddelrelaterte lidelser	599	57	338	55	938	56
Schizofrenier	13	1	5	1	18	1
Affektive lidelser	130	12	75	12	205	12
Nevrotiske lidelser	134	13	89	14	224	13
Personlighetsforstyrrelser	63	6	38	6	101	6
Atferdsforstyrrelser	69	7	25	4	94	6
Z-diagnoser	8	1	20	3	28	2
Annet	34	3	30	5	64	4
Totalt	1 050	100	620	100	1 672	100

Det kan være interessant å undersøke omfanget av pasienter som ikke har rusmiddelrelaterte lidelser enten som hoveddiagnose eller bidiagnose. Vi definerer ruslidelse som å ha rusmiddelrelaterte lidelser enten som hoveddiagnose eller bidiagnose.

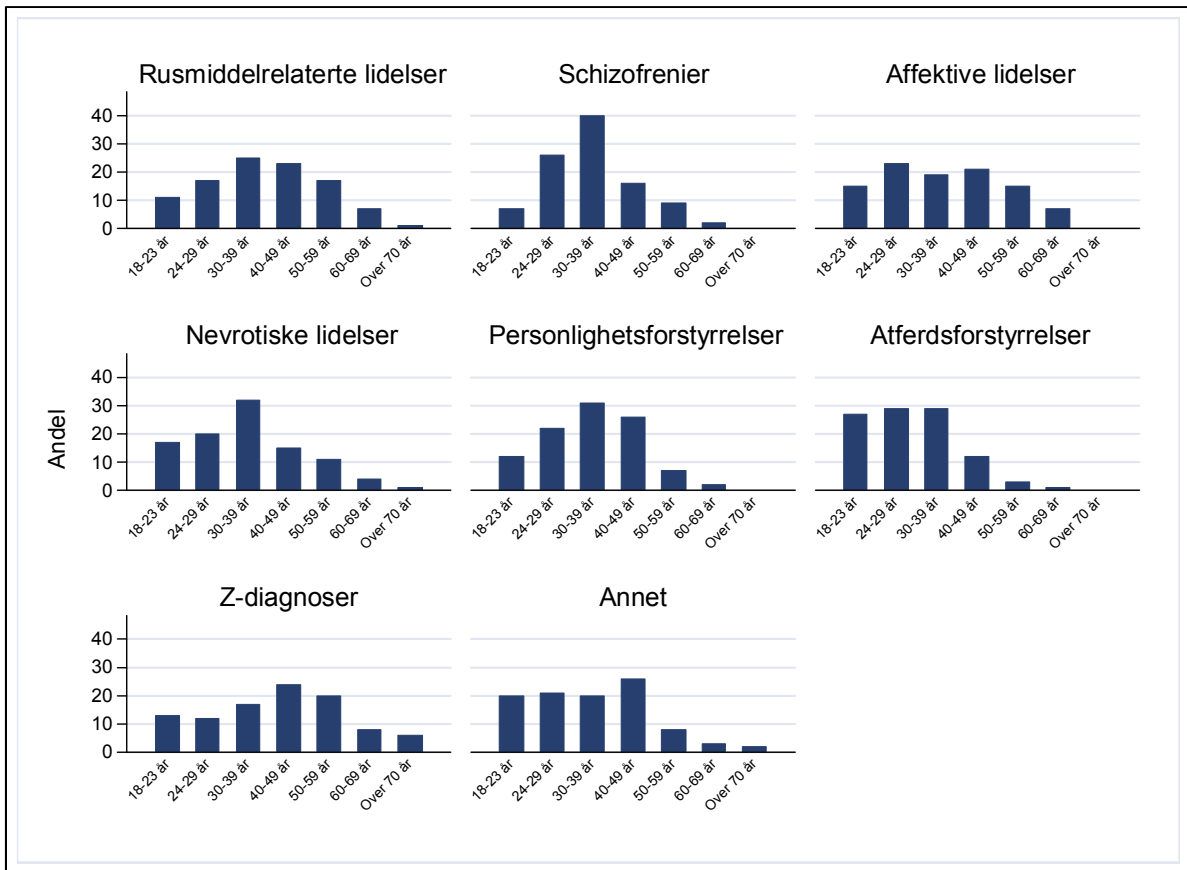
Tabell 3.12 viser at de som ikke har ruslidelser (14 prosent av alle pasientene), er særlig fordelt på diagnosene personlighetsforstyrrelse, nevrotiske og affektive lidelser.

Tabell 3.12 Andel pasienter etter med og uten ruslidelser, hoveddiagnose og bidiagnose. Pasientkartleggingen 2013.

	Ikke ruslidelse		Ruslidelse		Totalt	
	Hoveddiagnose	Bidiagnose	Hoveddiagnose	Bidiagnose	Hoveddiagnose	Bidiagnose
Rusmiddelrelaterte lidelser	0	0	90	62	78	56
Schizofrenier	3	1	1	1	1	1
Affektive lidelser	13	25	2	11	4	12
Nevrotiske lidelser	17	32	2	11	4	13
Personlighetsforstyrrelser	27	16	2	5	6	6
Atferdsforstyrrelser	8	8	2	5	3	6
Z-diagnoser	23	8	0	1	3	2
Annet	9	10	0	3	2	4
Total	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter	554		3 422		3 976	

Vi har også undersøkt hvordan pasientene med ulike diagnoser fordeler seg på ulike aldersgrupper, se figur 3.5. Det er noen aldersforskjeller mellom diagnoser. Mens pasienter med adferdsforstyrrelser er unge, er det for de andre lidelsene mer normalfordelinger, der særlig pasienter med schizofrenilidelse har en tydelig topp i gruppen 30-39 år.

Hvorvidt denne figuren illustrerer forekomsten i befolkningen eller om den heller illustrerer hvem som får poliklinisk behandling, er vanskelig å vurdere.



Figur 3.5 Aldersfordeling innen hver hoveddiagnose. Sum=100 for hver diagnose. Prosent av pasientene med ulike hoveddiagnoser etter aldersgruppe. Pasientkartleggingen 2013.

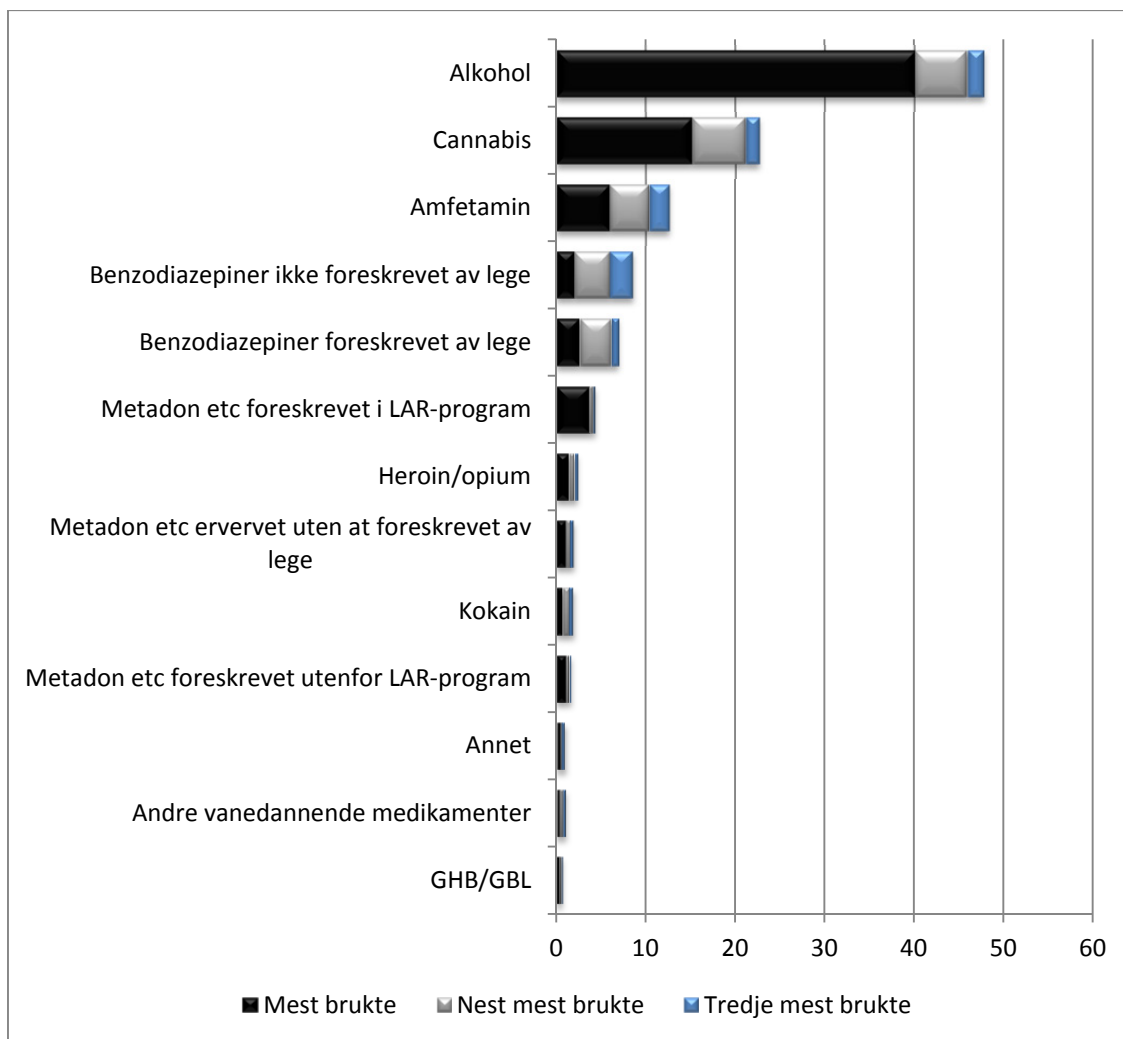
3.7 Bruk av rusmidler

Formålet med dette delkapittelet er å få oversikt over type rusmiddel pasientene i poliklinisk behandling i TSB bruker.

Spørsmålet om rusmiddelbruk bygger på klientkartleggingskjemaet som er utviklet av SIRUS/Bergensklinikkene. Vi har kartlagt rusmiddelbruk de siste 4 ukene før kartleggingen. Mest brukte rusmiddel betyr det rusmiddel som ga mest rus-tid eller virkningstid.

3.7.1 Mest brukte rusmiddel

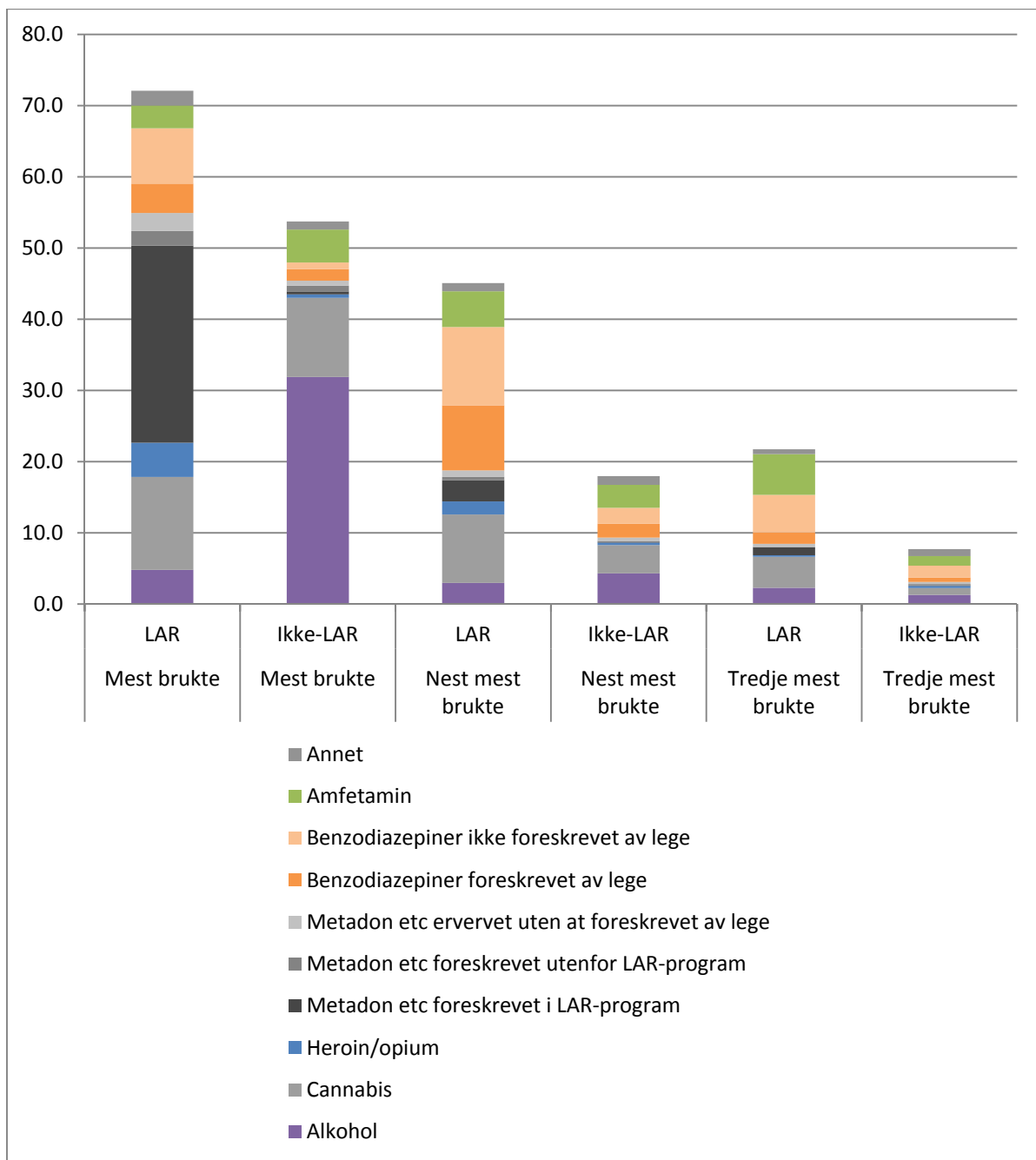
Mange bruker flere typer rusmidler. Det er derfor kartlagt både det mest brukte rusmiddelet, det nest mest brukte og det tredje mest brukte rusmiddelet. Fordelingen er vist i figur 3.6.



Figur 3.6 Mest brukte rusmidler blant polikliniske pasienter i TSB. Pasientkartleggingen 2013.

I figur 3.6 er det brukt prosent av alle pasientene (N=4 145) på både mest brukte, nest mest brukte og tredje mest brukte. De kan dermed aggregeres. Figuren viser for eksempel at benzodiazepiner som ikke foreskrevet av lege er hyppigere brukt som nest mest brukte og tredje mest brukte enn som hovedrusmiddel.

I utvalget er det ti prosent av pasientene som mottar LAR-behandling. Dette er personer med omfattende rusmisbruk som ofte bruker flere typer rusmidler. Dette bekreftes i figur 3.7.



Figur 3.7 Andel pasienter etter type rusmiddel, LAR-pasienter og ikke LAR-pasienter. Pasientkartleggingen 2013.

LAR-pasienter har høyest bruk av benzodiazepiner, både som foreskrevet av lege og som ikke foreskrevet av lege. Dette på tross av retningslinjene som sier at benzodiazepiner ikke bør foreskrives til pasienter i LAR (Nasjonale retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet).

3.7.2 Rusmiddelbruk etter kjønn og alder

Over halvparten av pasientene har alkohol som mest brukte rusmiddel. Det er generelt ikke store kjønnsforskjeller, men kvinner har i noe større grad alkohol som hovedrusmiddel, mens menn i større grad har cannabis som hovedrusmiddel. En noe større andel av kvinnene bruker benzodiazepiner foreskrevet av lege.

Tabell 3.13 Mest brukte rusmiddel, prosent menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2013.

	Menn	Kvinner	Total
Alkohol	52	58	54
Cannabis	23	16	20
Heroin/opium	2	2	2
Metadon etc foreskrevet i LAR-program	5	5	5
Metadon etc foreskrevet utenfor LAR-program	1	2	1
Metadon etc ervervet uten at foreskrevet av lege	1	1	1
Benzodiazepiner foreskrevet av lege	3	5	3
Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege	3	3	3
Andre vanedannende medikamenter	0	1	0
Amfetamin	8	8	8
Kokain	1	0	1
GHB/GBL	0	1	0
Annet*	1	0	0
Totalt	100	100	100
Ikke brukt eller ikke oppgitt	590	466	1 066
Antall pasienter	2 609	1 506	4 145

* Crack, Andre sentralstimulerende midler, løsemidler, LSD og liknende, Ecstasy og "designer drugs" unntatt GHB/GBL og anabole steroider.

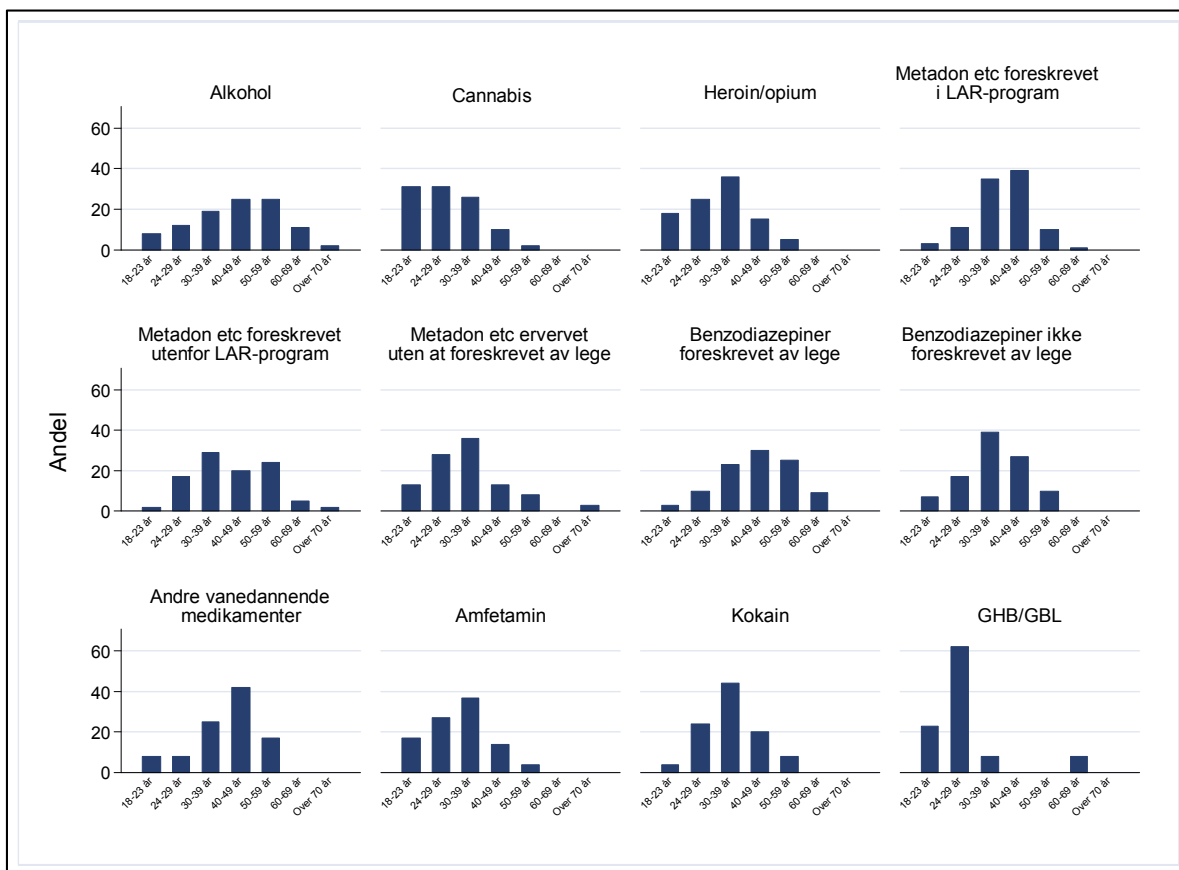
Det er betydelige forskjeller mellom pasienter i private og i offentlige klinikker etter type rusmiddel som brukes, se tabell 3.14. Mens pasientene i offentlige poliklinikker har større spredning i forhold til hvilket rusmiddel de bruker i hovedsak, er pasientene i private institusjoner og klinikker i større grad konsentrert rundt alkohol som hovedrusmiddel.

Tabell 3.14 Mest brukte rusmiddel, offentlige og private. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig	Privat
Alkohol	46	70
Cannabis	25	11
Heroin/opium	2	1
Metadon etc foreskrevet i LAR-program	6	3
Metadon etc foreskrevet utenfor LAR-program	1	2
Metadon etc ervervet uten at foreskrevet av lege	2	1
Benzodiazepiner foreskrevet av lege	4	3
Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege	3	2
Andre vanedannende medikamenter	1	0
Amfetamin	9	5
Kokain	1	1
GHB/GBL	0	0
Annet	1	0
Totalt	100	100
Ikke brukt eller ikke oppgitt	788	278
Antall pasienter	2 888	1 257

I figur 3.8 har vi fordelt pasientene på hovedrusmiddel og alder.

Cannabis og GHB/GBL er de eneste rusmidlene der unge utgjør den største andelen pasienter, delvis også amfetamin. Ellers følger de fleste typene en fordeling som likner en normalfordeling, med størst andel i de midterste aldersgruppene. Det er få pasienter i de eldste aldersgruppene, og de utgjør derfor kun en liten andel uansett rusmidler. Vi kan også se at benzodiazepiner foreskrevet av leger og alkohol er mest brukt i aldersgruppene 40-60 år.

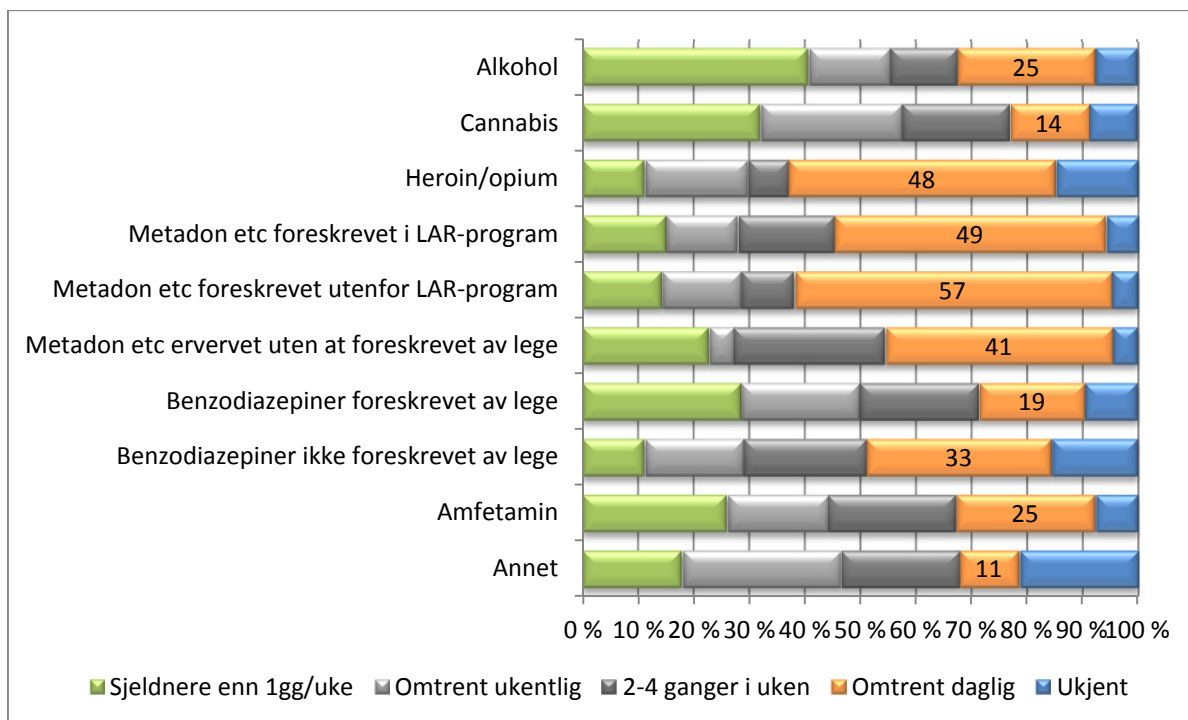


Figur 3.8 Prosent av pasientene etter alder innenfor hovedrusmiddel. Pasientkartleggingen 2013.

3.7.3 Hyppighet av bruk

Det er vanskelig å kartlegge hvor ofte pasientene bruker rusmidlene, fordi de er under poliklinisk behandling på kartleggingstidspunktet og kan ha vært det en stund. Vi spør "Hvor ofte brukt siste fire uker", men tar ikke hensyn til hva formålet med behandlingen er.

Figur 3.9 viser at selv om det er mange som bruker alkohol, er det mange som ikke har hyppig bruk. Dette kan være pga av behandlingen som gis, eller det kan være at de har andre rusmidler som de bruker hyppigere.



Figur 3.9 Andel av pasienter som har rusmiddelet som hovedrusmiddel og hyppighet i bruk.

3.8 Oppsummering

Totalt er 4 145 pasienter kartlagt. Av disse fikk 70 prosent behandling i offentlige poliklinikker og 30 prosent i private behandlingsinstitusjoner eller klinikker. Både i offentlige og private klinikker er 63 prosent av pasientene menn.

Pasienter i offentlige poliklinikker er noe yngre (median alder 34 år) enn i private poliklinikker (44 år).

Mens 21 prosent av pasientene i de offentlige poliklinikkene har inntekt fra eget arbeid, gjelder dette 35 prosent av pasientene i private klinikker. 43 prosent av pasientene i offentlige klinikker og 34 prosent i private, mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) og dette er således den vanligste hovedinntektskilden i utvalget.

Høyeste brukerrater av TSB har personer med grunnskoleutdanning som høyeste utdanning. Dernest kommer de med fullført videregående utdanning. Av de med høyskoleutdanning er bruk av tjenestene høyere blant de med lang høyskole- eller universitetsutdanning (mastergrad eller mer) enn blant de med lav høyskole- eller universitetsutdanning (bachelor grads nivå).

64 prosent av kvinnene og 74 prosent av mennene er ugift/enslig/skilt/separert. En større andel av pasienter som får behandling av private er skilt eller separert, mens pasientene i offentlige klinikker i større grad er ugift/enslig.

Det er også kartlagt hvem pasientene bor sammen med. Rundt ti prosent av de kvinnelige pasientene bor alene sammen med barn, mens dette gjelder to prosent av de mannlige pasientene.

81 prosent av de mannlige pasientene og 71 prosent av de kvinnelige pasientene har ruslidelser som hoveddiagnose. Totalt er det 14 prosent av pasientene som ikke har ruslidelse (F10-F19 som

hoved- eller bidiagnose) og disse fordeler seg på diagnosegruppene personlighetsforstyrrelse, nevrotiske og affektive lidelser.

De fleste pasientene har alkohol som hovedrusmiddel, fulgt av cannabis og amfetamin. Derneft følger benzodiazepiner som ikke er foreskrevet av lege og dette er hyppigere brukt som nest mest brukte og tredje mest brukte enn som hovedrusmiddel.

LAR-pasienter har høyest bruk av benzodiazepiner, både som foreskrevet av lege og som ikke foreskrevet av lege. Dette på tross av retningslinjene som sier at Benzodiazepiner ikke bør forskrives til pasienter i LAR (Nasjonale retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet). Alkohol brukes i mindre grad av LAR-pasienter enn av andre pasienter, men cannabis brukes hyppigere av LAR-pasienter enn andre når vi tar med andre og tredje mest brukte rusmiddel.

4 Henvisende instans, rett til prioritert helsehjelp og ventelister

Formålet med dette kapittelet er å finne ut hvor pasientene er henvist fra, om pasientene vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp og hvorvidt de har stått på venteliste for å få behandling.

4.1 Henvisende instans

I registreringsskjemaet til poliklinikkene ble behandler bedt om å fylle ut hvem som var *Henvendende instans ved første kontakt denne behandlingsserien*. En rekke potensielle instanser ble anført i skjemaet. Hensikten med dette spørsmålet var å fange opp hvilke instanser som hadde vært i kontakt med poliklinikken i forbindelse med oppstart av behandlingsserien for pasienten.

4.1.1 Henvisende instans i 2013

Tabell 4.1 viser at 59 prosent av pasientene henvises fra fastlegen, mens ti prosent henvises fra NAV Sosialtjeneste. Psykiatrisk poliklinikk henviser seks prosent av pasientene og like mange kommer fra døgnavdelinger i TSB (offentlig). Fem prosent henvises fra døgnavdeling i psykisk helsevern, og fire prosent fra rusteam.

Tabell 4.1 Henvisende instans ved første kontakt denne behandlingsserien. Offentlig og privat. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig	Privat	Totalt
Fastlege/allmennlege	57	65	59
NAV (sosialtjeneste)	12	5	10
Psykiatrisk poliklinikk	6	6	6
Døgnavdeling (TSB, offentlig)	7	4	6
Psykiatrisk døgnavdeling	6	3	5
Ruspoliklinikk/rusteam	5	3	4
Døgnavdeling (TSB, privat)	1	6	3
Ikke informasjon	3	2	3
Rusavdeling/tiltak	3	2	2
Somatisk institusjon	1	2	1
Fengsel/politietat/KIF	1	1	1
Legevakt	1	1	1
Ambulant team	1	0	1
BUP poliklinikk	1	0	1
Andre	4	7	5
Totalt	108	106	108
Antall pasienter	2 812	1 230	4 042
Ikke informasjon	76	27	103
Totalt	2 888	1 257	4 145

Det er noen forskjeller i hvor pasientene i private og offentlige poliklinikker henvises fra. Det er en større andel av pasientene som henvises fra fastlegene til private, mens NAV henviser en større andel av pasientene i offentlig behandling. Private TSB døgnavdelinger henviser en større andel av pasientene i private klinikker enn i offentlige (hvh seks og én prosent), mens døgnavdelinger i offentlig sektor henviser en større del av pasientene i offentlige enn i private klinikker.

Under "Andre" ligger både pasienten selv, familie, hjemmesykepleien, krisesenter og annet, men dette utgjør hver for seg svært få pasienter. Det er for eksempel ingen av pasientene som er henvist fra krisesenter og bare én pasient fra flyktning eller asylmottak.

I noen tilfeller er det flere aktører som er involvert i henvisningen, derfor er ikke summen av andeler 100, men 108. De vanligste kombinasjonene er mellom fastlegen og NAV sosialtjeneste, fastlegen/psykiatrisk poliklinikk eller fastlegen/psykiatrisk døgnavdeling.

4.2 Rett til prioritert helsehjelp

Behandlere er bedt om å krysse av for om pasienten har rett til prioritert helsehjelp.

Tabell 4.2 viser at 91 prosent av pasientene der det er gitt informasjon, vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp. Det er en noe høyere andel pasienter som vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp i offentlige poliklinikker enn i private (hvh 93 prosent og 88 prosent).

Tabell 4.2 Antall og andel av pasientene i offentlige poliklinikker med rett til prioritert helsehjelp. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	2 483	93	1 030	88	3 513	91
Nei	192	7	139	12	331	9
Total	2 675	100	1 169	100	3 844	100
Ikke informasjon	213		88		301	
Antall pasienter	2 888		1 257		4 145	

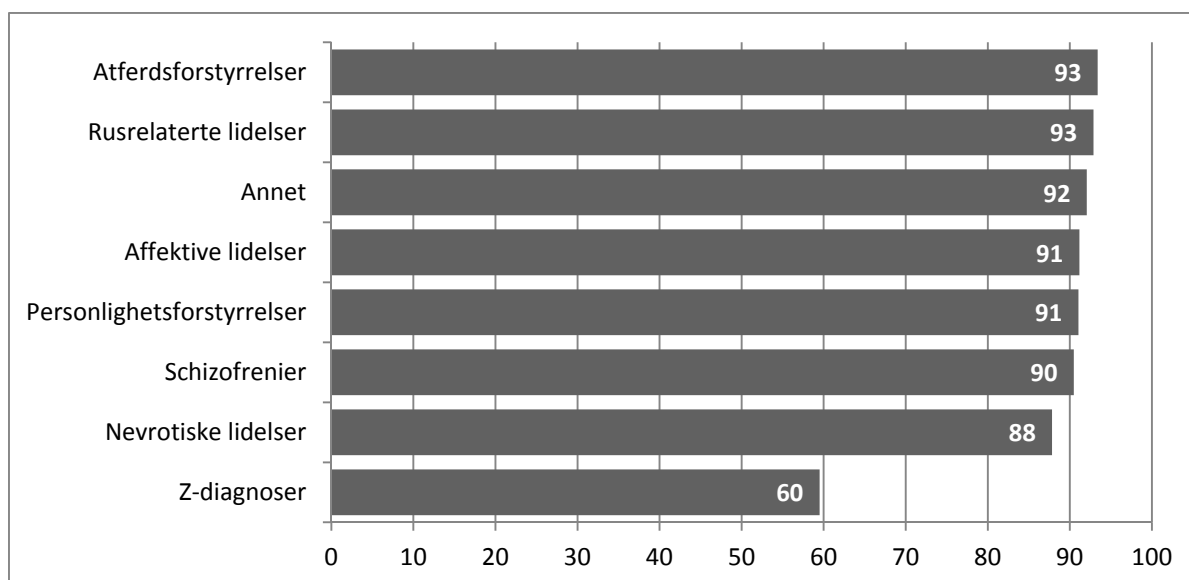
92 prosent av de mannlige pasientene og 90 prosent av de kvinnelige pasientene vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp.

Tabell 4.3 viser at en større andel i de yngste aldersgruppene vurderes å ha rett til helsehjelp, men det er lite variasjon mellom aldersgruppene over 50 år.

Tabell 4.3 Antall og andel av pasientene med rett til prioritert helsehjelp, alder. Pasientkartleggingen 2013.

	Rett til prioritert helsehjelp			Andel med rett til prioritert helsehjelp	Mangler informasjon
	Ja	Nei	Total		
18-23 år	445	25	470	95	26
24-29 år	632	44	676	93	34
30-39 år	851	78	929	92	81
40-49 år	740	81	821	90	64
50-59 år	517	68	585	88	44
60-69 år	205	25	230	89	27
70 år og eldre	31	4	35	89	4
Total	3 421	325	3 746	91	280

Som vist i figur 4.1, vurderes 93 prosent av pasientene med atferdsforstyrrelser og rusrelaterte lidelser som hoveddiagnose å ha rett til prioritert helsehjelp, mens dette gjelder 88 prosent av pasientene med nevrotiske lidelser.



Figur 4.1 Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp i offentlige poliklinikker etter diagnose. Pasientkartleggingen 2013.

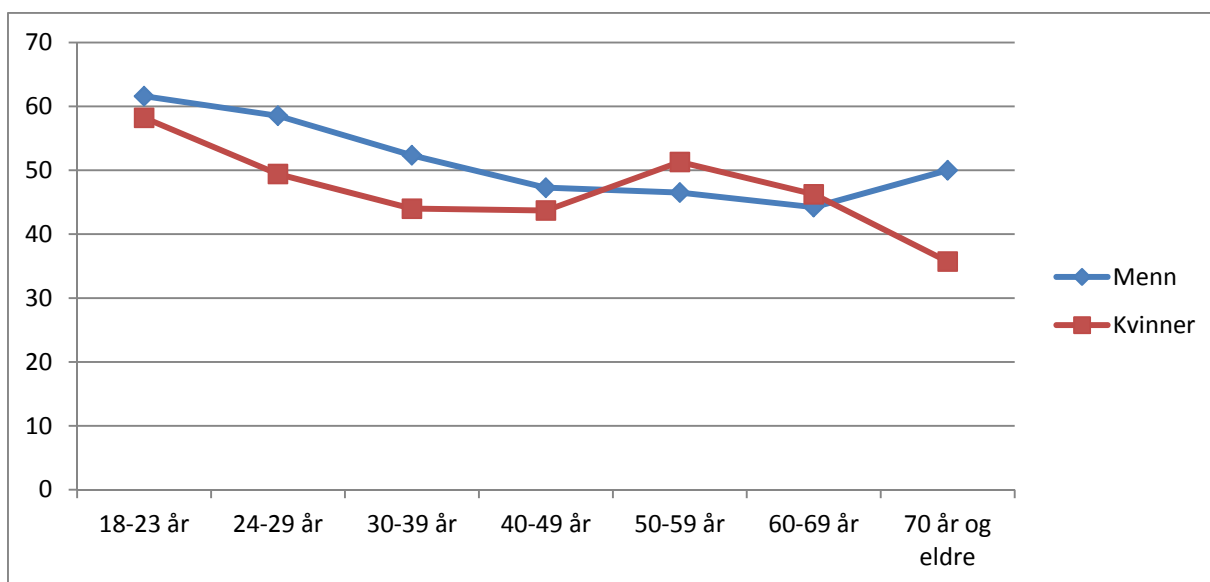
4.3 Venteliste

Tabell 4.5 viser at halvparten av pasientene har stått på venteliste for å få behandling i poliklinikkene. Det er 47 prosent av pasientene i offentlige klinikker og 59 i private.

Tabell 4.4 Antall pasienter som har stått på venteliste. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlige		Private		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	1 256	47	701	59	1 957	51
Nei	1 398	53	483	41	1 881	49
Totalt	2 654	100	1 184	100	3 838	100
Ikke informasjon	234		73		307	
Antall pasienter	2 888		1 257		4 145	

Blant menn har 52 prosent stått på venteliste og 49 prosent blant kvinner.



Figur 4.2 Andel pasienter som har stått på venteliste. Menn og kvinner.

Vi har informasjon om dato for påbegynt behandling og dato for mottatt henvisning for pasientene som har stått på venteliste. Vi kan dermed beregne antall dager de har stått på venteliste.

Vi finner også at andel som har stått på venteliste går ned med økende alder, men at antall dager på venteliste er lavest blant de yngste, se tabell 4.6.

Tabell 4.5 Andel på venteliste etter alder og median antall dager på venteliste. Pasientkartleggingen 2013.

	Andel på venteliste		Median antall dager	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
18-23 år	61	56	39	43
24-29 år	53	64	63	48
30-39 år	42	68	56	51
40-49 år	39	58	50	50
50-59 år	43	55	45	62
60-69 år	45	45	56	44
70 år og eldre	33	52	41	37

Det er lavest andel som har stått på venteliste blant pasienter med schizofrenilidelser, og for de som har stått på venteliste blant disse pasientene, har de ventet færrest dager. Pasienter med atferdsforstyrrelser har i størst grad stått på venteliste (61 prosent) og har ventet lengst (median 59 dager). Pasienter med personlighetsforstyrrelser venter like lenge på behandling (59 dager), men det er en noe lavere andel som står på venteliste (56 prosent).

Tabell 4.6 Median antall dager ventetid fra henvisning til behandlingsstart for de som har stått på venteliste. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2014.

	Andel på venteliste	Median antall dager
Rusmiddelrelaterte lidelser	51	49
Schizofrenier	28	23
Affektive lidelser	44	46
Nevrotiske lidelser	48	48
Personlighetsforstyrrelser	56	59
Atferdsforstyrrelser	61	59
Z-diagnoser	52	45
Annet	43	42

4.4 Oppsummering

Fastlegen har henvist 59 prosent av pasientene til poliklinisk behandling i TSB. Ti prosent er henvist fra NAV (sosialtjeneste), mens seks prosent er henvist fra psykiatrisk poliklinikk. Like mange er henvist fra en offentlig døgnavdeling i TSB, mens tre prosent er henvist fra en privat TSB døgnavdeling. Fire prosent er henvist fra ruspoliklinikk/rusteam.

91 prosent av pasientene som fikk behandling i løpet av de 14 dagene kartleggingen pågikk, vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp, og andelen er noe høyere i offentlige klinikker (93 mot 88 prosent). En større andel i de yngste aldersgruppene vurderes å ha rett til helsehjelp, men det er lite variasjon mellom andre aldersgrupper.

51 prosent av pasientene har stått på venteliste for å få behandling og andelen som har stått på venteliste avtar med økende alder. Det betyr at de unge har størst sannsynlighet for å ha stått på venteliste, men vi finner at antall dager de venter er lavest blant de yngste pasientene. Personer med schizofrenilidelser har i minst grad stått på venteliste (28 prosent) og har ventet kortest tid (23 dager).

5 Selvmordsrisiko, selvskading og voldsrisiko

Målet med dette kapitlet er å kartlegge omfang av selvmordsrisiko, selvskading og voldsrisiko blant de polikliniske pasientene i TSB.

Det er spurt om selvmordsrisiko, selvskading og voldsrisiko i løpet av siste fire uker før kartleggingstidspunktet.

SELMORD OG SELVMORDSFORSØK

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har som formål å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd. NSSF er tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Vi henviser dit for forskning på temaet.

I kartleggingen i TSB skiller vi mellom selvmordstanker, selvmordstrusler og selvmordsforsøk.

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).

RISIKO FOR Å UTØVE VOLD

Spørsmålet er formulert slik: Har pasienten hatt risiko for å utøve vold siste 4 uker? 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).

5.1 Selvmordsrisiko blant pasienter i offentlige poliklinikker og privat avtalepraksis

87 prosent av pasientene vurderes å ikke ha risiko for selvmord. 12 prosent av pasientene kommer med selvmordstrusler og én prosent har selvmordsforsøk. Det er lite forskjell på pasienter i offentlig og privat behandling i forhold til selvmordsrisiko, og det er heller ikke særlige kjønnsforskjeller.

Tabell 5.1 Har selvmordsproblemer. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Nei ingen risiko	2 372	87	1 046	88	3 418	87
Selvmordstanker	330	12	125	11	455	12
Selvmordstrusler	15	1	3	0	18	0
Selvmordsforsøk	16	1	8	1	24	1
Totalt	2 733	100	1 182	100	3 915	100
Ikke informasjon	155		75		230	
Antall pasienter	2 888		1 257		4 145	

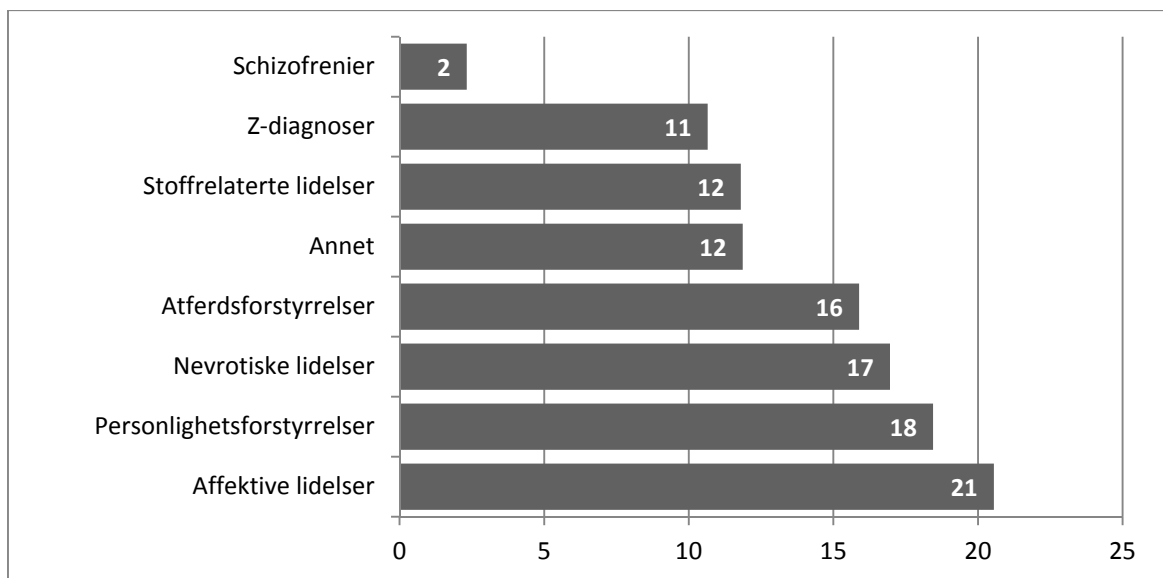
Andel pasienter med selvmordstrusler reduseres med alder, men det er ellers relativt små forskjeller mellom ulike aldersgrupper.

Tabell 5.2 Har selvmordsproblemer. Aldersgruppe. Pasientkartleggingen 2013.

	18-23 år	24-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70
Nei, ingen risiko	84	85	88	87	90	90	97
Selvmords tanker	14	14	11	12	9	8	3
Selvmordstrusler	1	0	1	0	1	0	0
Selvmordsforsøk	1	0	0	1	0	1	0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter	470	681	943	830	604	242	38

I neste figur ser vi på andel av pasientene innenfor de ulike hoveddiagnosene og selvmordsrisiko. Her er andel med risiko for enten tanker, trusler eller forsøk. Som vist i tabell 5.1 handler dette i stor grad om selvmordstanker.

Lavest andel finner vi blant pasienter med schizofrenilidelser (2 prosent), mens andelen er høyest blant pasienter med affektive lidelser (21 prosent).



Figur 5.1 Andel av pasientene i ulike diagnosegrupper med selvmordsproblematikk. Pasientkartleggingen 2013.

5.2 Selvskading

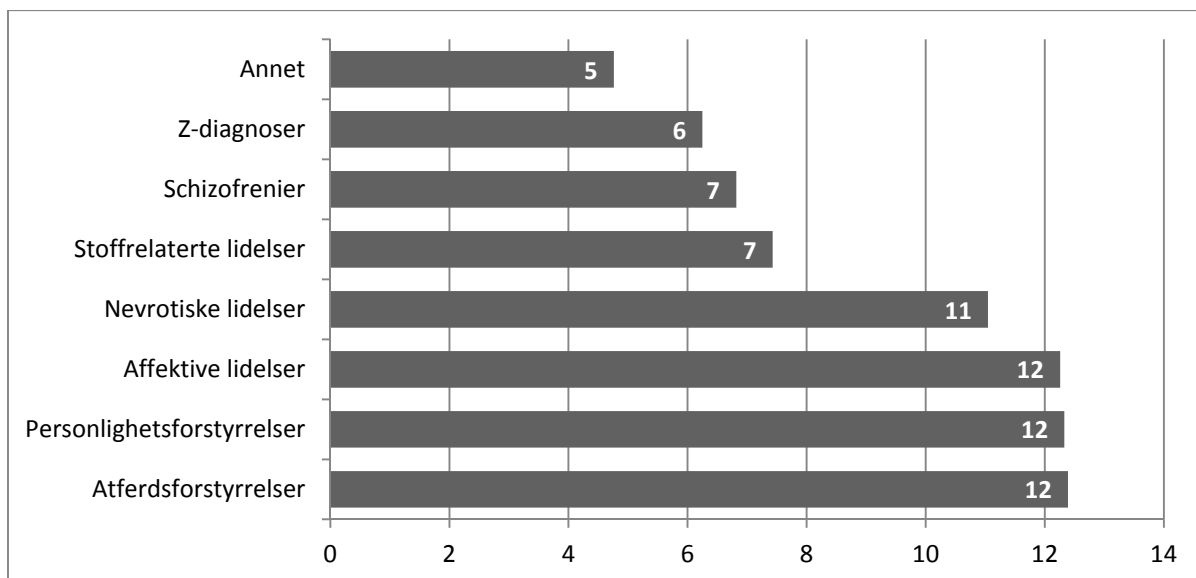
Spørsmålet er formulert på en slik måte at vi må anta at manglende avkryssing betyr at pasienten ikke har selvskadingstendens. Som vist i tabell 5.3 gjelder dette 92 prosent av pasientene, 93 prosent av de mannlige og 89 prosent av de kvinnelige pasientene antas derfor ikke å ha selvskadingstendens.

Tabell 5.3 Andel pasienter med selvskadingstendens i offentlige poliklinikker. Menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2013.

	Menn	Kvinner	Totalt
Ingen	93	89	92
Selvskadingsforsøk	0	1	1
Selvskadingstrusler	2	3	2
Selvskadingstanker	0	0	0
Selvskading	4	6	5
Totalt	100	100	100
Antall pasienter	2 609	1 506	4 145

En noe større andel kvinner enn menn både utfører selvskading, kommer med selvskadingstrusler og gjør forsøk på selvskading. Andelen avtar med alder. Selvskadingstanker er i liten grad krysset av for og det er kanskje ikke relevant, men ble tatt med som svaralternativ.

Vi ser nærmere på pasientens diagnoser og selvskadingstendens. Vi definerer nå selvskadingstendens som summen av kategoriene over (selvskading, selvskadingstanker, trusler og forsøk). Totalt er det åtte prosent av pasientene som antas å ha selvskadingstendens.



Figur 5.2 Andel av pasientene i ulike diagnosegrupper med selvskadingstendens. Pasientkartleggingen 2013.

12 prosent av pasientene med affektive lidelser, personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser oppgis å ha selvskadingstendens, mens dette gjelder syv prosent av pasientene med schizofrenilidelse.

5.3 Voldsrisiko

Det er relativt mange som ikke har svart på dette spørsmålet (gjelder 477 pasienter). Hvorvidt dette skyldes at pasienten har deltatt og dette ikke er noe de har snakket om, eller om behandler ikke kjenner til risikoen, er vanskelig å si. Andel som er besvart er høyere i de tilfeller pasienten har deltatt i utfyllingen enn når de ikke har deltatt (93 prosent mot 85 prosent).

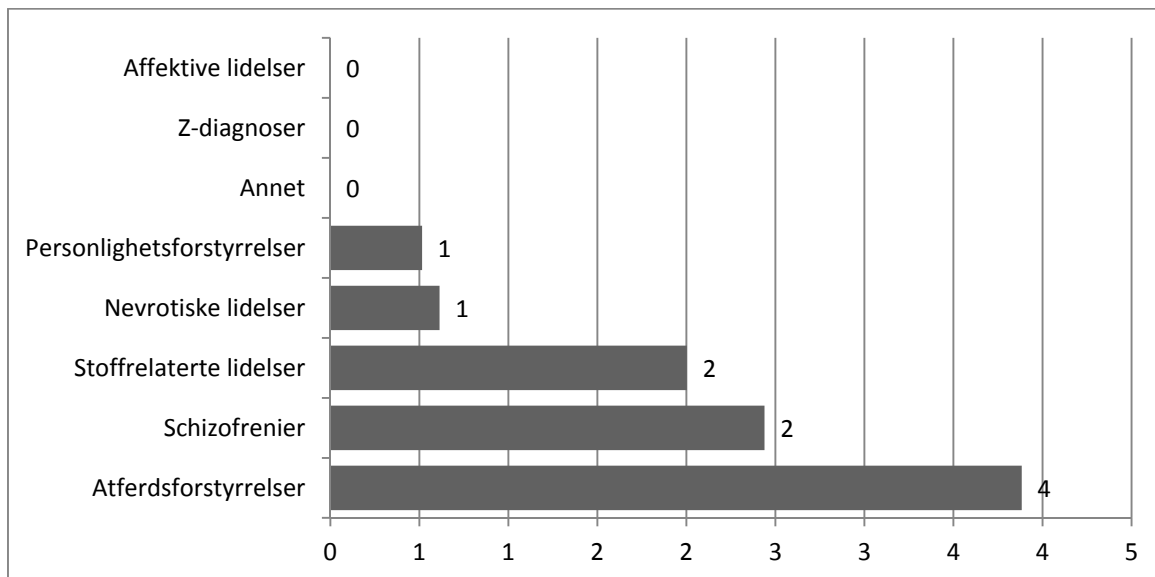
Blant dem vi har informasjon om, er det 87 prosent som vurderes å ikke ha risiko for å utøve vold. 11 prosent anses å ha lav/eller moderat risiko for å utøve vold, mens én prosent av pasientene vurderes å ha høy risiko. Under én prosent vurderes å ha svært høy risiko. Det er totalt 15 pasienter som vurderes å ha svært høy risiko.

Tabell 5.4 Antall og andel pasienter med voldsrisiko. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Menn	Kvinner	Total
Ingen	84	93	87
Lav/moderat	14	7	11
Høy	2	1	1
Svært høy	1	0	0
Totalt	100	100	100
Ikke informasjon	291	176	477
Antall pasienter	2 609	1 506	4 145

Menn har dobbelt så høy sannsynlighet for å ha risiko for å utøve vold som kvinner (17 prosent av menn og åtte prosent blant kvinner). Andel med voldsrisiko avtar med alder.

Andel av pasientene i ulike diagnosegrupper som har høy eller svært høy risiko for å utøve vold siste uker, er vist i figur 5.2. Det er pasienter med atferdsforstyrrelser som har høyest sannsynlighet for å bli vurdert å ha høy eller svært høy voldsrisiko, og i denne gruppen utgjør dette fire prosent av pasientene. Blant personer med schizofrenilidelser er andelen to prosent og én prosent blant pasienter med nevrotiske lidelser og personlighetsforstyrrelse.



Figur 5.3 Andel pasienter med høy eller svært høy risiko for å utøve vold siste fire uker før kartleggingen. Pasientkartleggingen 2013.

5.4 Oppsummering

87 prosent av pasientene vurderes å ikke å ha risiko for selvmord. 12 prosent av pasientene har selvmordstanker. Én prosent kommer med selvmordstrusler og like mange har gjennomført selvmordsforsøk. Det er små forskjeller på pasienter i offentlig og privat behandling i forhold til selvmordsrisiko, og det er heller ikke særlige kjønnsforskjeller. Andel pasienter med selvmordsproblematikk reduseres med alder og det er store forskjeller mellom pasienter i ulike diagnosegrupper. Lavest andel finner vi blant pasienter med schizofrenilidelser (2 prosent), mens andelen er høyest blant pasienter med affektive lidelser (21 prosent).

Selvskadingstendens vurderes ikke å være til stede for 92 prosent av pasientene (93 prosent av de mannlige og 89 prosent av de kvinnelige pasientene). Andel avtar med økt alder.

Menn har dobbelt så høy sannsynlighet for å ha risiko for å utøve vold som kvinner (17 prosent av menn og åtte prosent blant kvinner). De aller fleste som har risiko for å utøve vold, vurderes å ha lav/moderat risiko. Én prosent av pasientene vurderes å ha høy risiko, og færre enn én prosent vurderes å ha svært høy risiko for å utøve vold.

6 Individuell plan og ansvarsgruppe

6.1 Innledning

Individuell plan (IP) er en rettighet for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og det er et verktøy og en arbeidsmetode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Formålet er å skape et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Brukere innen psykisk helsevern og TSB har ofte sammensatte behov, og IP som verktøy vokste frem på bakgrunn av et tjenesteapparat som generelt var for dårlig koordinert (St.meld. nr. 25, 1996-97; St.meld. nr. 21, 1998-99).

Individuell plan har fått fornyet aktualitet gjennom samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009), sammen med lovkrav om etablering av Koordinerende enhet med overordnet ansvar for IP, retten til koordinator og et tydelig kommunalt ansvar for utarbeidelse av IP i ny helse- og omsorgstjenestelov. Det framgår av samhandlingsmeldinga at: "Individuell plan er et helt sentralt tiltak for å ivareta samhandling og pasient- og brukerforankring. Departementet legger til grunn at individuell plan fortsatt skal være et helt sentralt tiltak for å ivareta god samhandling" (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s. 48).

Man skulle forvente en stadig økende bruk av IP, men forskning tyder på at man ikke har oppnådd stor utbredelse i tjenesteapparatet, selv flere år etter at loven ble vedtatt (Bjerkan et al., 2011), og videre at implementeringen av IP i tjenestene er krevende for systemet og personene som er involvert (Hansen, 2007; Holum, 2012).

Alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester har siden 2001 hatt rett til å få utarbeidet en individuell plan etter Kommunehelsetjenesteloven, Specialisthelsetjenesteloven eller Psykisk helsevernloven. Fra 1. januar 2012 er forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator hjemlet i ny Helse- og omsorgslov³.

6.2 Andel pasienter med individuell plan

Som vist i tabell 6.1 er det 25 prosent av pasientene som har IP (utarbeidet eller under utarbeidelse). 68 prosent av pasientene i poliklinisk behandling i TSB har ikke IP, og for seks prosent vet ikke behandler om pasienten har IP.

³ I tillegg følger rett til individuell plan av Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen fra 2006, Lov om sosiale tjenester i NAV fra 2009; og Lov om barneverntjenester.

Tabell 6.1 Antall og andel pasienter med og uten IP. Kvinner og menn. Pasientkartleggingen 2013.

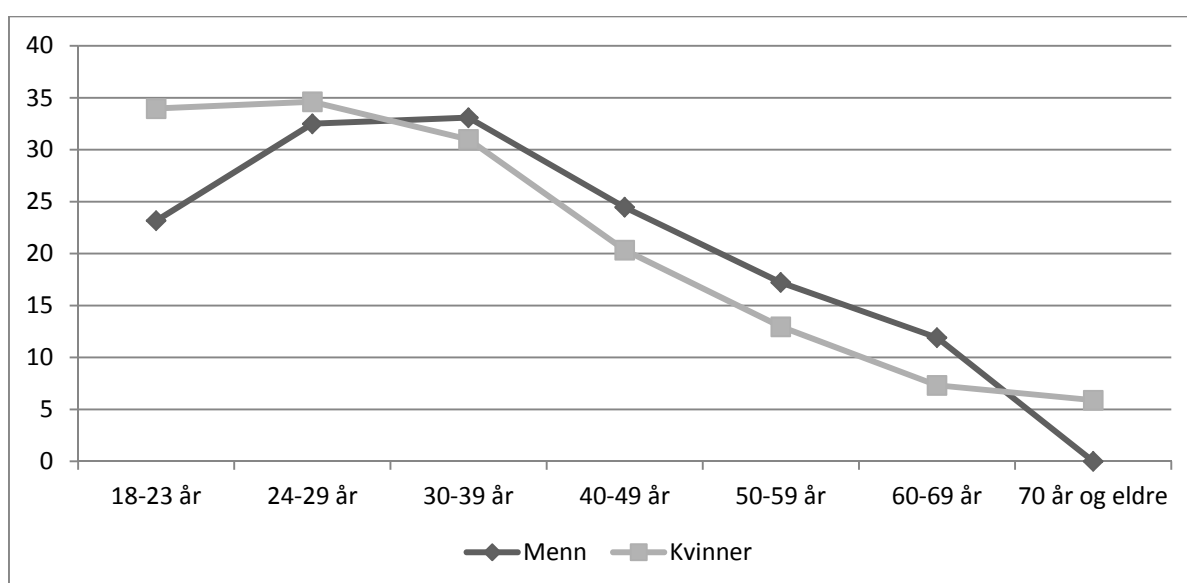
	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja utarbeidet	462	18	275	19	738	18
Ja, under utarbeidelse	190	8	93	6	284	7
Vet ikke	154	6	94	6	249	6
Nei	1 714	68	987	68	2 721	68
Totalt	2 520	100	1 449	100	3 992	100
Ikke svart	89		57		153	
Antall pasienter	2 609		1 506		4 145	

Årsaken til at de ikke har individuell plan, fremkommer i tabell 6.2. Hovedårsaken er at IP ikke er aktuelt for pasienten ved at de ikke er i målgruppen for tiltaket (behov for langvarige og koordinerte tjenester). For 20 prosent av pasientene som ikke har IP, er begrunnelsen at pasienten ikke ønsker en slik plan. For 18 prosent er det andre grunner. IP vurderes som ikke aktuelt for noen flere kvinner enn menn.

Tabell 6.2 Antall og andel pasienter med og uten IP. Pasientkartleggingen 2013.

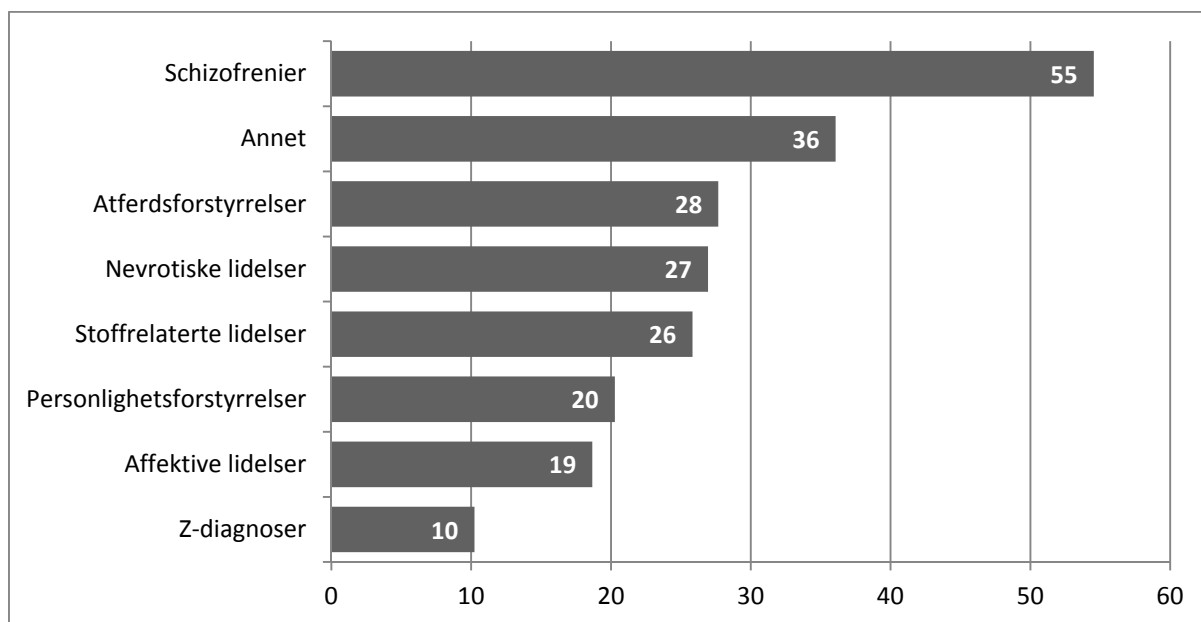
	Antall	Menn		Kvinner		Totalt	
		Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Nei, ikke aktuelt for denne pasienten	1 021	60	647	66	1 684	62	
Nei, pasienten ønsker ikke	358	21	179	18	539	20	
Nei, annet	335	20	161	16	498	18	
Totalt	1 714	100	987	100	2 721	100	

IP ser særlig ut til å bli prioritert blant unge kvinnelige pasienter, og andelen med IP faller systematisk med alder.



Figur 6.1 Andel pasienter med IP, alder og kjønn. Pasientkartleggingen 2013.

Det er også betydelig variasjon i andel med IP etter pasientens diagnose, se figur 6.2. Mens 55 prosent av pasientene med schizofrenilidelse har IP, gjelder dette 19 prosent av de med affektive lidelser. 26 prosent av pasientene med rusmiddelrelaterte lidelser har IP. Når vi går nærmere inn på diagnosene, finner vi at andel med IP er særlig lav blant pasienter med skadelig bruk av alkohol (F10.1) og avhengighetssyndrom (F10.2), men høyere blant pasienter som har et sammensatt rusmiddelbruk (F19).



Figur 6.2 Andel pasienter med IP etter hoveddiagnose. Pasientkartleggingen 2013.

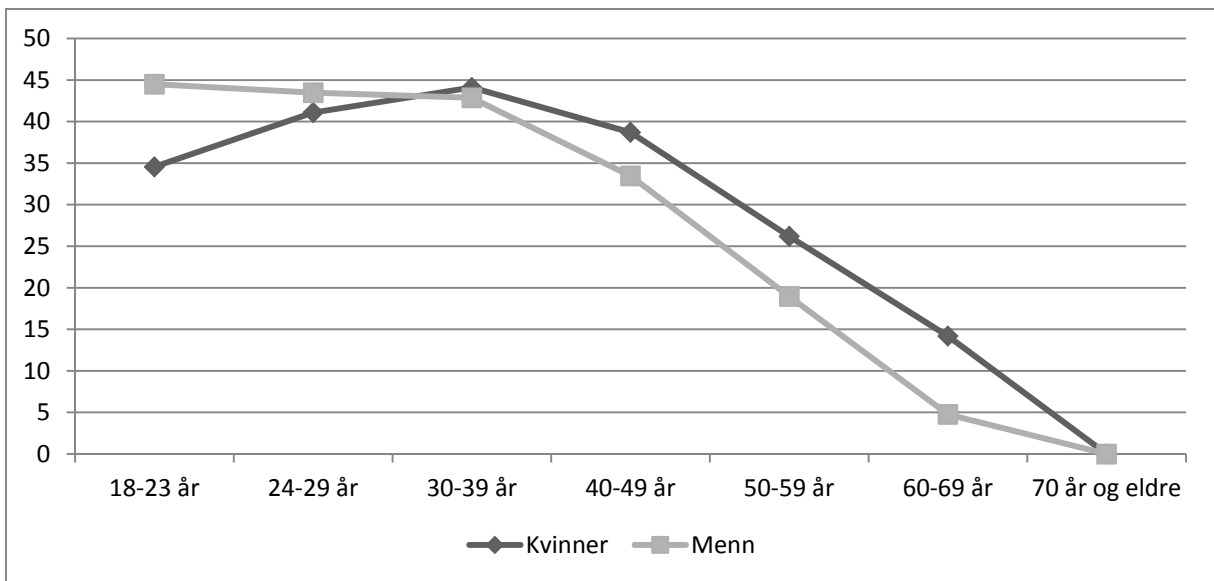
6.3 Ansvarsgruppe

Det er 36 prosent av pasientene i poliklinisk behandling i TSB som har ansvarsgruppe. Det er betydelig flere pasienter innen offentlig behandling som har ansvarsgruppe enn i privat. Det er også en del manglende informasjon, noe som indikerer at behandler ikke vet om pasienten har en ansvarsgruppe eller ikke. Det er heller ikke sikkert pasienten vet om dette er etablert i de tilfeller pasienten har deltatt i utfyllingen.

Tabell 6.3 Antall og andel pasienter med og uten ansvarsgruppe. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	1 053	42	200	19	1 253	36
Nei	1 341	54	790	76	2 131	60
Vet ikke	90	4	52	5	142	4
Total	2 484	100	1 042	100	3 526	100
Ikke informasjon	404		215		619	
Antall pasienter	2 888		1 257		4 145	

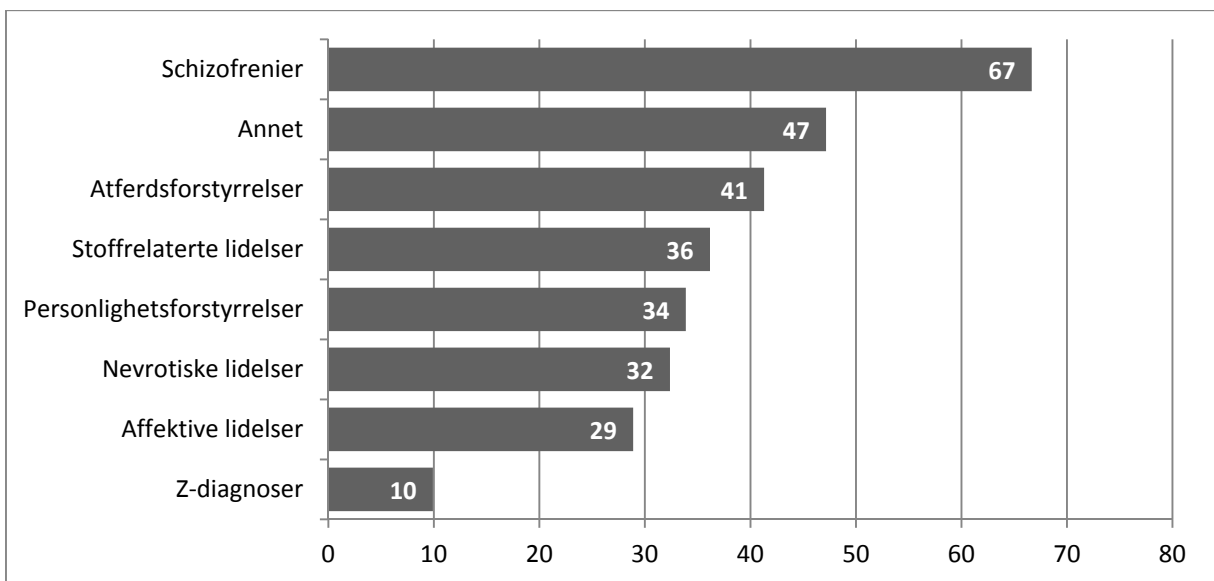
Det er små kjønnsforskjeller i andel med ansvarsgruppe generelt, men det er betydelige aldersforskjeller. Som for IP, bare omvendt mellom kjønn ved at unge menn i større grad har ansvarsgruppe enn kvinner.



Figur 6.3 Andel pasienter med ansvarsgruppe, alder og kjønn. Pasientkartleggingen 2013.

Mens IP prioriteres blant unge kvinnelige pasienter i TSB, er det ansvarsgruppe som i størst grad prioriteres blant unge mannlige pasienter.

I forhold til diagnoser, er bildet relativt likt IP. To av tre pasienter med schizofrenilidelser har ansvarsgruppe, mens dette gjelder 29 prosent av pasientene med affektive lidelser.



Figur 6.4 Andel pasienter med ansvarsgruppe etter hoveddiagnose. Pasientkartleggingen 2013.

Av de som ikke har IP, er det 19 prosent som har ansvarsgruppe. Av de som har IP, er det 83 prosent som også har ansvarsgruppe. Her antar vi at de som svarer "Vet ikke", ikke har IP.

Tabell 6.4 Andel pasienter med og uten ansvarsgruppe og IP. Pasientkartleggingen 2013.

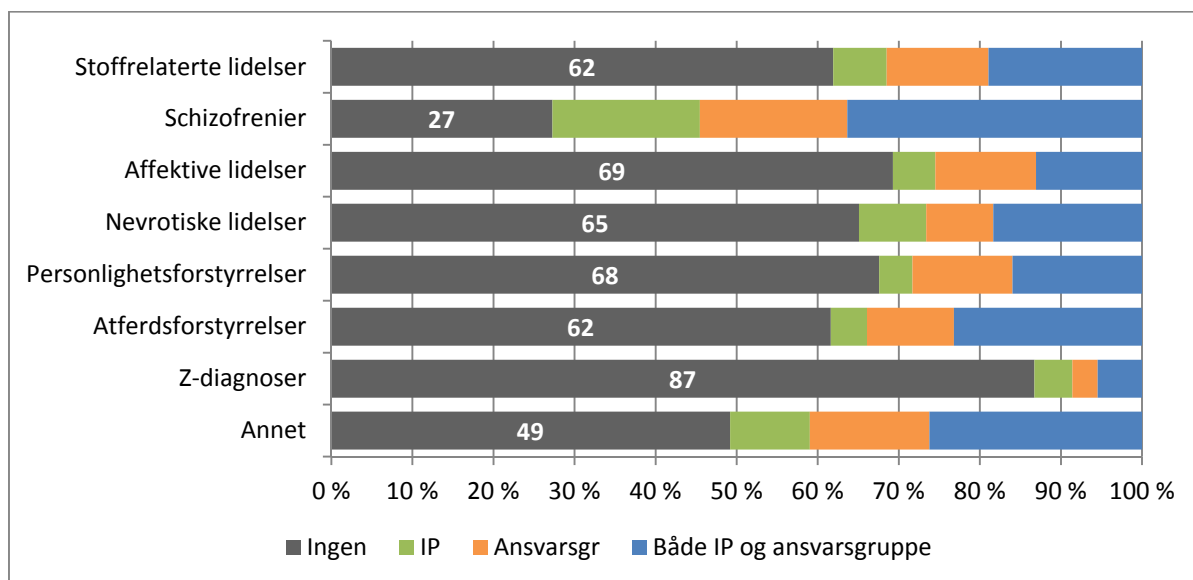
	Ikke ansvarsgruppe	Har ansvarsgruppe	Totalt	Antall pasienter
Ikke IP	81	19	100	2 566
IP	17	83	100	914
Totalt	64	36	100	3 480

63 prosent av de polikliniske pasientene i TSB har hverken IP eller ansvarsgruppe. Syv prosent har kun IP, 12 prosent har kun ansvarsgruppe og 19 prosent har både IP og ansvarsgruppe.

Tabell 6.5 Andel pasienter med og uten ansvarsgruppe og IP. Pasientkartleggingen 2013.

	Antall	Andel
Ingen	2 562	63
IP	266	7
Ansvarsgruppe	497	12
Både IP og ansvarsgruppe	756	19
Total	4 081	100

Fordeling på ulike diagnoser (figur 6.5) viser at 62 prosent av de med rusmiddelrelaterte lidelser hverken har IP eller ansvarsgruppe.



Figur 6.5 Andel pasienter med og uten ansvarsgruppe og IP etter hoveddiagnose. Pasientkartleggingen 2013.

6.4 Koordinator

Følgende er kartlagt:

- Har pasienten koordinator i kommunen, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2.
- Har pasienten koordinator i spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetj. loven § 2-5a

Fra tabell 6.6 ser vi at det er 31 prosent av pasientene som har koordinator i kommunen, og 39 prosent som har koordinator i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 6.6 Andel pasienter med koordinator i kommunen og/eller i spesialisthelsetjenesten. Pasientkartleggingen 2013.

	Koordinator i kommunen	Koordinator i spesialisthelsetjenesten
Ja	31	39
Nei	55	52
Vet ikke	14	8
Totalt	100	100
Ikke informasjon	386	411
Antall pasienter	4 145	4 145

Det er relativt mange som ikke har svart på dette, og det tyder på at behandler ikke vet om pasienten har en koordinator. Om lag 20 prosent av alle pasientene oppgis å ha koordinator både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

6.5 Oppsummering

25 prosent av pasientene har en Individuell Plan (IP) som er utarbeidet eller er under utarbeidelse. Den vanligste årsaken til at IP ikke er etablert, er at det ikke er aktuelt for pasienten (62 prosent). Pasienten har da sannsynligvis ikke behov for langvarige og koordinerte tjenester. For 20 prosent av pasientene som ikke har IP, er begrunnelsen at pasienten ikke ønsker en slik plan. For 18 prosent er det andre grunner som vi ikke har informasjon om.

36 prosent av pasientene har ansvarsgruppe. Det er betydelig flere pasienter innen offentlig behandling som har ansvarsgruppe enn i privat (42 mot 19 prosent). Det er også en del manglende informasjon, noe som indikerer at behandler ikke vet om pasienten har en ansvarsgruppe eller ikke.

63 prosent av de polikliniske pasientene i TSB har hverken IP eller ansvarsgruppe. Syv prosent har kun IP, 12 prosent har kun ansvarsgruppe og 19 prosent har både IP og ansvarsgruppe.

31 prosent av pasientene har koordinator i kommunen, og 39 prosent har koordinator i spesialisthelsetjenesten. 20 prosent av alle pasientene har koordinator både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

7 Pasienter med omsorg for barn og iverksatte tiltak

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 (Helsepersonelloven, Kapittel 2, §10a).

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).

7.1 Andel pasienter med omsorg for barn og unge

Som tabellen under viser, har 20 prosent av pasientene omsorg for barn og unge, 18 prosent av de mannlige pasientene og 22 prosent av kvinnene. Det er få som ikke vet om pasienten har omsorg for barn under 18 år, og manglende informasjon gjelder relativt få pasienter.

Tabell 7.1 Andel pasienter i poliklinisk behandling i TSB med omsorg for barn og unge. Pasientkartleggingen 2013.

	Menn		Kvinner		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	474	18	330	22	809	20
Nei	2 085	81	1 147	78	3 247	80
Vet ikke	11	0	3	0	14	0
Totalt	2 570	100	1 480	100	4 070	100
Ikke informasjon	39		26		75	
Antall pasienter	2 609		1 506		4 145	

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

Vi finner at det er iverksatt tiltak for 47 prosent av pasientene. Det er store kjønnsforskjeller, og mens det er satt i verk tiltak for 60 prosent av kvinnene med omsorg for barn, gjelder dette bare 37 prosent av menn med omsorg for barn. Det synes likevel å være relativt få med udekkede behov, og kun tre prosent av de som har behov får ikke oppfølging. Vi vet ikke mer om årsaken til at de ikke får oppfølging.

Tabell 7.2 Forekomst av tiltak for oppfølging av barn. Pasienter med omsorg for barn under 18 år. Pasientkartleggingen 2013.

	Menn	Kvinner	Total
Ja	37	60	47
Nei, men behov	3	3	3
Nei, ikke behov	54	35	46
Vet ikke	6	3	4
Totalt	100	100	100
Ikke informasjon	14	12	26
Antall pasienter med omsorg for barn	474	330	809

7.3 Hvem følger opp barna?

Det er også kartlagt hvem som følger opp barna. Det kan krysses av for flere aktører. Andel av pasientene med omsorg for barn etter hvem som følger opp barna, er vist i tabell 7.4.⁴

Tabell 7.3 Hvem følger opp barna? Pasientkartleggingen 2013.

	Antall	Andel
Barnevern	413	51
BUP	94	12
Familievernkontor	23	3
VOP	14	2
PPT/skole	124	15
Annet	142	18
Totalt	804	100
Ikke informasjon om hvem som følger opp (N)	5	
Antall pasienter med omsorg for barn med oppfølging	809	

Av pasienter med omsorg for barn, er det i 51 prosent av tilfellene barnevernet som følger opp barna. 12 prosent får oppfølging av Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), mens 15 prosent får oppfølging fra PPT eller skolen.

⁴ Enheten er her pasienter og ikke antall barn.

7.4 Oppsummering

20 prosent av pasientene har omsorg for barn og unge under 18 år. Kvinnelige pasienter har noe oftere ansvar for barn og unge enn mannlige pasienter (22 og 18 prosent). Det er et lavt antall ubesvarte tilfeller, noe som tyder på at behandlerne innhenter denne informasjonen systematisk.

Det er iverksatt tiltak for barna for 47 prosent av pasienter med omsorg for barn. De aller fleste der oppfølging ikke er iverksatt, vurderes det å ikke være behov. I rundt tre prosent av tilfellene vurderer behandler at det er behov for oppfølging, men at det foreløpig ikke er igangsatt.

I 51 prosent av tilfellene er det barnevernet som følger opp, men det er også noen som følges opp av PPT/skole (15 prosent) og BUP (12 prosent).

8 Pasienter med opprinnelse utenfor Norge

I dette kapittelet ser vi på pasienter med opprinnelse utenfor Norge. Vi ser først på pasienter som er født utenfor Norge og deretter på omfanget av asylsøkere og flykninger i pasientutvalget.

8.1 Pasienter som er født utenfor Norge

Åtte prosent av pasientene i poliklinisk behandling i TSB har fødested utenfor Norge (syv prosent i offentlige poliklinikker og 11 prosent i private).

41 prosent av de som er født utenfor Norge, er født i den vestlige delen av verden (her definert som Vest Europa, Nord Amerika og Australia). Andelen er noe høyere i offentlige poliklinikker enn i private (hhv 44 og 37 prosent). Det er særlig flere pasienter i private institusjoner og klinikker som kommer fra Øst-Europa og Afrika. Ti prosent av pasientene er født i Midtøsten, og de fleste av disse kom i 2013 fra Iran.

Tabell 8.1 Andel pasienter fra ulike deler av verden. Poliklinikker og privat avtalepraksis. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Vest Europa, Nord Amerika og Australia	89	44	53	37	142	41
Øst Europa	22	11	23	16	45	13
Asia	30	15	21	15	51	15
Afrika	20	10	22	15	42	12
Latin-Amerika	21	10	13	9	34	10
Midtøsten	22	11	11	8	33	10
Totalt	204	100	143	100	347	100
Andel pasienter totalt med fødeland utenfor Norge		7		11		8
Andel pasienter født i den ikke-vestlige delen av verden		56		63		59

8.2 Asylsøkere/flyktninger

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 religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller medlemskap i en spesiell sosial gruppe, basert på FNs flyktningkonvensjon og norsk lov.'*⁵

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

⁵ <http://www.udi.no/defaultRedesign.aspx?id=30>

ta fra 48 timer til flere måneder. Behandlingstiden avhenger av personens alder og hvilket land personen kommer fra.

Pasienter med asylsøkerstatus

Det er under fem pasienter i utvalget (0,1 prosent) som er asylsøkere, og disse mottar behandling i offentlige poliklinikker.

Pasienter med flyktningstatus

Omfanget av pasienter som er flyktning eller har flyktningebakgrunn er i 2013 1,4 prosent (1,2 prosent i de offentlige poliklinikkene og to prosent i de private).

8.3 Oppsummering

Åtte prosent av pasientene er født i et annet land enn Norge (7 prosent i offentlige poliklinikker og 11 prosent i private). Av disse er det 41 prosent som er født i den vestlige delen av verden (hhv 44 og 37 prosent i offentlige og private klinikker).

Det er få asylsøkere (0,1 prosent) og flyktninger (1,4 prosent) i pasientutvalget.

9 Behandlingens innhold, pasientens ønske og behandlers vurdering

Formålet med kapittelet er å fremskaffe mer informasjon om innholdet i behandlingen i poliklinikkene. Omfanget av pasienter som behandles poliklinisk, innen dagtilbudet og pasienter som behandles ambulant eller oppsøkes utenfor poliklinikken er kartlagt. Deretter ser vi på hvilke behandlingstiltak pasientene mottar og undersøker om det er store avvik mellom det pasienten ønsker og det som behandler mener er riktige behandlingstiltak.

9.1 Type pasient

Fra tabell 9.1 ser vi at 95 prosent av pasientene er polikliniske pasienter, mens to prosent behandles kun ambulant. Én prosent er kun dagpasienter. For to prosent av pasientene gis det en kombinasjon av behandlinger i og utenfor poliklinikken. To prosent av pasientene behandles både ambulant og poliklinisk, mens én prosent av pasientene er dagpasient og poliklinisk pasient. Toprosent behandles både ambulant og poliklinisk og er dagpasient.

Tabell 9.1 Type pasient i offentlige poliklinikker. Antall og andel. Pasientkartleggingen 2013.

Type pasient	Antall	Andel
Poliklinisk pasient	3 802	95
Dagpasient (kontakt/opphold av minst 3 timers varighet)	22	1
Pasienten behandles ambulant/opsøkes annet sted	69	2
Behandles på flere måter:		
Poliklinisk+dag	39	1
Poliklinisk+ambulant	68	2
Poliklinisk+dag+ambulant	2	0
Totalt	4 002	100
Ikke informasjon	143	
Antall pasienter	4 145	

9.2 Aktuelle behandlingstiltak

Fra tabell 2.9 ser vi at det er 85 prosent av pasientene som mottar samtaleterapi på kartleggingstidspunktet. 35 prosent mottar behandlingsopplegg for rusproblem, mens 23 prosent mottar støttesamtaler. 28 prosent mottar behandling med medikamenter, mens 13 prosent behandles uten medikamenter. 12 prosent av pasientene deltar i gruppebehandling, mens åtte prosent mottar samtaleterapi der pasientens nærmeste deltar. Åtte prosent av pasientene mottar en eller annen form for mestringstrening, mens fem prosent får hjelp til fysisk aktivitet og trening. Syv prosent får arbeidstrening, mens to prosent mottar et behandlingsopplegg for spillavhengighet.

60 pasienter mottok ECT behandling (elektrokonvulsiv behandling), mens 14 pasienter mottok behandlingsopplegg for spillavhengighet. Seks prosent fikk annen behandling enn det som er gitt som alternativer.

Tabell 9.2 Antall og andel pasienter som mottar ulike behandlingstiltak. Pasientkartleggingen 2013.

	Antall	Andel
Samtaletterapi individuelt	3 404	85
Gruppebehandling	467	12
Behandling med medikamenter	1 106	28
Behandling uten medikamenter	505	13
Samtaletterapi der pas. nærmeste deltar	321	8
Støttesamtaler	902	23
Mestringstrening	301	8
Fysisk aktivitet/trening	206	5
Arbeidstrening	262	7
Behandlingsopplegg for rusproblem	1 396	35
ECT	2	0
Behandlingsopplegg for spillavhengighet	75	2
Annet	168	4
Totalt	3 983	100+
Ikke informasjon	162	
Antall pasienter	4 145	

Mange pasienter mottar flere behandlingstiltak. Den vanligste kombinasjonen er naturlig nok mellom de mest brukte tiltakene og 30 prosent av alle pasientene mottar både individuell samtaleterapi og behandlingsopplegg for rusproblem.

9.3 Avvik mellom pasientens og behandlerens ønske om behandlingstiltak

Det har i tidligere pasientkartlegginger i psykisk helsevern vært en utfordring at det er behandler som svarer hva som er det ideelle tilbudet til den enkelte pasient. Det kan godt være avvik mellom det pasienten selv mener er ideelt og det behandler mener er ideelt tilbud. I den forrige kartleggingen ble behandler bedt om å oppgi pasientens ønske om behandlingstiltak, og dette ble benyttet for å estimere pasientenes preferanser med hensyn på udekkede behov når det gjaldt behandlingstiltak blant døgnpasientene i psykisk helsevern i 2007. I kartleggingen i 2013 ble det også tatt med registreringsmulighet både for behandlerens ønske og for pasientens ønske, slik at vi kunne undersøke omfanget av avviket ut i fra det enkelte behandlingstiltak. Dette er også gjort i TSB.

Pasienten har deltatt i utfyllingen av 2 028 skjema, og i dette delkapittelet ser vi kun på disse pasientene. Det er ikke oppgitt aktuelle behandlingstiltak for 51 av disse pasientene. Det kan for eksempel skyldes at det er tidlig i behandlingen slik at behovet ikke er avdekket. Vi ser bort fra

disse. Det er videre 47 pasienter som ikke har gitt uttrykk for eget ønske (men som deltok i utfyllingen), og disse tas også ut.

Vi sitter da igjen med et utvalg på 1 930 pasienter. Tabell 9.3 viser prosent av pasientene fordelt på enighet. Det generelle bildet er at det er stor enighet om behandlingstiltak mellom pasient og behandler. Det er noe variasjon mellom ulike typer behandlingstiltak og i fire prosent av tilfellene ønsker pasienten individuell samtaleterapi eller behandling med medikamenter uten at behandleren var enig. I to prosent av tilfellene ønsker pasienten behandling uten medikamenter uten at behandler er enig, og i tre prosent av tilfellene ønsker pasienten at fysisk aktivitet og trening skal inngå i tiltakene uten at behandler er enig. I tre prosent av tilfellene ønsker behandler at pasienten skal delta i gruppebehandling uten at pasienten er enig i dette.

Tabell 9.3 Andel tilfeller der pasient og behandler er enig/uenig om behandlingstiltak. Pasientkartleggingen 2013. P=pasient, B=behandler. N=1 930

	P og B enig	B ønsker, men ikke P	P ønsker, men ikke B	sum	Antall P & B
Samtaleterapi individuelt	94	2	4	100	1 930
Gruppebehandling	95	3	2	100	1 930
Behandling med medikamenter	94	2	4	100	1 930
Behandling uten medikamenter	97	1	2	100	1 930
Samtaleterapi der pas. nærmeste deltar	96	2	1	100	1 930
Støttesamtaler	97	1	2	100	1 930
Mestringstrening	98	1	1	100	1 930
Fysisk aktivitet/trening	95	2	3	100	1 930
Arbeidstrening	97	1	2	100	1 930
Behandlingsopplegg for rusproblem	96	2	2	100	1 930
ECT	100	0	0	100	1 930
Behandlingsopplegg for spillavhengighet	100	0	0	100	1 930
Annet	99	0	0	100	1 930

Det er mulig at det kan være underrapportering av uenigheten. Dette kan både skyldes at pasienten ikke har deltatt i utfyllingen om det er uenighet om behandlingen (dermed ikke med i utvalget), og at de har fylt ut sammen. Kanskje ville det fremkommet større grad av uenighet om pasient og behandler fylte ut hver for seg.

9.4 Oppsummering

95 prosent av pasientene er polikliniske pasienter, mens to prosent kun behandles ambulant ved at de oppsøkes et annet sted heller enn at pasienten kommer til poliklinikken. Én prosent er kun dagpasienter mens de resterende tre prosentene behandles gjennom flere typer behandlingsopplegg, der den vanligste kombinasjonen er både poliklinisk behandling og ambulant behandling.

Individuell samtaleterapi er det vanligste behandlingstiltaket i offentlige poliklinikker, og 85 prosent av pasientene behandles med dette tiltaket. 12 prosent av pasientene deltar i gruppebehandling, mens åtte prosent mottar samtaleterapi der pasientens nærmeste deltar. 13 prosent behandles uten medikamenter. Åtte prosent av pasientene mottar en eller annen form for mestringstrening,

mens fem prosent får hjelp til fysisk aktivitet og trening. Syv prosent får arbeidstrening, mens to prosent mottar et behandlingsopplegg for spillavhengighet. Mange pasienter mottar flere behandlingstiltak.

Pasientene har deltatt i utfyllingen av 2 028 skjema og 1 930 av disse inneholder nødvendig informasjon for å studere grad av enighet mellom pasient og behandler når det gjelder ulike behandlingstiltak. Vi finner generelt at det er få tilfeller der det er uenighet om behandlingstiltak mellom behandler og pasient. Det er noe variasjon mellom ulike typer behandlingstiltak, og i fire prosent av tilfellene ønsker pasienten individuell samtaleterapi eller behandling med medikamenter uten at behandleren var enig. I to prosent av tilfellene ønsker pasienten behandling uten medikamenter uten at behandler er enig, og i tre prosent av tilfellene ønsker pasienten at fysisk aktivitet og trening skal inngå i tiltakene uten at behandler er enig. I tre prosent av tilfellene ønsker behandler at pasienten skal delta i gruppebehandling uten at pasienten er enig i dette. For øvrige behandlingstiltak er det enighet mellom behandler og pasient i 96-100 prosent av tilfellene.

10 Behandlingens omfang og intensitet

Formålet med dette kapittelet er å se på hvor lenge behandlingen har vart på kartleggings-tidspunktet og hyppighet og varighet på konsultasjonene.

10.1 Dato for første kontakt

Tabell 10.1 viser fordelingen av pasienter etter når behandlingen startet, dvs tidspunkt for første kontakt i denne behandlingsserien/henvisningsperioden.

31 prosent av pasientene som fikk poliklinisk behandling i TSB i april 2013, startet behandlingen før 2012. 11 prosent av pasientene var "nye" pasienter som startet behandlingen i kartleggingsperioden. Det er noen flere nye pasienter i private poliklinikker, men det er ikke betydelige forskjeller mellom offentlige og private TSB klinikker.

Tabell 10.1 Andel pasienter etter tidspunkt for første kontakt i denne behandlingsserien/henvisningsperioden. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat		Total	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
April 2013 kartleggingstidspunkt	286	10	171	14	457	11
1.kvartal 2013	583	21	266	22	849	21
4.kvartal 2012	368	13	160	13	528	13
3.kvartal 2012	262	9	129	11	391	10
2.kvartal 2012	203	7	74	6	277	7
1.kvartal 2012	201	7	76	6	277	7
Før 2012	886	32	350	29	1 236	31
Totalt	2 789	100	1 226	100	4 015	100
Ikke informasjon	99		31		130	
Antall pasienter	2 888		1 257		4 145	

10.2 Antall konsultasjoner/kontakter siden første kontakt

Vi har beregnet antall konsultasjoner/kontakter siden første kontakt og gruppert pasientene etter når de startet behandlingen. Vi ser på gjennomsnitt og median antall konsultasjoner, se tabell 10.2.

Tabell 10.2 Antall konsultasjoner (gjennomsnitt og median) etter varighet etter når behandlingsserien/henvisningsperioden startet. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig		Privat	
	Gjennomsnitt	Median	Gjennomsnitt	Median
April 2013, kartleggingstidspunkt	3	2	3	2
1.kvartal 2013	7	6	7	5
4.kvartal 2012	14	11	15	12
3.kvartal 2012	22	19	20	19
2.kvartal 2012	31	20	26	23
1.kvartal 2012	35	30	29	25
Før 2012	102	58	74	50

Det er noen forskjeller i forhold til antall konsultasjoner, og private ser ut til å ha mindre hyppige konsultasjoner blant pasienter i langvarig behandling sammenliknet med offentlige poliklinikker.

10.3 Direkte og indirekte kontakter i løpet av kartleggingsperioden

Med direkte kontakter menes her kontakt direkte med pasienten. Direkte kontakt skjer enten ved at pasienten møter på poliklinikken, på telefon eller at behandler eller annet personell møter pasienten utenfor klinikken.

Med indirekte kontakt menes her kontakter rundt pasienten, med samarbeidspartnere, pårørende og andre aktører. Pasienten er ikke til stede ved indirekte kontakt.

I gjennomsnitt (uveid) har hver pasient mottatt 1,9 direkte kontakter i løpet av kartleggingsperioden. Dette betyr at poliklinikken er i kontakt med hver pasient i gjennomsnitt nesten to ganger i løpet av de 14 dagene. Av disse var 11 prosent utenfor kontoret, mens 19 prosent var på telefon.⁶ Dette betyr at 70 prosent av de polikliniske konsultasjonene i TSB foregår på poliklinikken eller ved institusjonen der den polikliniske behandlingen gis.

Tabell 10.3 Antall direkte kontakter i løpet av de 14 kartleggingsdagene, prosent utenfor og på telefon.

	Antall kontakter		Herav (%)		Antall pasienter
	Direkte	Pr pasient	Kontakter utenfor kontoret	Kontakter på telefon	
Offentlig	5 008	1,9	14	21	2 688
Privat	2 500	2,1	6	13	1 184
Totalt	7 508	1,9	11	19	3 872

Når det gjelder indirekte kontakter, har dette nær sammenheng med hvem det samarbeides med rundt pasienten. Det er stor variasjon i antall indirekte kontakter mellom de ulike pasientgruppene.

79 prosent av konsultasjonene er direkte kontakter, mens 21 prosent er indirekte kontakter. En større andel av konsultasjonene er direkte kontakter i private poliklinikker, og dette er i tråd med funnene i neste kapittel – offentlige poliklinikker samarbeider i større grad med andre aktører enn

⁶ 273 observasjoner er fjernet pga feil i utfylling, for eksempel at antall direkte kontakter er lavere enn herav utenfor eller herav på telefon.

private. Dette har sammenheng med blant annet pasientsammensetningen i private og offentlige poliklinikker.

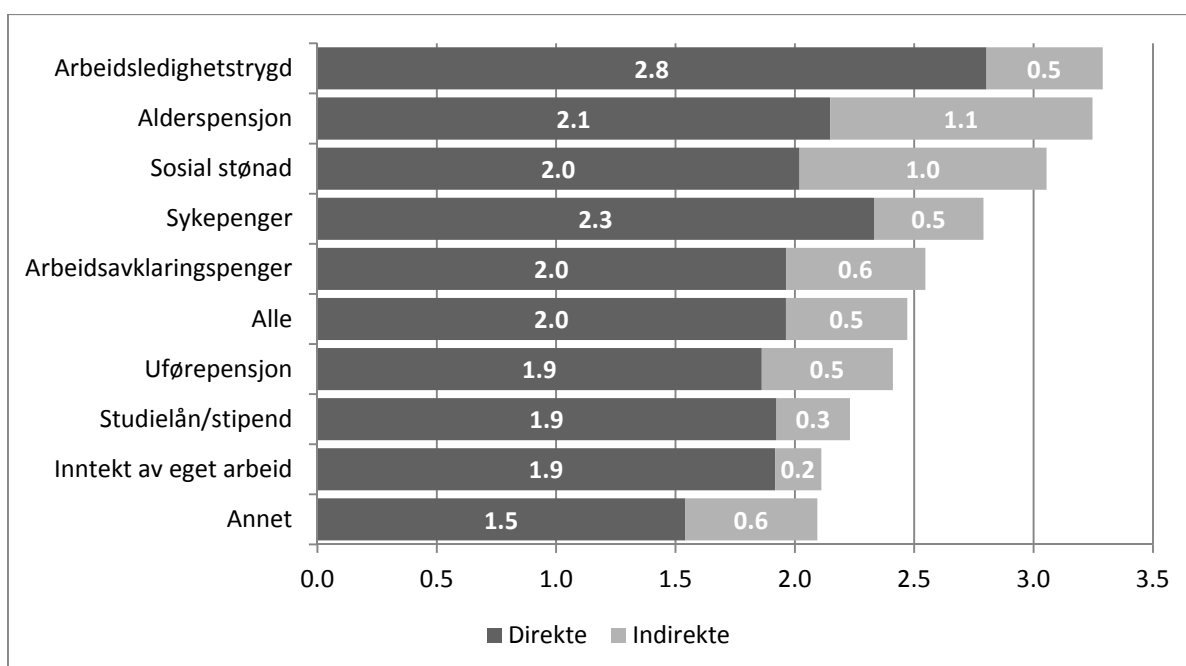
Tabell 10.4 Antall direkte og indirekte kontakter i løpet av de 14 kartleggingsdagene, prosent og antall.

	Per pasient			Prosent			Antall pasienter
	Direkte	Indirekte	Totalt	Direkte	Indirekte	Totalt	
Offentlig	1,9	0,6	2,4	77	23	100	2 688
Privat	2,1	0,3	2,4	86	14	100	1 184
Totalt	1,9	0,5	2,4	79	21	100	3 872

Det er mange muligheter i forhold til krysstabeller og det kan gjøres grundige analyser på hvilke pasienter som mottar mest hjelp. Hvem som mottar mest tilbud kan handle om hvorvidt tjenestene er etterspørsels- eller tilbudsstyrt - om det er behandler eller pasient som bestemmer hyppighet på konsultasjonene. En kan stille opp følgende hypoteser:

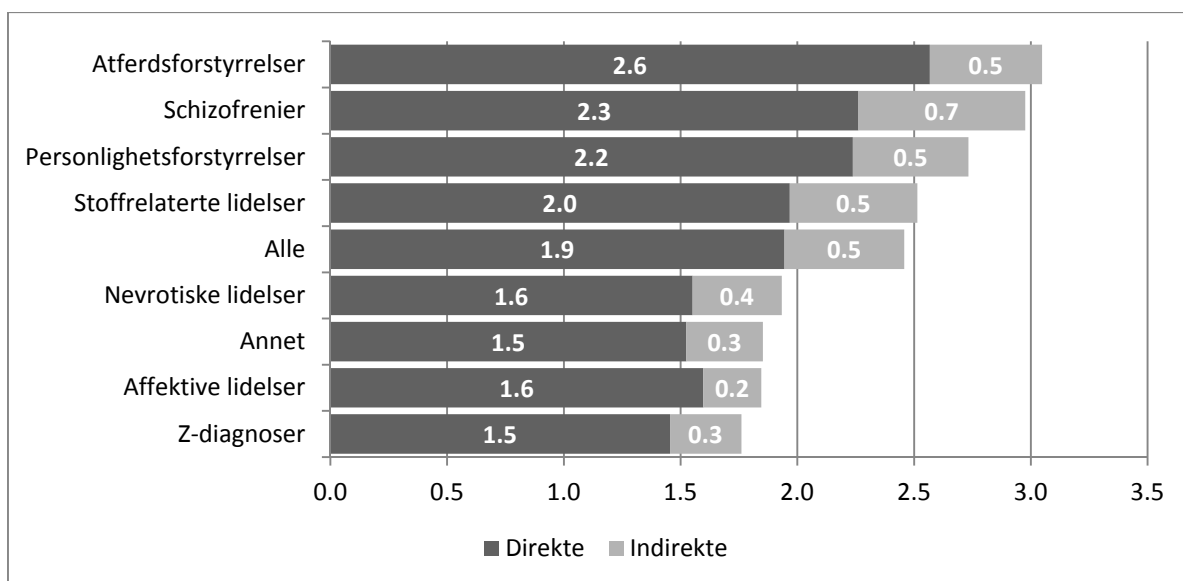
- De mest ressurssterke får hyppigst konsultasjoner
- Innvandrergupper prioriteres
- De sykeste får hyppigst konsultasjoner
- De enkle pasientene får hyppigst konsultasjoner

Som vist i figur 10.1 er det liten grunn til å tro at de mest ressurssterke får hyppigst konsultasjoner. Det er personer som er arbeidsledige, eldre eller som mottar kortsiktig sosialhjelp som mottar hyppigst konsultasjoner. Men det er ett unntak. De på sykepenger mottar relativt hyppige konsultasjoner. Dette kan være effekter av Raskere tilbake eller annet som gjør at de prioriteres i høyere grad. Det kan også være elementer i trygdesystemet som tilsier økt behandling for sykmeldte, for eksempel aktivitetsplikt på 8 uker eller Raskere Tilbake-ordningen.



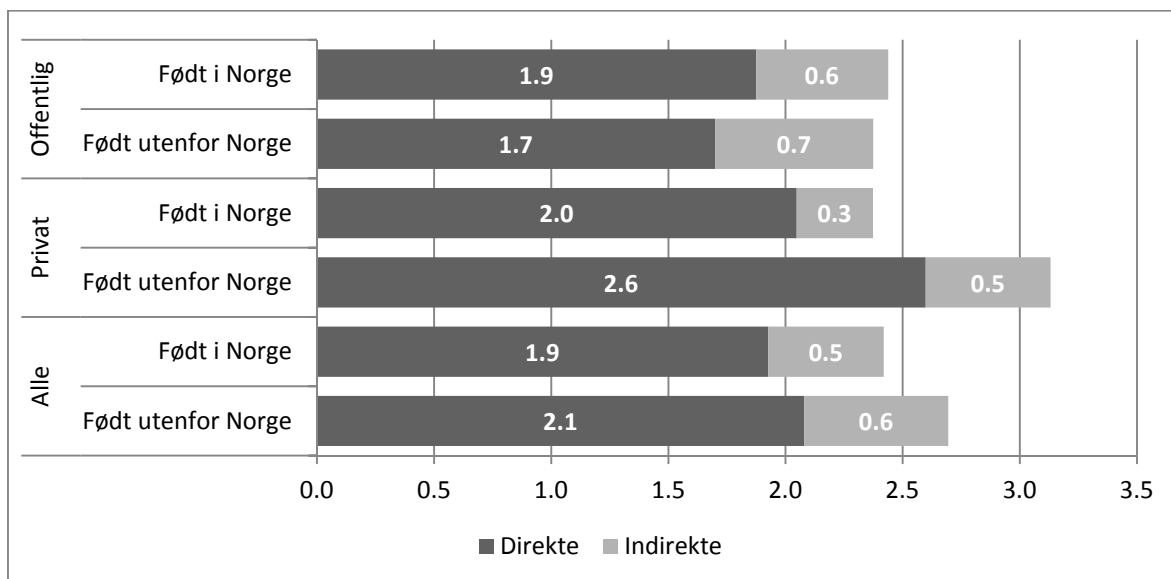
Figur 10.1 Antall direkte og indirekte kontakter i løpet av de 14 kartleggingsdagene per pasient.

Fra figur 10.2 ser vi at det er pasienter med de mest alvorlige diagnosene som får hyppigst behandling.



Figur 10.2 Antall direkte og indirekte kontakter i løpet av de 14 kartleggingsdagene per pasient. Diagnose.

Fra figur 10.3 ser vi at det ikke er slik at det kun er de som er født i Norge som prioriteres, og særlig ikke i private poliklinikker der de som er født utenfor Norge i gjennomsnitt får flere direkte og indirekte kontakter enn de som er født i Norge.



Figur 10.3 Antall direkte og indirekte kontakter i løpet av de 14 kartleggingsdagene per pasient. Født i eller utenfor Norge.

Det trengs grundigere analyser for å si hva som bestemmer konsultasjonshyppighet, men det ser ikke ut som det er de "enkle tilfellene" som tar opp behandlingskapasiteten.

10.4 Varighet på konsultasjonene

Vi beregner at en poliklinisk konsultasjon der behandler møter pasienten, varer i tre kvarter i gjennomsnitt. Konsultasjonene varer fem minutt lenger i offentlige poliklinikker enn i private. Indirekte konsultasjoner har varighet på 15 minutt og varer noen få minutt lenger i private poliklinikker enn i offentlige.

Tabell 10.5 Antall minutter varighet på direkte og indirekte konsultasjoner i poliklinisk behandling i TSB.

	Direkte	Indirekte
Offentlig	47	15
Privat	42	17
Totalt	45	15

10.5 Oppsummering

Om lag 30 prosent av de kartlagte pasientene i april 2013 startet behandlingen før 2012. 11 prosent av pasientene startet behandlingen samme måned som kartleggingen pågikk (14 prosent i private og ti prosent i offentlige poliklinikker), noe som tyder på at andelen "nye" pasienter er noe høyere i private poliklinikker.

I gjennomsnitt har hver pasient mottatt 1,9 direkte kontakter i løpet av kartleggingsperioden. Dette betyr at poliklinikken er i kontakt med hver pasient i gjennomsnitt nesten to ganger i løpet av 14 dager. Av disse var 11 prosent av kontaktene utenfor kontoret, mens 19 prosent var på telefon. Dette betyr at 70 prosent av de polikliniske konsultasjonene i TSB foregår på poliklinikken eller ved institusjonen der den polikliniske behandlingen gis. I tillegg gis det i gjennomsnitt 0,5 indirekte kontakter for hver pasient i løpet av 14 dager. Dette er kontakter med samarbeidspartnere, pårørende og andre aktører rundt pasienten. Vi ser nærmere på samarbeid i neste kapittel.

Vi beregner at en poliklinisk konsultasjon der behandler møter pasienten, varer i tre kvarter i gjennomsnitt. Konsultasjonene varer fem minutt lenger i offentlige poliklinikker enn i private. Indirekte konsultasjoner har varighet på 15 minutter og varer noen få minutter lenger i private poliklinikker enn i offentlige.

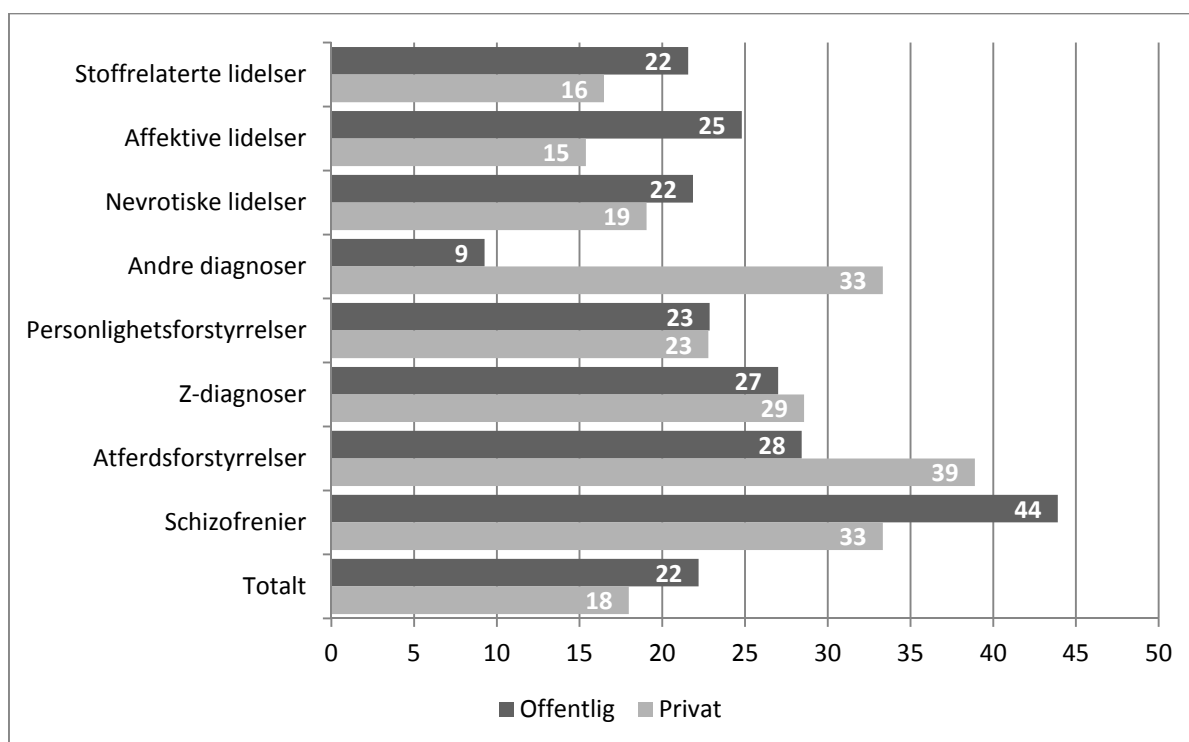
11 Samarbeid rundt pasientene

I dette kapitlet ser vi på samarbeid med andre. Vi har kartlagt samarbeid med pårørende, kommunale tjenester, andre spesialisthelsetjenester og andre tjenester for hver enkelt pasient. Spørsmålene er formulert slik at det skal settes kryss om det er etablert samarbeid, og ikke kryss om det ikke er etablert samarbeid. Dette betyr at det ikke er noen "missing" i dette kapitlet. Der det ikke er satt kryss, antas det at det ikke er etablert samarbeid.

Kapitlet inkluderer totaltall og tall fordelt på hoveddiagnosegrupper. Presentasjonen er i stor grad grafisk. Samarbeid med kommunene inkluderer også noen relevante tilleggsspørsmål som er tatt med bakerst i skjemaet både for pasienter i offentlige poliklinikker og i privat avtalepraksis.

11.1 Samarbeid med pårørende

Det er etablert samarbeid med pårørende for 22 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for 18 prosent i de private. Figur 11.1 viser andel av pasientene som det er etablert samarbeid med pårørende om etter pasientenes hoveddiagnose.

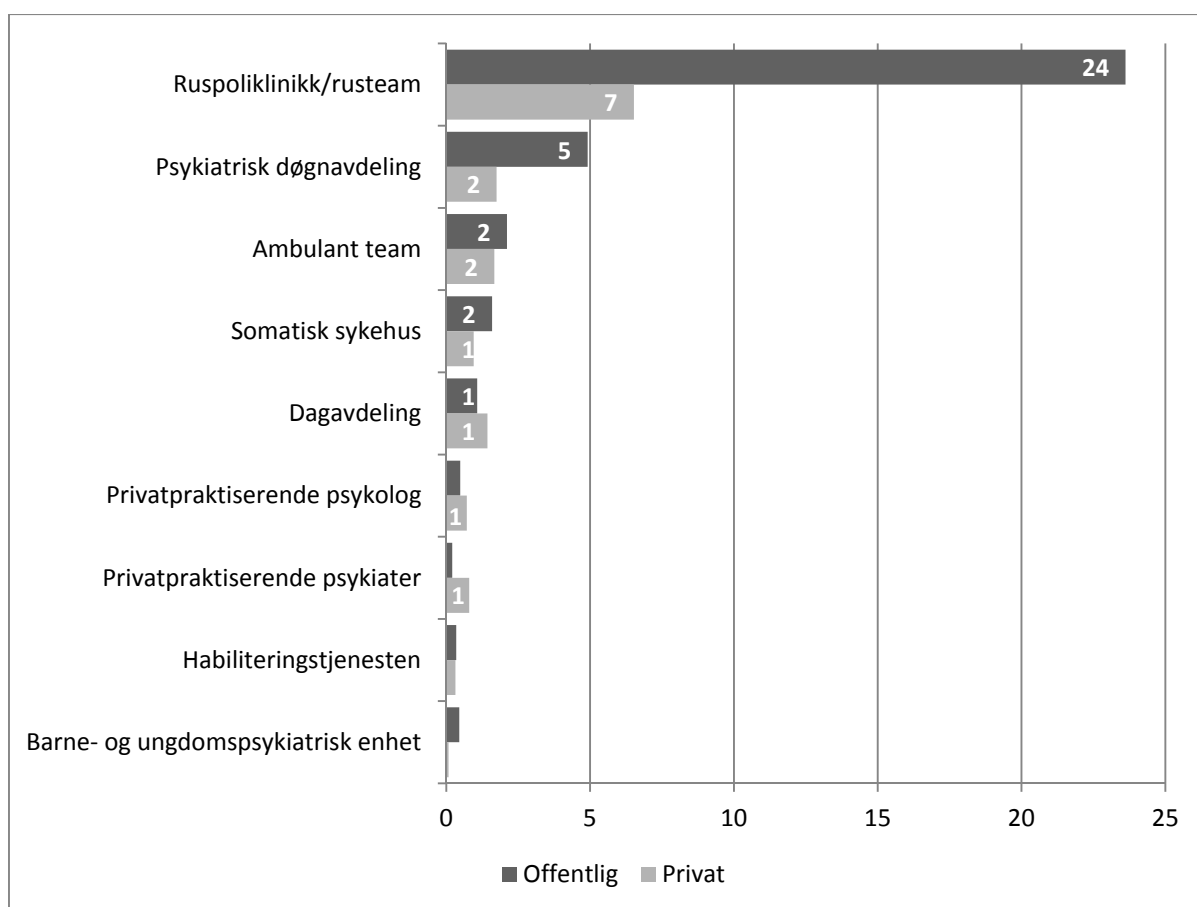


Figur 11.1 Andel av pasientene det er etablert samarbeid med pårørende om, etter hoveddiagnose. Pasientkartleggingen 2013.

Både offentlige og private poliklinikker etablerer oftere samarbeid med pårørende om de mest alvorlige psykiske lidelsene. Mens de offentlige poliklinikkene har etablert samarbeid med pårørende for 44 prosent av pasientene med schizofrenilidelser, har de etablert samarbeid med pårørende for 22 prosent av pasienter med nevrotiske lidelser.

11.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenester

Det er i størst grad etablert samarbeid med ruspoliklinikk/rusteam (24 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for syv prosent av pasientene i privat avtalepraksis) og med psykiatrisk døgnavdeling (for fem prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for to prosent i private poliklinikker).



Figur 11.2 Andel av pasientene det er etablert samarbeid om med andre spesialisthelsetjenester.

Det samarbeides i betydelig større grad med spesialisttjenestene i offentlige poliklinikker enn i private. Dette kan skyldes flere forhold, for eksempel nærhet mellom offentlige spesialisthelsetjenester som letter samarbeidet, tradisjon for samarbeid eller ulik pasientsammensetning som gjør at det er større behov for samarbeid med spesialisthelsetjenestene for pasienter i offentlige poliklinikker sammenliknet med private.

Vi har også spurt hvordan samarbeidet mellom de ulike spesialisthelsetjenestene fungerer for den enkelte pasient. Svarfordelingen er vist i neste tabell.

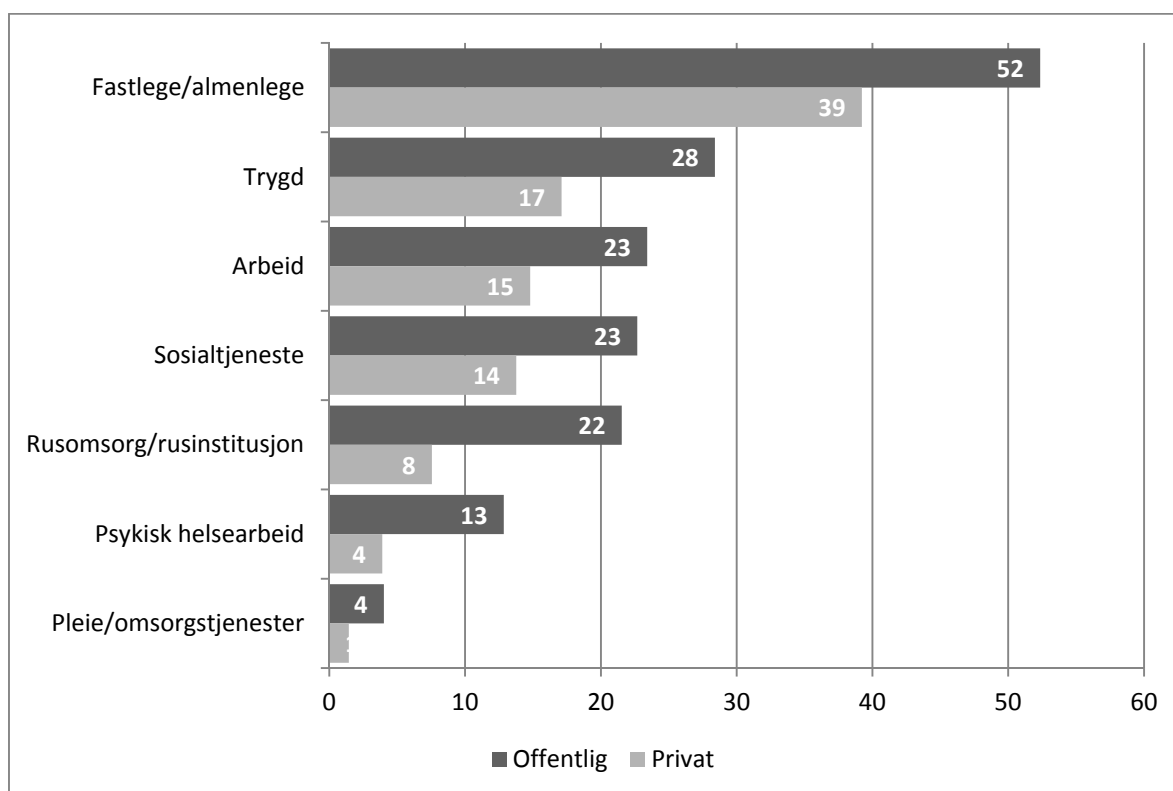
Tabell 11.1 Vurdering av samarbeidet mellom spesialisthelsetjenestene for denne pasienten. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig	Privat	Total
Svært godt	29	23	27
Ganske godt	36	27	34
Godt	30	42	33
Ganske dårlig	5	6	5
Svært dårlig	1	2	1
Totalt	100	100	100

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenestene vurderes å være svært godt eller godt for 61 prosent av pasientene (65 prosent blant offentlige og 50 prosent blant private). Det ser altså ut som de private i noe mindre grad er fornøyd med samarbeidet med spesialisthelsetjenestene enn de offentlige poliklinikkene.

11.3 Samarbeid med kommunale tjenester

For mange av pasientene samarbeides det med en eller flere kommunale aktører.



Figur 11.3 Andel av pasientene med samarbeid med kommunale tjenester.

Private poliklinikker samarbeider i betydelig større grad med kommunene enn med spesialisthelsetjenesten, men dette gjelder også de offentlige poliklinikkene. I offentlige poliklinikker samarbeides det med fastlegen for 52 prosent av pasientene, mens andelen i private poliklinikker er 39 prosent. NAV Trygd er den nest vanligste samarbeidsparten, fulgt av NAV Arbeid og NAV Sosialtjeneste.

Vi har også kartlagt følgende forhold rundt pasientene i poliklinikkene:

- Hvordan fungerer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for denne pasienten?
- Kjenner behandler i TSB godt til tilbudet i bostedskommunen?
- Kjenner bostedskommunen godt til tilbudet pasienten får i spesialisthelsetjenesten?

Av de pasientene det er etablert samarbeid om, svarer spesialisthelsetjenesten at det er svært godt samarbeid med kommunene om 25 prosent av pasientene, 32 prosent svarer ganske godt og 33 prosent svarer godt. Totalt vurderes samarbeidet å være godt, ganske godt eller svært godt for 90 prosent av pasientene der det er gitt informasjon. Samarbeidet rundt polikliniske pasienter i TSB er altså godt for en stor andel av pasientene, men en viktig faktor er at dette kun gjelder pasienter som faktisk får behandling i TSB. For dem som har behov for tjenester, men som ikke har et tilbud i spesialisthelsetjenesten, etableres det trolig ikke et samarbeid.

Tabell 11.2 Andel av pasientene det samarbeides om med kommunale tjenester etter vurdering av kvaliteten på samarbeidet. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig	Privat	Total
Svært godt	29	14	25
Ganske godt	33	30	32
Godt	29	44	33
Ganske dårlig	8	8	8
Svært dårlig	2	3	2
Totalt	100	100	100

I neste tabell viser vi i hvilken grad behandlere i TSB mener de kjenner det kommunale tilbudet til pasientens bostedskommune. For 93 prosent av pasientene det samarbeides med kommunene om, mener behandler at han/hun kjenner godt til tilbudet i pasientens hjemkommune. Behandler vurderer å ha dårlig kunnskap om tilbudet i hjemkommunene for syv prosent av pasientene. Det er stor grad av korrelasjon i disse spørsmålene, og blant de som er fornøyd med samarbeidet, er det naturlig nok det kommunale tilbudet som i størst grad er kjent for behandler.

Tabell 11.3 Andel av pasientene der behandlere vurderer hvor godt de kjenner det kommunale tilbudet til pasientens bostedskommune. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig	Privat	Total
Svært godt	33	18	29
Ganske godt	39	40	39
Godt	21	33	24
Ganske dårlig	6	8	6
Svært dårlig	1	1	1
Totalt	100	100	100

Vi har også spurt behandler om de mener aktørene i bostedskommunen til pasienten kjenner til tilbudet pasienten får i spesialisthelsetjenesten. Fordelingen er igjen relativt lik som for de forrige spørsmålene, og det er stor grad av korrelasjon i svarene mellom de ulike spørsmålene. 92 prosent

svarer at bostedskommunen kjenner til tilbudet pasienten får i spesialisthelsetjenesten svært godt, ganske godt eller godt.

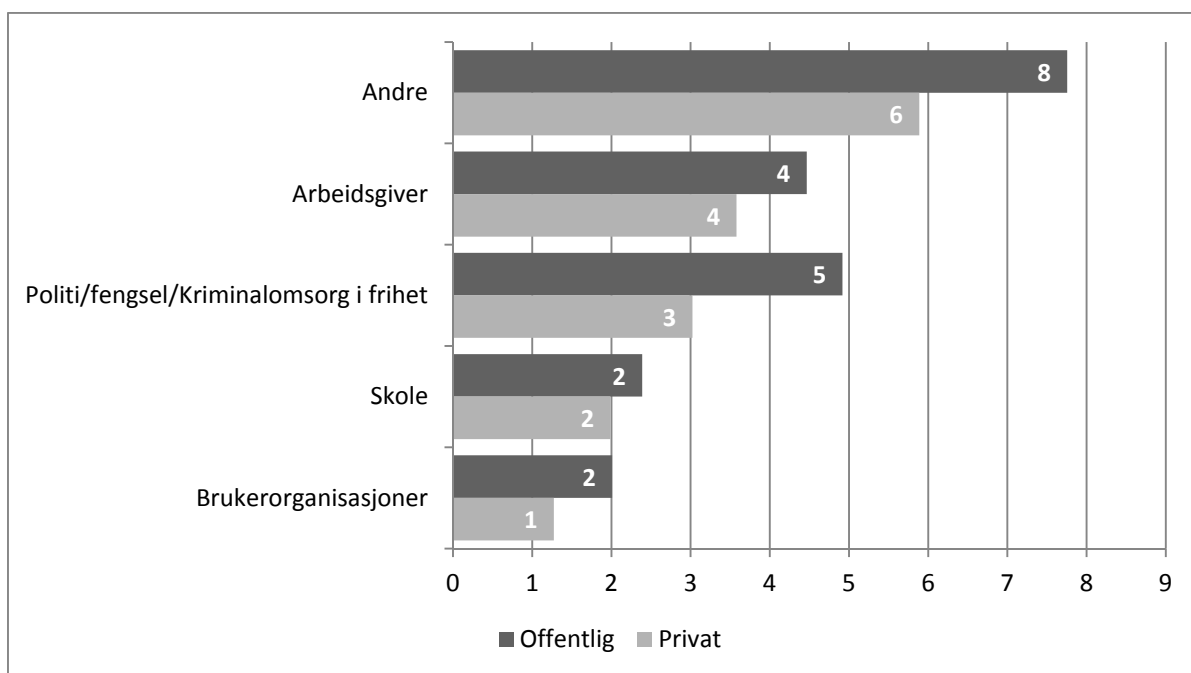
Tabell 11.4 Andel av pasientene der behandler vurderer hvorvidt bostedskommunen kjenner til tilbudet pasienten får i spesialisthelsetjenesten. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlig	Privat	Total
Svært godt	29	14	25
Ganske godt	39	41	40
Godt	24	35	27
Ganske dårlig	6	7	6
Svært dårlig	2	3	2
Totalt	100	100	100

11.4 Samarbeid med andre instanser/aktører

Det samarbeides også med aktører som ikke tilhører kommunal sektor eller spesialisthelsetjenesten, og vi har kartlagt om det samarbeides med politi/fengsel/kriminalomsorg i frihet, skole, brukerorganisasjoner, arbeidsgiver eller "andre".

Det samarbeides med arbeidsgiver for fire prosent av pasientene og for omtrent like mange med politi/fengsel/kriminalomsorg i frihet. For to prosent av pasientene samarbeides det med skole og for en til to prosent med brukerorganisasjoner.



Figur 11.4 Andel av pasientene det er etablert samarbeid om med andre aktører.

11.5 Oppsummering

Det er etablert samarbeid med pårørende for 22 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for 18 prosent i de private. Med andre spesialisthelsetjenester er det i størst grad etablert samarbeid med ruspoliklinikk/rusteam (for 24 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for syv prosent av pasientene i privat avtalepraksis) og med psykiatrisk døgnavdeling (for fem prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og to i private poliklinikker).

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenestene vurderes å være svært godt eller godt for 61 prosent av pasientene (65 prosent blant offentlige og 50 prosent blant private). Private er i noe mindre grad fornøyd med samarbeidet mellom spesialisthelsetjenestene enn de offentlige poliklinikkene.

Både offentlige og private poliklinikker samarbeider i betydelig grad med kommunene. I offentlige klinikker samarbeides det med fastlegen for 52 prosent av pasientene, mens andelen i private klinikker er 39 prosent. NAV Trygd er den nest vanligste samarbeidsparten, fulgt av NAV Arbeid og NAV Sosialtjeneste.

Av de pasientene det er etablert samarbeid om, svarer behandler at samarbeidet er godt (svært godt, ganske godt eller godt) for 90 prosent av pasientene det er gitt informasjon om. Samarbeidet rundt polikliniske pasienter i TSB er altså godt for en stor andel av pasientene. Men, en viktig faktor er at dette kun gjelder pasienter som faktisk får behandling i TSB. For dem som har behov for tjenester, men som ikke har et tilbud i spesialisthelsetjenesten, etableres det trolig ikke et samarbeid om.

Det samarbeides også med aktører som ikke tilhører kommunal sektor eller spesialisthelsetjenesten. For fire prosent av pasientene oppgis samarbeid med arbeidsgiver, omtrent like mange med politi/fengsel/kriminalomsorg, og for to prosent av pasientene samarbeides det med skole og for 1-2 prosent med brukerorganisasjoner.

12 Tjenester mottatt siste år

For å få et bedre bilde av det totale tjenestetilbudet til polikliniske pasienter i TSB, har vi bedt behandler og pasient oppgi hvilke tjenester pasienten har mottatt siste år. Informasjon innsamlet på denne måten vil være avhengig av at behandler eller pasient har god oversikt over tidligere tilbud. Hvorvidt dette er tilfelle, vil variere fra pasient til pasient.

Fem prosent av pasientene har ikke hatt kontakt med noen tjenester året før kartleggingstidspunktet. Ni prosent har ikke mottatt noen spesialisthelsetjenester, mens 24 prosent ikke har hatt kontakt med fastlegen eller andre i de kommunale tjenestene (primærhelsetjenester). 80 prosent har ikke hatt kontakt med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, som tannhelsetjenester og tilbud organisert av brukerorganisasjonene.

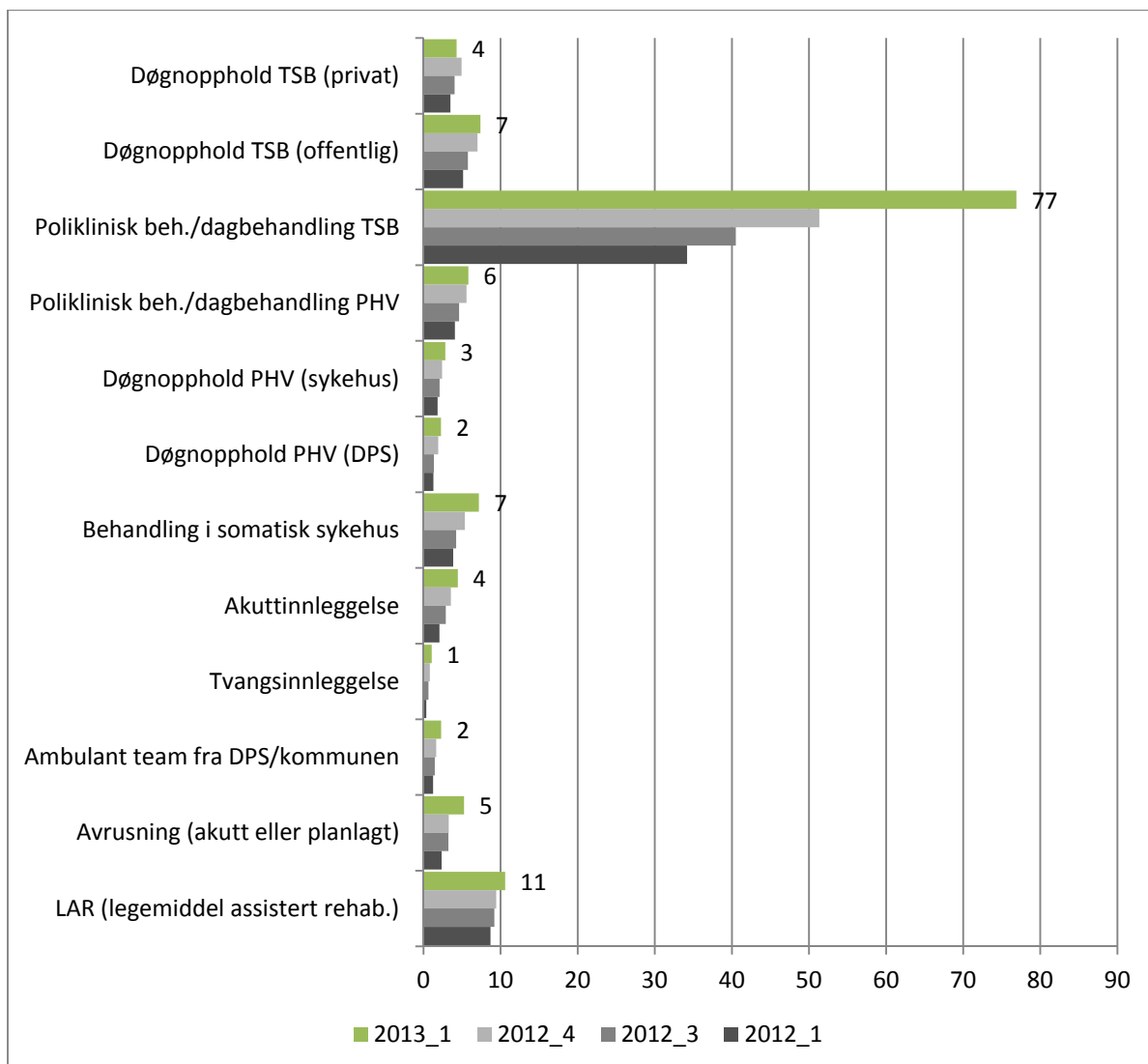
I de neste delkapitlene viser vi andel av pasientene som har hatt kontakt med ulike tjenester på hvert nivå (spesialist, kommune og andre tilbud). Figurene er i stor grad selvforklarende, og bildet som fremkommer er at det er relativt få av de polikliniske pasientene i TSB som har vært i kontakt med andre enn poliklinikken/avtalespesialisten, fastlegen, tannhelsetjenester eller sosialtjenesten i NAV.

12.1 Spesialisthelsetjenester

Figur 12.1 på neste side viser at 77 prosent av pasientene fikk poliklinisk behandling også kvartalet før kartleggingen, og utviklingen siste år viser samme tendens som vist i kapittel 10.1.

Syv prosent hadde hatt døgnopphold i TSB (syv prosent i offentlige institusjoner og fire prosent i private institusjoner) kvartalet før kartleggingen. Seks prosent har fått behandling i psykisk helsevern. 11 prosent er LAR-pasienter, mens syv prosent har fått behandling i somatiske sykehus i kvartalet før kartleggingen. Fire prosent var akuttinnlagt kvartalet før kartleggingen.

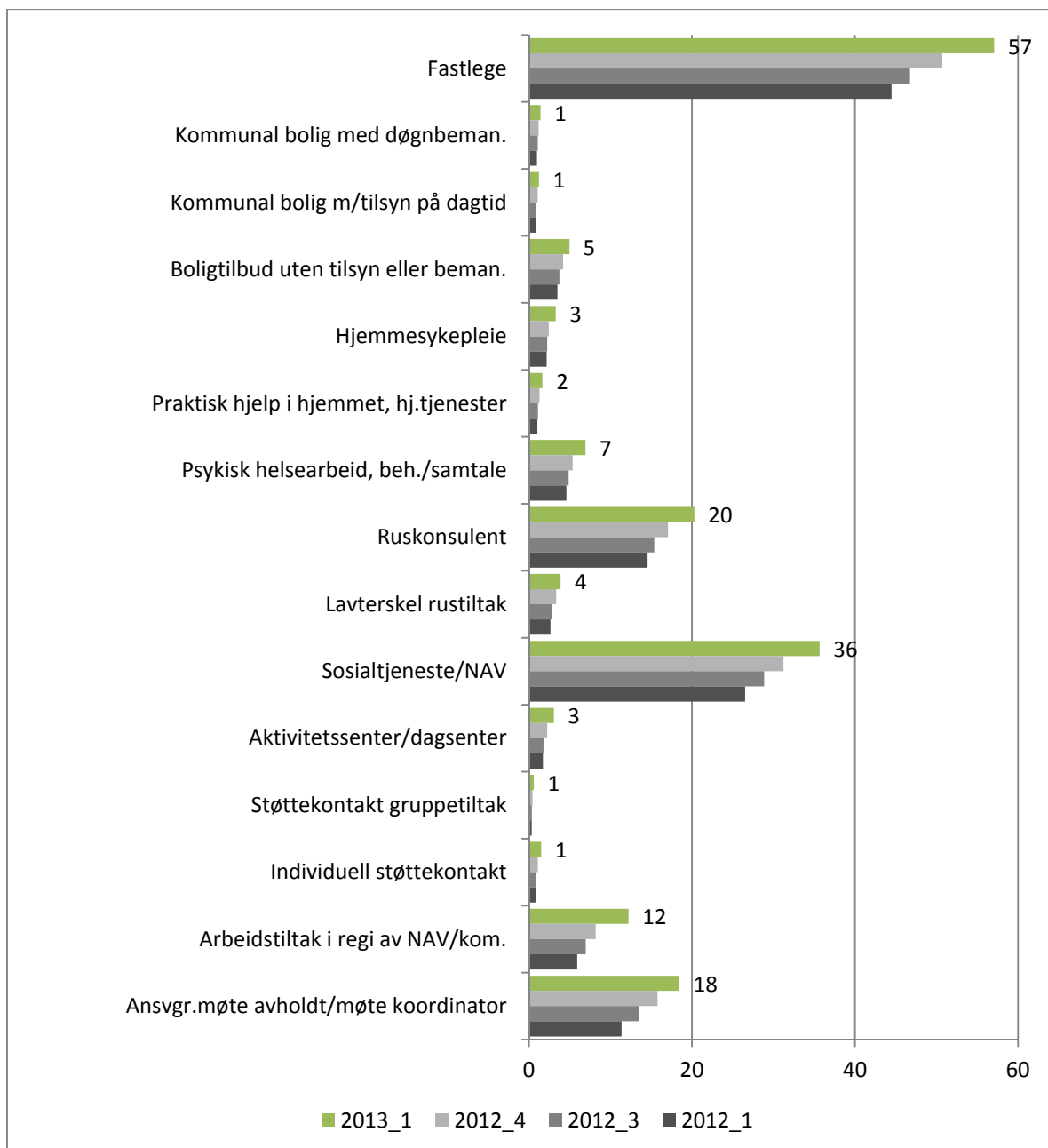
For alle tjenestene er det flere og flere av pasientene som har mottatt tjenesten i kvartalene forutgående kartleggingstidspunktet.



Figur 12.1 Andel av pasientene med spesialisthelsetjenestetilbud i kvartalene før kartleggingen april 2013. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

12.2 Kommunale tjenester

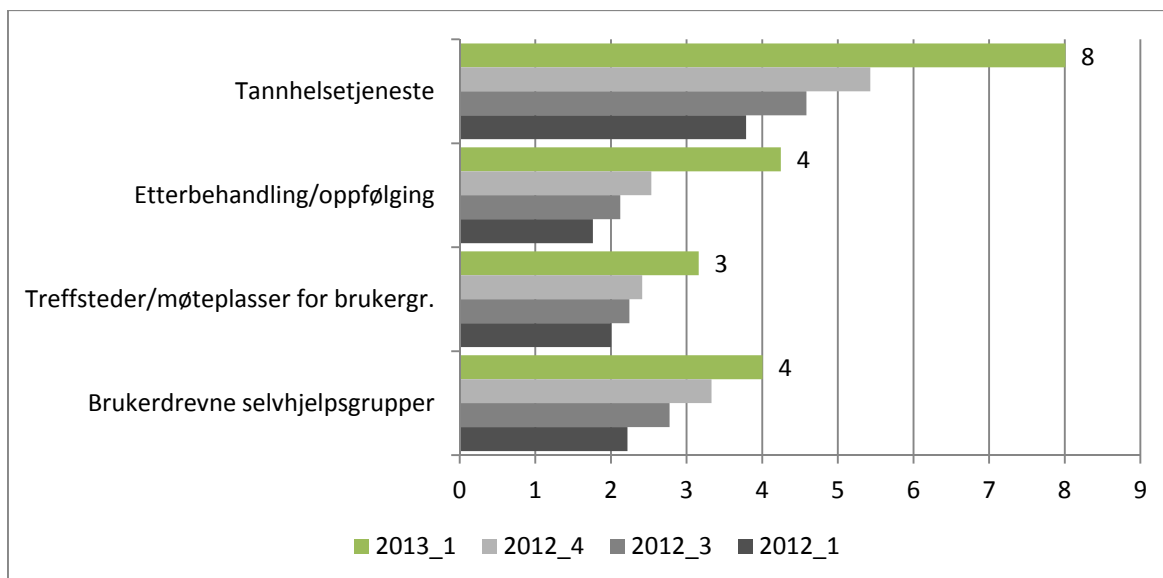
De fleste polikliniske pasienter var i kontakt med fastlegene kvartalet før kartleggingen (57 prosent), mens 36 prosent hadde kontakt med sosialtjenesten/NAV. 20 prosent hadde kontakt med ruskonsulent kvartalet før kartleggingen, mens 12 prosent hadde arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen. For 18 prosent av pasientene ble det avholdt ansvarsgruppemøte i kvartalet før kartleggingen.



Figur 12.2 Andel av pasientene med kommunalt tilbud i kvartalene før kartleggingen april 2013. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

12.3 Andre tjenester

Det er få av de polikliniske pasientene i TSB som får andre tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Åtte prosent hadde kvartalet før kartleggingen fått tannhelsetjenestebehandling, mens fire prosent har hatt etterbehandling eller oppfølging. Tre prosent hadde vært på treffsteder/møteplasser for brukergruppen, og fire prosent hadde vært i kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper.



Figur 12.3 Andel av pasientene med annet tilbud i kvartalene før kartleggingen april 2013. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

12.4 Oppsummering

Fem prosent av pasientene har ikke hatt kontakt med noen tjenester året før kartleggingstidspunktet. Ni prosent har ikke mottatt noen spesialisthelsetjenester, mens 24 prosent ikke har hatt kontakt med fastlegen eller andre i de kommunale tjenestene (primærhelsetjenester).

77 prosent av pasientene fikk poliklinisk behandling også kvartalet før kartleggingen. Syv prosent hadde hatt døgnopphold i TSB kvartalet før kartleggingen. Seks prosent har fått behandling i psykisk helsevern. 11 prosent er LAR-pasienter, mens syv prosent har fått behandling i somatiske sykehus i kvartalet før kartleggingen. Fire prosent var akuttinnlagt kvartalet før kartleggingen.

Flertallet av de polikliniske pasientene var i kontakt med fastlegene kvartalet før kartleggingen (57 prosent), mens 36 prosent hadde kontakt med sosialtjenesten/NAV. 20 prosent hadde kontakt med ruskonsulent kvartalet før kartleggingen, mens 12 prosent hadde arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen. For 18 prosent av pasientene ble det avholdt ansvarsgruppemøte i kvartalet før kartleggingen.

Åtte prosent hadde kvartalet før kartleggingen fått tannhelsetjenestebehandling, mens fire prosent har hatt etterbehandling eller oppfølging. Tre prosent hadde vært på treffsteder/møteplasser for brukergruppen, og fire prosent hadde vært i kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper.

13 Dekkede og udekkede behov

I dette kapittelet ser vi på hvilke tilbud pasientene i poliklinisk behandling i TSB har behov for, om pasienten har tilbudet og om ikke – hva er årsaken. Kapittelet er en deskriptiv beskrivelse av funnene og grafisk i formen.⁷

Det er viktig å presisere at vi med dette datamaterialet ikke kan si noe om udekkede behov blant pasienter som ikke får behandling i spesialisthelsetjenesten. Dersom terskelen for å få behandling i spesialisthelsetjenesten er for høy, kan det være mange med udekkede behov i befolkningen. Datagrunlaget gir heller ikke mulighet til å si om det er de "riktige" pasientene som får behandling i spesialisthelsetjenesten.

13.1 Andel med behov

Figur 14.1 på neste side viser at det er relativt få av de polikliniske pasientene i TSB som har behov for andre spesialisthelsetjenester enn poliklinisk behandling. 76 prosent av pasientene har behov for videre poliklinisk behandling i TSB. 18 prosent av pasientene har behov for døgnopphold ved en sykehusavdeling innen psykisk helsevern, og 11 prosent har behov for LAR. Syv prosent har behov for et poliklinisk tilbud i psykisk helsevern, og fire prosent har behov for tjenester fra somatiske sykehus. To prosent har behov for et døgntilbud ved DPS i psykisk helsevern, og én prosent har behov for døgnopphold ved en psykiatrisk sykehusavdeling.

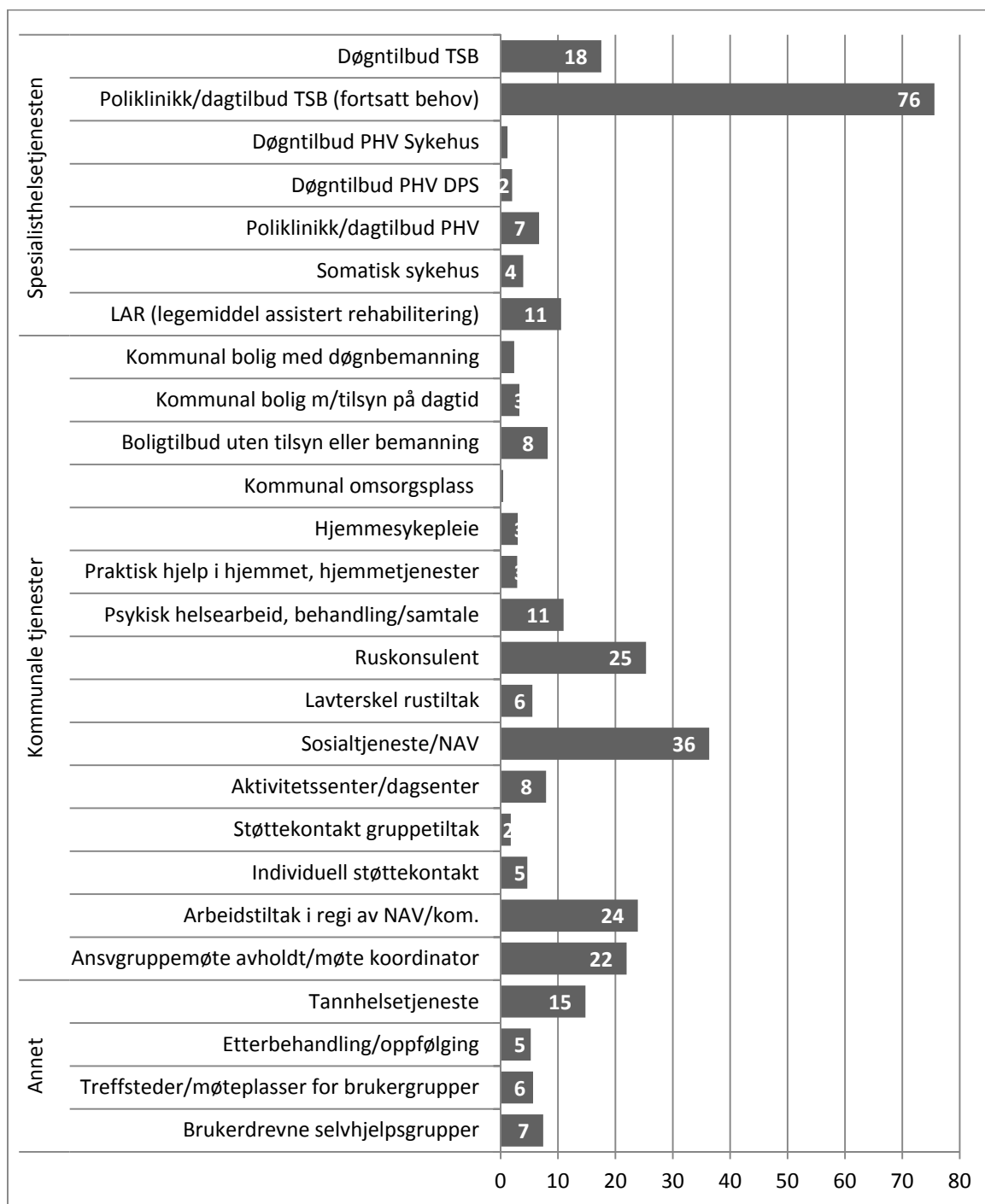
Mange av pasientene i poliklinisk behandling i TSB har behov for kommunale tjenester. 36 prosent har behov for bistand fra sosialtjenestene i kommunene/NAV, mens 25 prosent har behov for kontakt med ruskonsulent. Det er krysset av for behov for arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen for 24 prosent av pasientene, mens åtte prosent vurderes å ha behov for tilbud ved aktivitetssenter/dagsenter. 22 prosent har behov for at det avholdes ansvarsgruppemøte, mens fem prosent har behov for individuell støttekontakt og to prosent for støttekontakt i grupper. Seks prosent har behov for lavterskel rustiltak.

Når det gjelder andre tiltak utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunene, er det 15 prosent av pasientene som har behov for tannbehandling. Seks prosent har behov for tilgang til treffsteder/møteplasser for folk som sliter med det samme som dem, og syv prosent har behov for kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper. Fem prosent vurderes å ha behov for etterbehandling/oppfølging utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunale tilbud.

Vi finner at 22 prosent av pasientene vurderes kun å ha behov for fortsatt poliklinisk behandling i TSB og ingen andre tjenester. For 360 pasienter er det ikke oppgitt behov for noen tjenester, heller ikke fortsatt poliklinisk behandling for 360 pasienter. Når vi ser på hva som kjennetegner disse pasientene, finner vi at disse i større grad er i en oppfølgingsfase, i behandling i privat poliklinikk, kvinner, voksne pasienter. Det kan sannsynligvis stemme at de ikke har behov for videre behandling

⁷ Skjemaet er for de fleste av disse 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.

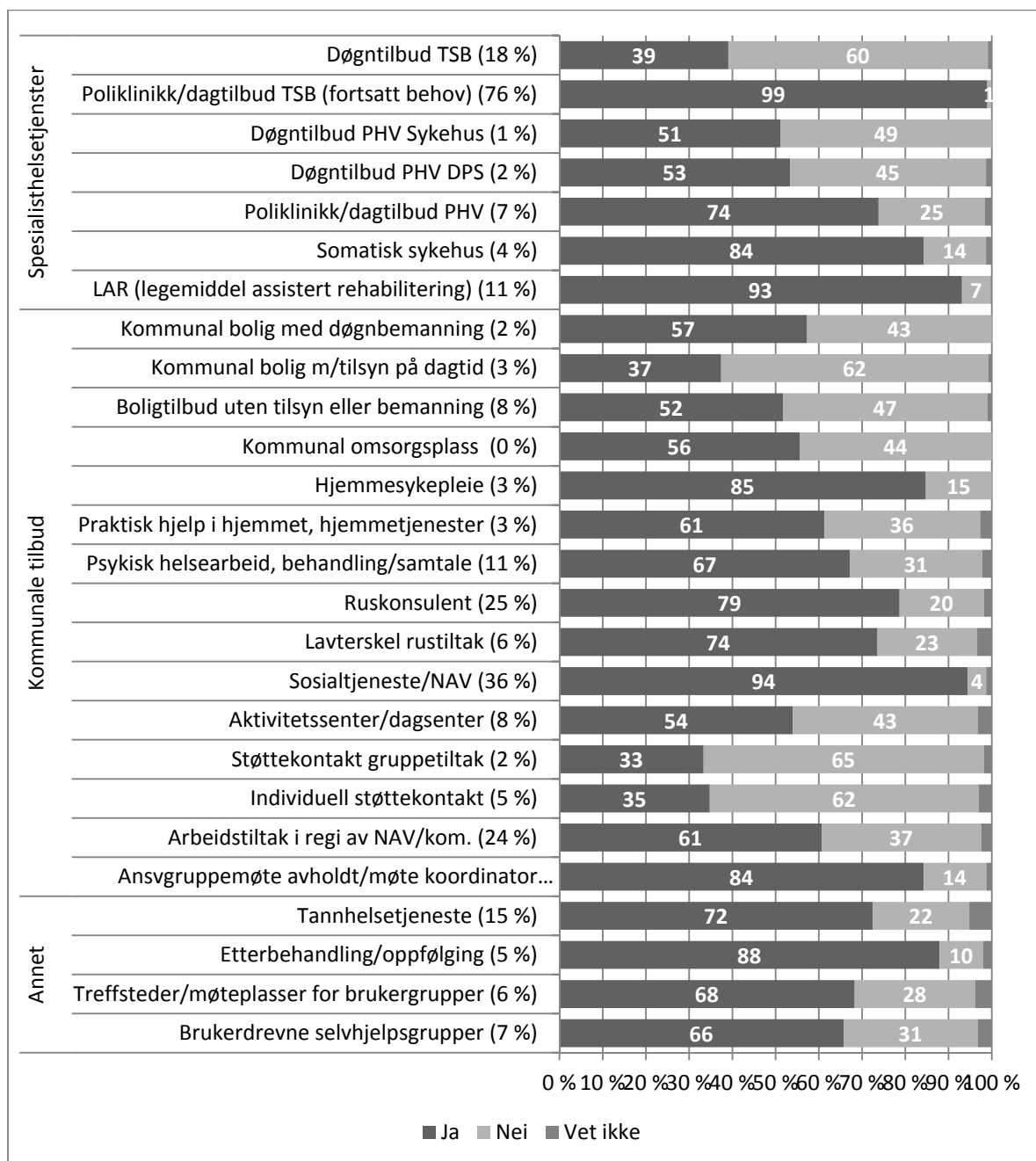
og vi antar at dette er riktig. Det er dermed nesten 9 prosent av pasientutvalget som på kartleggingstidspunktet ikke har behov for videre oppfølging fra TSB eller andre aktører. Dette må anses å være et maksimumsanslag, fordi det kan også være manglende utfylling slik at andel uten behov i realiteten er færre.



Figur 13.1 Andel av de polikliniske pasientene med behov for tjenester. Pasientkartleggingen 2013.

13.2 Gitt at de har behov, har pasienten tilbudet?

Figur 13.2 viser andel som har og ikke har tilbud av de som har behov for tilbud. Generelt er det svært få som svarer at de ikke vet om de har tilbud eller ikke. "Nei" uttrykker manglende behovsdekning.



Figur 13.2 Gitt at de har behov, har pasienten dette tilbudet? Andel pasienter. Pasientkartleggingen 2013.

Vi har tatt med andel som har behov for tilbudet i parentes. Figuren viser blant annet at det er et relativt stort udekket behov for døgntilbud i TSB, både fordi det er mange av de polikliniske pasientene som har behov for tilbudet og at det er mange som ikke har tilbud (60 prosent). Det samme gjelder arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen. Hver fjerde pasient hadde behov for tilbudet, men 37 prosent mangler et tilbud.

Av pasientene som har behov for sosialtjeneste/NAV, er det 94 prosent som får denne tjenesten, mens det er færre av de med behov som får ruskonsulent (20 prosent). Hver femte av de mange med behov, får altså ikke tilbud av ruskonsulent.

Det er også en stor andel av pasientene med behov som ikke har støttekontakt, men her er det relativt få pasienter med behov i utgangspunktet. Tannhelsetjenester er det mange av pasientene som har behov for (15 prosent), men av disse er det 22 prosent som ikke får et tilbud. Det er også udekkede behov for treffsteder og brukerdrevne selvhjelpsgrupper.

Det er relativt få som trenger kommunal bolig med bemanning av pasientene i poliklinisk behandling i TSB (2-3 prosent), men flere har behov for kommunal bolig uten tilsyn eller bemanning. Nesten halvparten av disse mangler tilbud (47 prosent).

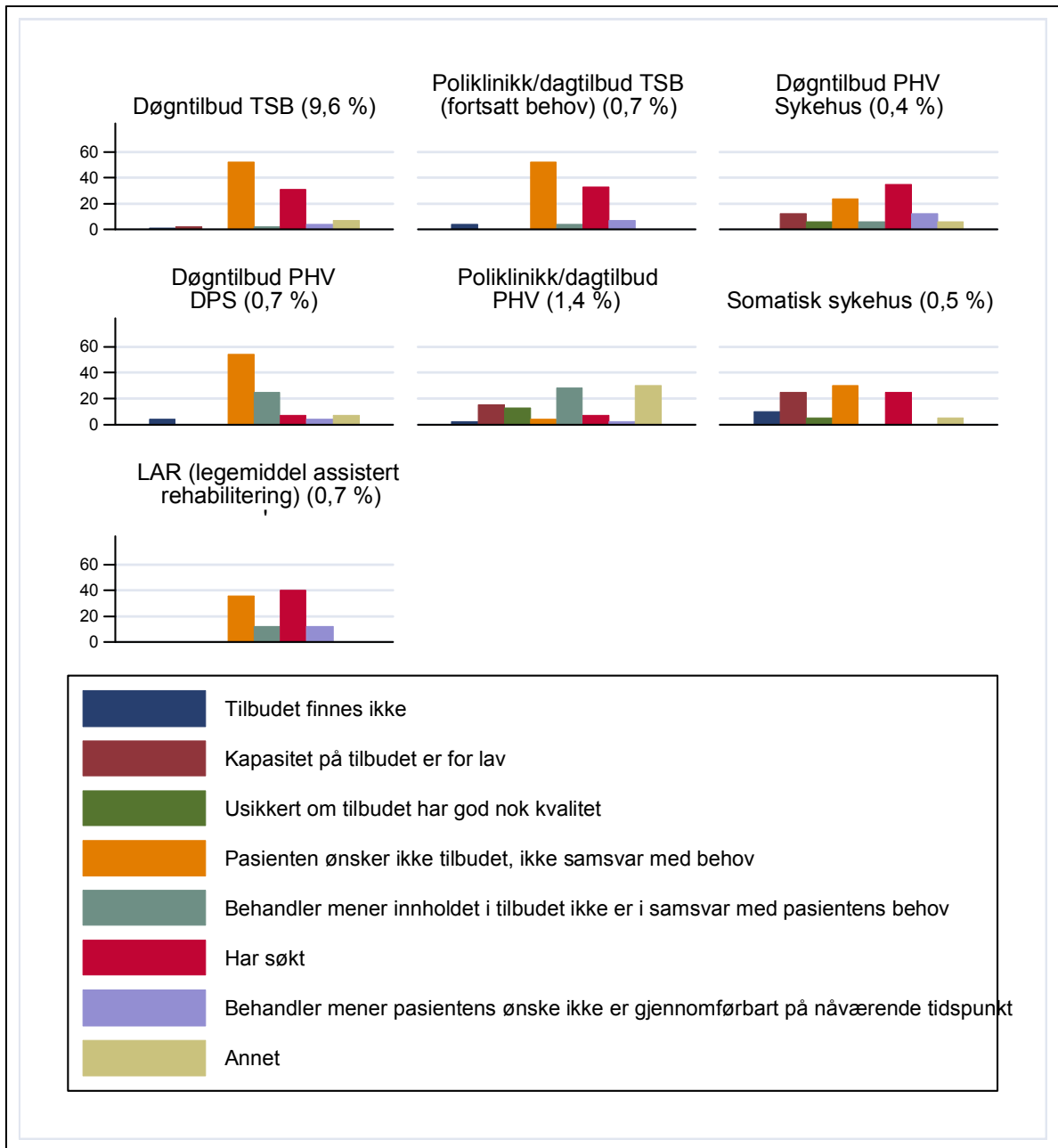
Kommunalt psykisk helsearbeid og rustjenestene er ofte integrert i kommunene. 11 prosent av de polikliniske pasientene i TSB har behov for kontakt med disse tjenestene, men nesten hver tredje av disse har ikke tilbud.

13.3 Om ikke tilbud, hvorfor?

Årsaken til at pasienten ikke har tilbud er kartlagt gjennom avkrysning av forhåndsdefinerte kategorier. Prosenten i overskriftene viser prosent av alle pasienter som har et udekket behov. Det er altså 9,6 prosent av de polikliniske pasientene i TSB som mangler et døgntilbud i TSB, men ellers ser vi fra figuren at det er svært få som har udekkede behov for andre spesialisthelsetjenester.

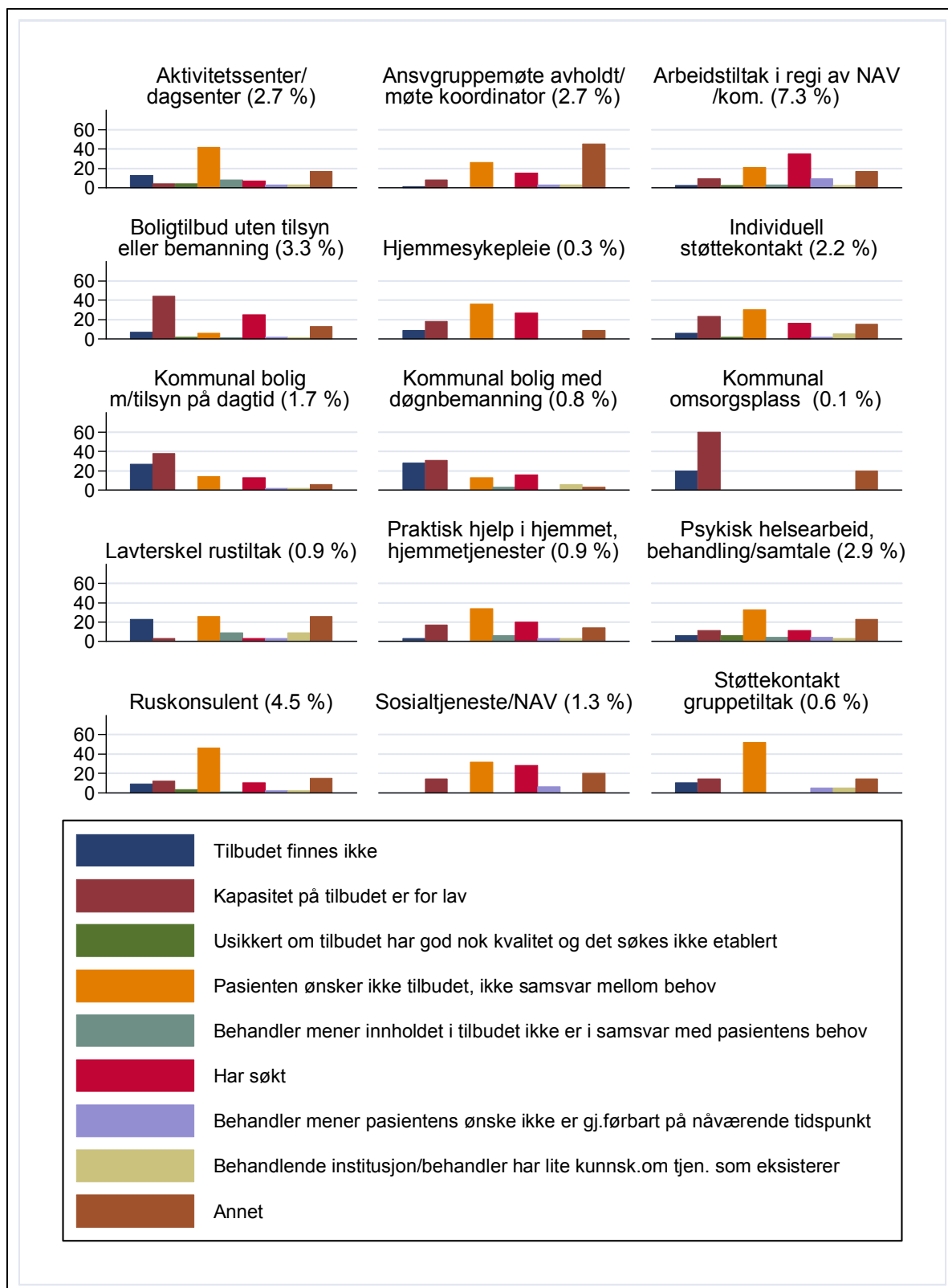
Figur 13.3 viser at den oransje søylen går høyt for alle de andre tjenestene. Dette betyr at udekkede behov i størst grad skyldes at pasienten ikke ønsker tilbudet og mener at det ikke er i samsvar med sitt behov. For flere av tjenestene er det søkt om å få tilbud, men pasienten har foreløpig ikke mottatt et tilbud. Generelt kan vi fra dette si at en vanlig årsak til udekte behov for spesialisthelsetjenester blant polikliniske pasienter i TSB, er at pasienten selv ikke ønsker tilbudet.

13.3.1 Spesialisthelsetjenester



Figur 13.3 Andel av pasienter som ikke har spesialisthelsetjenestetilbud etter årsak. Pasientkartleggingen 2013.

13.3.2 Kommunale tjenester



Figur 13.4 Andel av pasienter som ikke har kommunalt tilbud etter årsak. Pasientkartleggingen 2013.

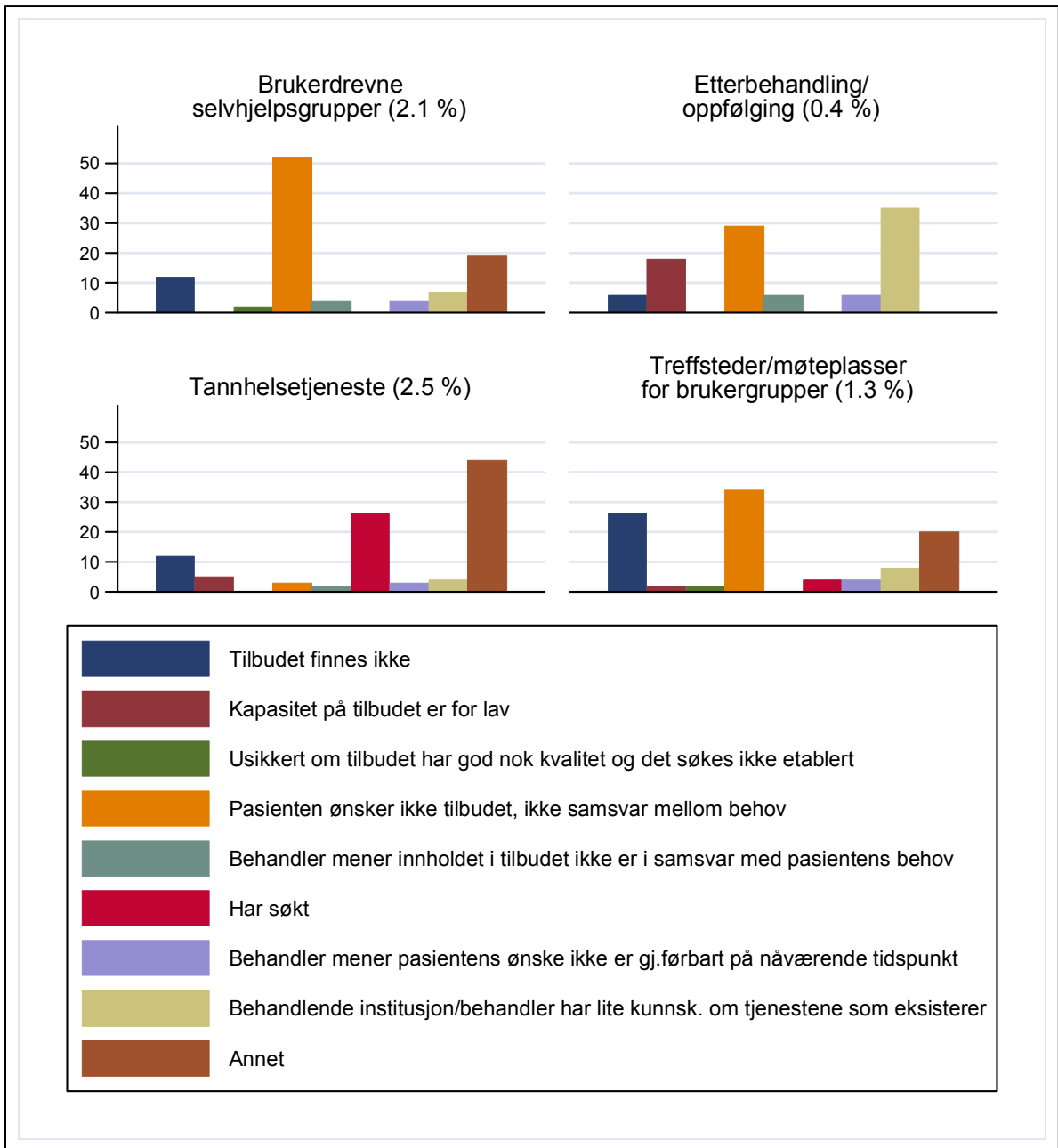
Det er størst udekkede behov for arbeidstilbud i regi av NAV eller kommunen (7,3 prosent av alle pasienter) og for ruskonsulent (4,5 prosent av alle pasienter), boligtilbud uten tilsyn (3,3 prosent), kommunalt psykisk helsearbeid (2,9 prosent) og aktivitetssenter (2,7 prosent). Fordi det er mange polikliniske pasienter, utgjør dette flere tusen pasienter på landsbasis. Her er formålet å kartlegge årsaken til udekkede behov, og figur 13.4 viser at hovedårsakene til udekkede behov for kommunale tjenester handler om manglende kapasitet for noen tjenester (boligtilbud uten tilsyn og kommunal bolig med tilsyn) og om at pasienten ikke ønsker tilbudet for andre tjenester (aktivitetstilbud, hjemmesykepleie, ruskonsulent, støttekontakt og hjemmetjenester).

Man kan selvsagt diskutere hvorvidt en kan kalle det udekkede behov dersom pasienten selv ikke ønsker tilbudet. Det er behandler som har vurdert om pasienten har behov for tilbud eller ikke, og konkludert med at pasienten burde ha et tilbud. Pasienten kan også mene at han eller hun har behov for tilbud, men ikke i den formen eller med det innholdet det blir tilbudt.

13.3.3 Andre tjenester

Når det gjelder andre tjenester, finner vi at manglende behovsdekning også her for mange skyldes at pasienten ikke ønsker tilbudet, med unntak av tannhelsetjenester (se figur 13.5). For tannhelsetjenester er det også en stor gruppe som svarer "annet". Om årsaken er manglende økonomiske muligheter eller om det skyldes andre forhold, vet vi foreløpig ikke.

Årsaken til at noen pasienter har udekkede behov for brukerdrevne selvhjelpsgrupper eller treffsteder/møteplasser for brukergrupper, skyldes som oftest at pasienten ikke ønsker tilbudet, men også at tilbudet ikke finnes i nærheten av pasientens bosted.



Figur 13.5 Andel av pasienter som ikke har tilbud etter årsak. Pasientkartleggingen 2013.

13.4 Oppsummering

Det er relativt få av de polikliniske pasientene i TSB som har behov for andre spesialisthelsetjenester enn poliklinisk behandling. 76 prosent av pasientene har fortsatt behov for poliklinisk behandling, og 99 prosent av disse vil få tilbudet. Det er sannsynligvis slik at når en først har startet poliklinisk behandling i TSB, er det få som får avsluttet behandlingen dersom det er behov for videre behandling.

18 prosent av de polikliniske pasientene vurderes å ha behov for døgnopphold i TSB (sykehus eller DPS). 60 prosent av disse er uten tilbud. Disse kan sannsynligvis vurderes som feilplassert med et for lavt nivå på tilbudet (får poliklinisk behandling), men har behov for døgnbehandling i TSB. Udekkede behov for døgntilbud i TSB gjelder nesten ti prosent av alle de polikliniske pasientene. For mange er det søkt om tilbud, men foreløpig ikke avklart om de vil få tilbud, men for langt de fleste med udekkede behov, skyldes dette at pasienten ikke ønsker et døgntilbud (for over halvparten med udekkede behov).

Det er mange av pasientene i poliklinisk behandling i TSB som har behov for kommunale tjenester. 36 prosent har behov for bistand fra sosialtjenestene i kommunene/NAV, mens 25 prosent har behov for kontakt med ruskonsulent. Det er krysset av for behov for arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen for 24 prosent av pasientene, mens åtte prosent vurderes å ha behov for tilbud ved aktivitetssenter/dagsenter. 22 prosent har behov for at det avholdes ansvarsgruppemøte, mens fem prosent har behov for individuell støttekontakt og to prosent for støttekontakt i grupper. Seks prosent har behov for lavterskel rustiltak.

Mange får kommunalt tilbud og vi finner at det er størst udekkede behov for arbeidstilbud i regi av NAV eller kommunen (7,3 prosent av alle pasienter) og for ruskonsulent (4,5 prosent av alle pasienter), boligtilbud uten tilsyn (3,3 prosent), kommunalt psykisk helsearbeid (2,9 prosent) og aktivitetssenter (2,7 prosent). Fordi det er mange polikliniske pasienter, utgjør dette flere tusen pasienter på landsbasis. Hovedårsakene til udekkede behov for kommunale tjenester handler om manglende kapasitet for noen tjenester (boligtilbud uten tilsyn og kommunal bolig med tilsyn) og om at pasienten ikke ønsker tilbudet for andre tjenester (aktivitetstilbud, hjemmesykepleie, ruskonsulent, støttekontakt og hjemmetjenester).

Referanser

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.

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, Trondheim.

Hagen, H. 2001. Pasienter i psykisk helsevern for voksne. 1. november 1999., SINTEF Unimed-rapport 5/01, 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., Alfarnes, S. A., Skjonberg, M. Moger, T. A. & 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.

Helsedirektoratet 2014. Samdata Psykisk helsevern, Sykehus 2013. Avdeling økonomi og analyse, Trondheim.

Lie, T., og S. Nesvåg. 2007. Evaluering av rusreformen. IRIS rapport 2006/277.

Lilleeng, S. E. 2011a. Behandlingstilbud til pasienter i TSB, Helsedirektoratet IS-1893.

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.

Ose, S.O, og R.T Slettebak. 2013. Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene, SINTEF Rapport A25247.

Ose, S. O., Ådnanes, M., og I. Pettersen. 2014. Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013. I SINTEF Rapport A26337.

Owens, D., Horrocks, J. & A. House. 2002. "Fatal and non-fatal repetition of self-harm Systematic review." The British Journal of Psychiatry nr. 181 (3):193-199.

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.

Øgar, B. 1981. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1979. En undersøkelse spesielt med henblikk på langtidspasientenes 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.

Øverland, Svein. 2006. "selvskading." Bergen: Fagbokforlaget.



Teknologi for et bedre samfunn
www.sintef.no