

RAPPORT

Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser

Marian Ådnanes og Johan Håkon Bjørngaard

SINTEF Helse

Juli 2006



SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser

FORFATTER(E)

Marian Ådnanes og Johan Håkon Bjørngaard

OPPDRAKSGIVER(E)

Norges forskningsråd

RAPPORTNR. SINTEF A230	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Signe Bang	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-04012-4, 978-82-14-04012-8	PROSJEKTNR. 78i041	ANTALL SIDER OG BILAG 64 + vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\78i041 Komm.helsetj. tiltak og samarbeid\Rapport	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Marian Ådnanes	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 4. juli 2006	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner	

SAMMENDRAG

Rapporten dokumenterer fastlegenes og det psykiske helsearbeidets involvering i tiltak knyttet til utredning, oppfølging og samarbeid. Rapporten ser også på forhold av betydning for henvisning av pasienter, og tiltak som kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud. Studien baserer seg på kartlegging av to pasientutvalg: fastlegenes pasienter (N=962), og brukere i det psykiske helsearbeidet (N=486). I tillegg har fastlegene og det psykiske helsearbeidet besvart generelle spørsmål om hva som kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud for denne pasientgruppen.

Fastlegene rapporterer høy involvering i *utredning* av pasienter med psykiske lidelser, særlig personer mellom 35 og 55 år med lettere lidelser. Fastlegene utreder primært gjennom samtaler med pasienten samt somatisk og medisinsk vurdering (tradisjonell medisinsk faglig rolle). Sjeldnere benyttes psykiatriske diagnoseverktøy. Det psykiske helsearbeidet i kommunene er ofte involvert i utredninger, men i mindre grad i de minste kommunene, sannsynligvis fordi det er mindre kompetanse der. Også i oppfølging/behandling av personer med psykiske lidelser, utøver fastlegene først og fremst en tradisjonell medisinsk faglig rolle. I tillegg er det overraskende mange fastleger som følger opp sine pasienter ved bruk av kognitiv terapi (43 % oppgir at de gjør dette i stor, eller noen grad). Det psykiske helsearbeidet følger først og fremst opp brukernes sykdomsutvikling, og primært gjennom individuelle samtaler. Forøvrig benyttes kognitiv terapi i nesten like stor grad som hos fastlegene.

Fastleger med kortere lister opplever at de har mer tid til å gi god *oppfølging*. Forholdet mellom tid og listelengde er imidlertid sammensatt, noe rapporten går inn på. Fastlegene oppgir å ha mest kompetanse om lettere lidelser. Totalt oppgir 45 % at de opplever ryggdekning fra spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder i større grad i forhold til tyngre lidelser, og blant fastleger i de minste kommunene.

Studien viser en tydelig sammenheng mellom grad av samarbeid, og størrelse på fastlegens praksiskommune. Fastleger med legepraksis i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere samarbeider mer om sine pasienter sammenlignet med fastleger i større kommuner. Samarbeidet minker jo større kommunen er. Studien viser videre at kommunestørrelse har betydning også ved *henvisninger*. Mangelfull kompetanse i det psykiske helsearbeidet og mangelfullt tilbud i kommunen en hyppigere årsak til henvisning i kommuner med færre enn 10 000 innbyggere enn i større kommuner.

Det viktigste for å bedre kommunehelsetjenestens tilbud er, ifølge både fastlegene og det psykiske helsearbeidet, tiltak som kan bedre samarbeid og øke kompetansen i tjenestene. Samarbeidstiltak trengs spesielt i mellomstore og store kommuner. Videre trengs økt kompetanse, både blant fastlegene og det psykiske helsearbeidet, og i særlig grad gjelder dette det psykiske helsearbeidet i de minste kommunene.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Fastleger	General practitioners
GRUPPE 2	Det psykiske helsearbeidet	Mental health services
EGENVALGTE		

Forord

Denne rapporten handler om fastlegene og det psykiske helsearbeidets tiltak overfor mennesker med psykiske lidelser i kommunen. Rapporten er skrevet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Prosjektet er ett av flere i den forskningsbaserte evalueringen av Opptrappingsplanen for psykiske helse.

Rapporten dokumenterer fastlegenes og det psykiske helsearbeidets involvering i ulike tiltak knyttet til utredning, oppfølging/ behandling av personer med henholdsvis en lettere eller en tyngre psykisk lidelse, de to tjenestenes samarbeid med hverandre, og med det psykiske helsevernet. Rapporten ser også på forhold av betydning for henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenesten, og hva de to tjenestene mener kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud.

Studien baserer seg på følgende datakilder: 1) data om pasienter hos fastlegen (N=962) og brukere hos det psykiske helsearbeidet (N=486), 2) de to tjenestenes *generelle* vurderinger av hva som kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud til denne pasientgruppen, og 3) bakgrunnsdata om fastlegene, og det psykiske helsearbeidet.

Innledningsvis i prosjektet bisto en rekke personer i forbindelse med utforming av spørreskjema: rådgiver Arve Almvik hos Fylkesmannen, psykiatrisk sykepleier Siv Ekrem i Orkdal kommune, psykiatrisk sykepleiere Irene Å. Nygård og Jan Omvik i Trondheim kommune, fastlege og kommunelege Guttorm Eilertsen samt forskere Bård Paulsen og Trond Hatling ved SINTEF Helse.

Trondheim, 30 juni 2006

Marian Ådnanes

Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
Sammendrag og diskusjon av funn	11
Mål med undersøkelsen	11
Metode.....	11
Resultater.....	11
Fastlegene og det psykiske helsearbeidets utredning.....	11
<i>Fastlegens utredning.....</i>	12
<i>Det psykiske helsearbeidets bistand i utredning.....</i>	12
Fastlegenes og det psykiske helsearbeidets oppfølging	12
<i>Fastlegens oppfølgingstiltak</i>	13
<i>Det psykiske helsearbeidets oppfølgingstiltak</i>	13
Viktige forutsetninger for å gi god oppfølging - tid, kompetanse og veiledning	13
<i>Tid - for fastlegene</i>	13
<i>Fastlegenes kompetanse, og behov for ryggdekning fra det psykiske helsevernet</i>	14
<i>Fastlegenes rolle utover det medisinskfaglige ansvaret.....</i>	14
Tjenestenes samarbeid	15
<i>Ulik vekt på samarbeid i de to tjenestene</i>	15
<i>Når samarbeides det?</i>	15
Pasientenes tilbud i kommunehelsetjenesten, og behovet for et spesialistert tilbud.....	16
<i>Tjenestenes oppfatning av pasientenes tilbud i kommunen</i>	16
Fastlegens henvisning, og det psykiske helsearbeidets bistand ved henvisning.....	17

<i>Forhold av betydning for henvisning av pasienter til det psykiske helsevernet</i>	17
Tiltak som kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud til personer med psykiske lidelser	18
<i>De to tjenestenes holdninger til tiltak som kan bedre tilbudet.....</i>	18
<i>Behov for mer samarbeid med spesialisthelsetjenesten – spesielt blant fastleger i større kommuner....</i>	18
<i>Behov for økt kompetanse – spesielt i det psykiske helsearbeidet i mindre kommuner</i>	19
<i>Behov for bedre samarbeid mellom fastlegene og det psykiske helsearbeidet – spesielt i større kommuner.....</i>	19
1 Innledning om fastlegenes og det psykiske helsearbeidets rolle for voksne med psykiske lidelser	21
1.1 Det psykiske helsearbeidet for voksne i kommunene	21
1.2 Fastlegens rolle overfor pasienter med en psykisk lidelse	22
1.2.1 Tilgjengelighet og kontinuitet.....	23
1.2.2 Samarbeid.....	23
1.2.3 Fastlegens kunnskap om psykiske lidelser	24
1.3 Problemstillinger	24
2 Metoder, utvalg og analyser	27
2.1 Fastlegestudien (Delstudie A)	27
2.1.1 Fastlegens tiltak for enkeltpasienter (A1)	27
2.1.2 Fastlegens oppfatning av kommunehelsetjenestens tilbud (A2)	28
2.2 Studien i psykisk helsearbeid (Delstudie B)	28
2.2.1 Det psykiske helsearbeidets tiltak for pasienter (B1).....	28
2.2.2 Det psykiske helsearbeidets oppfatning av kommunehelsetjenestens tilbud (B2).....	28
2.3 Utvalg av fastleger, pasienter og kommuner.....	29
2.3.1 Fastlegeutvalget.....	29
2.4 Hvilke konsekvenser får den lave svarprosenten i fastlegeutvalget?	31
2.4.1 Pasientutvalgene.....	32
2.4.2 Utvalg av kommunale tjenester for psykisk helsearbeid.....	35
2.5 Multivariate analyser av data	36
2.5.1 Presentasjon av innhold/ målenivå i regresjoner vedrørende fastlegene	37
2.5.2 Presentasjon av innhold/ målenivå i regresjoner vedrørende psykisk helsearbeid	39

3 Fastlegens tilbud til pasienter med psykiske lidelser.....	41
3.1 Fastlegens utredning, oppfølging og samarbeid om pasienter	41
3.1.1 Fastlegens tiltak for utredning av pasienten	41
3.1.2 Fastlegens involvering i tiltak for oppfølging av pasientens psykiske lidelse.....	42
3.1.3 Fastlegens samarbeid med øvrige tjenester	44
3.1.4 Faktorer som har sammenheng med fastlegens grad av utredning, oppfølging og samarbeid	44
3.2 Fastlegens henvisning av pasienter til det psykiske helsevernet.....	45
3.2.1 Faktorer som har sammenheng med årsaker til henvisning.....	46
3.3 Pasientenes nåværende, totale helsetjenestetilbud	46
3.3.1 Faktorer som har sammenheng med pasientens nåværende totale tjenestetilbud	47
3.4 Fastlegens tiltro til andre helsetjenester.....	48
3.4.1 Faktorer som har sammenheng med fastlegens tiltro til det psykiske helsearbeidet og det psykiske helsevernets tilbud	48
3.5 Fastlegens syn på hva som kan bedre kommunehelsetjenestens oppfølging av personer med psykiske lidelser	49
3.5.1 Behov for forbedring størst i de store kommunene	50
4 Det psykiske helsearbeidet sitt tilbud til personer med psykiske lidelser.....	51
4.1 Det psykiske helsearbeidets utredning av brukeren	51
4.1.1 Faktorer assosiert med det psykiske helsearbeidets bistand i utredning og henvisning	52
4.2 Det psykiske helsearbeidets oppfølging.....	52
4.2.1 Det psykiske helsearbeidets oppfatning av en rekke forutsetninger for å gi god oppfølging	53
4.3 Det psykiske helsearbeidets samarbeid med fastlegen og det psykiske helsevernet	54
4.3.1 Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets grad av samarbeid	55
4.4 Det psykiske helsearbeidets om årsaker til henvisning av brukere til det psykiske helsevernet.....	55
4.4.1 Faktorer som har sammenheng med henvisningsårsak der det psykiske helsearbeidet har bistått fastlegen i henvisningen	57
4.5 Brukerens nåværende helsetjenestetilbud	57
4.5.1 Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets oppfatning av brukerens nåværende tilbud	58
4.5.2 Det psykiske helsearbeidets tiltro til samarbeidende helsetjenester	58

4.5.3 Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets tiltro til de andre tjenestene	59
4.6 Det psykiske helsearbeidets syn på tiltak som kan bedre kommunens tilbud om oppfølging av menneskers psykiske helse	60
4.6.1 Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets oppfatning av hva som kan bedre kommunens tjenestetilbud	60
5 Litteratur	63

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Fastleger i utvalget og fastleger totalt i landet fordelt etter kjønn, alder og listelenge (antall og prosentandeler)	30
Tabell 2.2 Pasientutvalget hos fastlegen, og hos det psykiske helsearbeidet	33
Tabell 2.3 P-diagnoser i ICPC-2 hos fastlegens pasienter (N=964)	34
Tabell 2.4 Kommuner i utvalget, og kommuner totalt.	35
Tabell 2.5 Organisering av det psykiske helsearbeidet i kommuneutvalget (N=83).	35
Tabell 2.6 Presentasjon av uavhengige variabler som inngår i regresjonsanalysene vedrørende fastlegene	37
Tabell 2.7 Presentasjon av avhengige variable som inngår i regresjonsanalysene om fastlegens involvering	38
Tabell 2.8 Presentasjon av uavhengige variabler som inngår i regresjonsanalysene vedrørende psykisk helsearbeid	39
Tabell 2.9 Presentasjon av avhengige variable som inngår i regresjonsanalyser vedrørende psykisk helsearbeid	40

Figuroversikt

Figur 2.1 Yrkesgrupper representert i det psykiske helsearbeidet. Antall kommuner som har yrkesgruppen. (N=83).	36
Figur 3.1 Fastlegens utredning av pasientens psykiske helsetilstand (N=964).	41
Figur 3.2 Fastlegens oppfølging av pasientenes psykiske lidelser (N=964)	42
Figur 3.3 Fastlegens tid, kompetanse og rolle i oppfølging av pasienter (N=964)	43
Figur 3.4 Fastlegens samarbeid med andre tjenester (N=964)	44

Figur 3.5	Årsaker til fastlegens henvisning til Det psykiske helsevernet (N=725)	45
Figur 3.6	Fastlegens oppfatning av pasientenes nåværende, totale helsetjenestetilbud (egen, og andre tjenesters grad av oppfølging av pasienter med en psykisk lidelse). Prosent. (N=964)	47
Figur 3.7	Fastlegens tiltro til andre helsetjenester. Prosent. (N=964).....	48
Figur 3.8	Fastlegenes holdninger til faktorer som kan bedre kommunens tilbud om oppfølging av personers psykiske helse (N=485)	49
Figur 4.1	Det psykiske helsearbeidets rolle ved utredning av brukerens psykiske helsetilstand. Prosent. (N=486)	51
Figur 4.2	Det psykiske helsearbeidets oppfølging av brukerne. Prosent. (N=486)	52
Figur 4.3	Det psykiske helsearbeidets tid og kompetanse, og støtte fra det psykiske helsevernet i oppfølging av brukere. Prosent. (N=486)	53
Figur 4.4	Samarbeid mellom det psykiske helsearbeidet og andre tjenester. Prosent. (N=486).....	54
Figur 4.5	Årsaker til henvisning til Det psykiske helsevernet. Prosent. (N=270).....	56
Figur 4.6	Det psykiske helsearbeidets oppfatning av egen, og andre tjenesters oppfølging av personer med en psykisk lidelse. Prosent. (N=486)	57
Figur 4.7	Det psykiske helsearbeidets tiltro til andre tjenesters oppfølging av brukeren. Prosent. (N=486).....	59
Figur 4.8	Det psykiske helsearbeidets holdninger til faktorer som kan bedre kommunens tilbud om oppfølging av personers psykiske helse. Prosent. (N=83).....	60

Vedlegg 1 Regresjonsanalyser

Tabell v 1	Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med høy grad av involvering i utredning, oppfølging og samarbeid.....	65
Tabell v 2	Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med sentrale forutsetninger for god oppfølging av pasienter (N=572-582 pasienter).....	66
Tabell v 3	Faktorer som har sammenheng med årsak til henvisning av pasient fra fastlege til det psykiske helsevernet (N=450 pasienter).....	67
Tabell v 4	Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med fastlegens oppfatning av oppfølging av pasienten i det psykiske helsearbeidet og i hjemmesykepleien, og om pasienten trenger spesialisthelsetjenester (N=565 pasienter)	69

Tabell v 5 Resultat av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med fastlegenes generelle holdninger til hva som kan bedre det kommunale tjenestetilbudet (N=312-321 fastleger)	70
Tabell v 6 Resultater av separate regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med høy grad av involvering mht å bistå fastlegen i utredning og henvisning.....	71
Tabell v 7 Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med sentrale forutsetninger for god oppfølging i psykisk helsearbeid	72
Tabell v 8 Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med høy grad av oppfølging og samarbeid.....	73
Tabell v 10 Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med årsak til henvisning i tilfeller der psykisk helsearbeid har bistått fastlegen ved henvisning av pasient til spesialisthelsetjenesten	74
Tabell v 9 Resultater av regresjoner. Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets generelle holdninger til hva som kan bedre det kommunale tjenestetilbudet	76
Tabell v 11 Resultater av regresjoner. Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets generelle holdninger til hva som kan bedre tjenestetilbudet (N=77 kommuner)	77

Sammendrag og diskusjon av funn

Mål med undersøkelsen

Det overordnede målet med denne undersøkelsen har vært å kartlegge og evaluere tiltak som gjennomføres av henholdsvis fastlegen og det psykiske helsearbeidet i kommunen, overfor voksne personer med lettere eller tyngre psykiske lidelser. For å kunne gi svar på dette analyserer rapporten følgende delspørsmål:

Hva slags tiltak iverksettes av fastlegen i forhold til utredning av pasienten, og i hvilken grad bistår psykisk helsearbeid i utredning? Hva slags tiltak iverksettes av henholdsvis fastlegen og psykisk helsearbeid når det gjelder oppfølging/ behandling? Hva er omfang og innhold i samarbeidet mellom tjenestene. Hvilke forhold har betydning for henvisning av pasienter? Hva er pasientens nåværende totale tilbud, og trenger pasienten et tilbud i spesialisthelsetjenesten? Hva kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud, slik disse to tjenestene ser det?

Metode

Studien baserer seg på kartlegging i to pasientutvalg: fastlegenes pasienter (N=962), og brukere som følges opp hos psykisk helsearbeid i kommunen (N=486). De to tjenestene har fylt ut et kartleggings skjema for henholdsvis 2 og 6 av sine pasienter som sist har vært i kontakt, og som har en lettere eller tyngre psykisk lidelse, og som for tiden ikke har et tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Tjenestene har også registrert bakgrunnsinformasjon/ demografiske data om seg selv/ tjenesten/ praksisen og kommunene. I tillegg til registrering av egne pasienter/ brukere, har fastlegene og psykisk helsearbeid i eget skjema besvart generelle spørsmål om hva som kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud overfor denne pasientgruppen.

Resultater

Fastlegene og det psykiske helsearbeidets utredning

Studien viser at fastlegene utreder personer med psykiske lidelser ved å utøve sin tradisjonelle medisinskfaglige rolle; først og fremst gjennom samtale i konsultasjon, somatisk undersøkelse og medisinvurdering, og ved henvisning når det trengs.

Det psykiske helsearbeidet bistår ofte i forbindelse med utredning og henvisning. Dette er imidlertid ikke så vanlig i de minste kommunene. Studien viser for øvrig at kompetansen er minst her.

Fastlegens utredning

Fastlegene rapporterer svært høy grad av involvering når det gjelder utredning av pasienter med en psykisk lidelse. Studien viser at fastlegene utreder den psykiske lidelsen først og fremst gjennom samtaler med pasienten, og at dette i særlig grad gjelder pasienter med lettere lidelser. Funnet reflekterer fastlegens ordinære arbeidsform som er konsultasjon; der pasientens beskrivelse av helseproblemet utgjør den primære kilden for fastlegen. Dersom pasienten er i svært dårlig psykisk forfatning er henvisning til det psykiske helsevernet den riktige beslutningen. Dette forklarer fastlegenes fokus på pasienter med lettere lidelser.

Uavhengig av om pasienten har en lettere eller en tyngre lidelse, gjør fastlegen i de fleste tilfellene en somatisk utredning i tilknytning til den psykiske lidelsen. Fastlegens utredning omfatter i like høy grad beslutninger om medisinbehov, men først og fremst for pasienter med en tyngre psykisk lidelse.

Det er ikke så vanlig blant fastlegene å innhente opplysninger fra samarbeidspartnere, men dette vil heller ikke være aktuelt i alle tilfeller. At dette gjøres i større grad for personer med tyngre, og mer omfattende lidelser, reflekterer sannsynligvis at flere tjenester gjerne har vært, eller er involvert.

Fastlegene bruker i liten grad psykiatrisk diagnoseverktøy i utredning av lidelsen. Når det benyttes, er det primært for personer med lettere lidelser. En årsak til dette er sannsynligvis at når det dreier seg om personer med tyngre lidelser, vil fastlegen henvise videre til det psykiske helsevernet.

Regresjonsanalysen viste for øvrig at fastlegene også i sum (av alle utredningstiltak) primært utreder personer med lettere lidelser. Som allerede nevnt er dette i tråd med at fastlegen henviser pasienter med tyngre lidelser. At fastlegen i større grad utreder kvinnelige pasienter, kan ha sin årsak i at kvinner (generelt) oppsøker fastlegen hyppigere enn det menn gjør (Tidsskriftet, juni 2003), og at relativt flere kvinner vil tilhøre gruppen med lettere lidelser.

At studien viser at fastlegene i større grad utreder personer i aldersgruppen 35-55 år enn yngre pasienter, indikerer at de yngste hyppigere henvises til spesialisthelsetjenesten for utredning der. Behov for utredning i aldersgruppen 35-55 år, vil sannsynligvis i større grad dreie seg om lettere enn om tyngre lidelser ettersom alvorlige psykiske lidelser oftest oppstår i yngre alder.

Det psykiske helsearbeidets bistand i utredning

Det psykiske helsearbeidet bistår fastlegene ved utredning og henvisning for over 40 % av sine brukere - primært brukere med mer alvorlige lidelser. Mindre kompetanse i de minste kommunene (under 2 000 innbyggere) er en sannsynlig årsak til at det psykiske helsearbeidet i disse kommunene bistår fastlegen i mindre grad.

Fastlegenes og det psykiske helsearbeidets oppfølging

Også når det gjelder den regelmessige oppfølgingen av personers psykiske lidelser, viser studien at fastlegene utøver sin primære medisinskfaglige rolle med vanlig konsultasjon, oppfølging av somatiske problemer, og medisinvurdering. I tillegg er det overraskende mange fastleger som følger opp sine pasienter ved bruk av kognitiv terapi.

Det psykiske helsearbeidets primære rolle er å følge opp brukerne sykdomsutvikling. Dette gjøres primært gjennom individuelle samtaler. Forøvrig benyttes kognitiv terapi i nesten like stor grad som hos fastlegene.

Fastlegens oppfølgingstiltak

Fastlegene rapporterer en svært høy grad av involvering når det gjelder den kontinuerlige oppfølgingen av pasienter med en psykisk lidelse. Som ved utredning, er samtaler mest brukt overfor personer med lettere lidelser, mens medisinsk og somatisk oppfølging i størst grad omfatter personer med alvorlige lidelser.

Fastlegenes bruk av kognitiv terapi i oppfølging av pasienter kan oppfattes som overraskende utbredt. Studien viste at kognitiv terapi i stor- eller noen grad omfatter 45 % av pasientene; først og fremst pasienter med lettere lidelser. Ved analyse av sammenhenger mellom oppfølging ved kognitiv terapi, og kjennetegn ved fastlegene, finner vi ingen sammenhenger når det gjelder listelengde, kjønn, alder eller størrelse på fastlegens praksiskommune. Når det gjelder trekk ved pasientene, finner vi at det dreier seg om pasienter med lettere lidelser.

Tidligere studie av fastlegens tilbud til personer med psykiske lidelser påpeker at det synes som om bruk av kognitiv terapi blant fastleger øker (Ådnanes m.fl., 2005). I den foreliggende studien har vi fått bekreftet at utbredelsen er overraskende stor. Vi har ikke kunnet identifisere nasjonale studier som sier noe om utbredelsen av kognitiv terapi i allmennpraksis. Ole Rikard Haavet¹, medlem av Fagutvalget i Allmennlegeforeningen, anslår (personlig meddelelse) at knapt halvparten av landets fastleger gjennom de siste årene har gjennomgått ulike kurs og opplegg for å bli kjent med Kognitiv terapi (KT). For øvrig får vi bekreftet fra flere sentrale personer at KT etter hvert er godt integrert som kurstilbud både gjennom legeforeningens spesialiseringsprogram og andre kurs- og etterutdanningstiltak.

Det psykiske helsearbeidets oppfølgingstiltak

Det psykiske helsearbeidet følger i svært stor grad opp brukernes sykdomsutvikling. Brukerne følges primært opp ved individuelle samtaler. Denne formen for oppfølging er mer utbredt enn de øvrige oppfølgingstiltakene for det psykiske helsearbeidets del. Innspill for å få endret medisin, miljøarbeid og biveiledning er mindre vanlig, men er relativt utbredt det også. Kognitiv terapi er omtrent like utbredt som blant fastlegene, ettersom det omfatter 44 % av pasientene. Videre innebærer oppfølging av brukerne arbeid med familie/ pårørende, gruppetilbud, mestringstiltak og jobbing med nettverk, men dette i mindre grad.

Viktige forutsetninger for å gi god oppfølging - tid, kompetanse og veiledning

Fastlegene, og spesielt de som har kortere lister, oppgir at de har nok tid til å gi god oppfølging. Forholdet mellom tid og listelengde er imidlertid komplekst. Fastlegene synes de har mer kompetanse om lettere enn om tyngre lidelser, og opplever mest ryggdekning fra spesialisthelsetjenestens ved tyngre lidelser. Spesialisthelsetjenesten følger i større grad opp fastleger i de minste kommunene.

Tid - for fastlegene

Tid til konsultasjon er et mye omtalt tema når fastlegerollen diskuteres. Ikke minst er dette viktig for pasienter med sammensatte lidelser, slik tilfellet er for mange personer med psykiske lidelser. I en kvalitativ studie av fastlegens tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser, fant vi at både pasienter og andre helsearbeidere var kritiske til legens

¹ Fastlege og spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, førsteamanuensis dr. med. ved Seksjon for allmennmedisin, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo

tidsbruk og oppmerksomhet i selve konsultasjonen. Pasientene opplevde som regel for knapp tid til å drøfte den psykiske helsen sin med fastlegen (Ådnanes m.fl., 2005). Resultatene fra denne studien antydte at takster og egenandeler i stor grad styrer fastlegens tidsbruk. Samtidig konstaterte studien at det ofte ble brukt dobbelttime, i tillegg til at mange fastleger opplevde at de stadig gikk utover den tilmålte tida. En annen studie viser at om lag halvparten av fastlegene syntes de hadde nok tid til hver pasient, mens litt over en tredjedel kunne ønsket seg litt mer tid, og 11 % kunne tenkt seg å redusere tiden til hver pasient (Grytten, Skau, Sørensen og Aasland, 2004).

I den foreliggende studien oppgir fastlegene at de i arbeidet med pasienter med psykiske lidelser, i svært høy grad har tid til å gi god oppfølging. Spesielt gjelder dette for fastleger med *kortere* lister. Forholdet mellom tid og listelengde framstår imidlertid mer komplekst når vi spør fastlegen om hvor mye han eller hun *faktisk* følger opp pasienten (sum av oppfølgingstiltak). Mens listelengde er negativt korrelert med fastlegens oppfatning av tid tilgjengelig til å gi god oppfølging, er listelengde positivt korrelert med faktisk oppfølging ved korreksjon for fastlegens *opplevelse* av å ha nok tid til oppfølging. En tolkning av dette resultatet er at vi måler egenskaper ved legene, snarere enn arbeidsmengde og organisering i kjølvannet av listelengden. Listelengde henger sannsynligvis sammen med den enkelte leges evne og vilje til å følge opp pasientene sine. Man kan derfor tenke seg at de legene som er de beste til å gi god oppfølging får flest pasienter på lista si, som igjen gjør at de får mindre tid, og som igjen påvirker oppfølgingen av pasientene.

Fastlegenes kompetanse, og behov for ryggdekning fra det psykiske helsevernet

Relativt mange fastleger opplever at de i "noen" grad har kompetanse til å gi pasientene god oppfølging, mens få opplever at de i stor grad har kompetanse. Primært har fastlegene kompetanse i forhold til lettere lidelser. I en studie gjort av NIFU finner man at leger generelt opplever å ha *lite* kunnskap om psykisk helse fra grunnutdanningen. Ådnanes m.fl. (2005) fant at fastlegene i stor grad erkjenner behovet for økt kompetanse og veiledning på dette området, men at mange var skeptisk til at spesialisthelsetjenesten kunne bistå dem. Studien påpekte flere forhold som hindret en god faglig tilknytning mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten; fastlegene var opptatt av at spesialisthelsetjenesten ikke fungerte bra nok både på grunn av endringer i organisering, mangel på leger og spesialister, og noen steder også stor gjennomtrekk i personalet. Spesialisthelsetjenestens tverrfaglighet ble også nevnt som problematisk fordi fastlegen gjerne foretrakk kontakt med annen lege eller spesialist.

I den foreliggende studien oppgir om lag halvparten av fastlegene at de opplever stor eller noen grad av ryggdekning fra det psykiske helsevernet. Dette gjelder primært i forhold til personer med tyngre lidelser, og gruppen i aldersspennet mellom 36 og 55 år i større grad enn yngre pasienter, og mer i forhold til pasienter som har vært syk mellom 1-5 år enn de som har vært syk en kortere periode.

Fastleger i større praksiskommuner opplever mindre ryggdekning fra spesialisthelsetjenesten enn tilfellet er blant fastleger i mindre kommuner. Vi vet imidlertid ikke om dette er en egenskap ved spesialisthelsetjenesten, eller om behovene for ryggdekning er mindre blant fastleger i større kommuner. Det kan være at spesialisthelsetjenesten tilknyttet de store byene har en dårligere tilgjengelighet.

Fastlegenes rolle utover det medisinskfaglige ansvaret

Relativt få fastleger i denne studien opplever at deres rolle går utover det medisinskfaglige ansvaret for pasientene. Dette bekrefter inntrykket som tidligere nevnt, nemlig at fastlegen utøver den tradisjonelle medisinskfaglige rollen han eller hun vanligvis har overfor *alle* typer av pasienter på sin liste; samtale i konsultasjon, somatisk undersøkelse og medisinvurdering, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Når fastlegen opplever at rollen går utover det medisinskfaglige ansvaret, dreier dette seg hovedsakelig om pasienter med tyngre lidelser, og pasienter som har vært syk i over 5 år. Sannsynligvis vil dette dreie seg om kronisk syke pasienter, som ikke lenger prioriteres for behandling i det psykiske helsevernet. Dermed blir det fastlegen som må følge opp.

Det at eldre leger i mindre grad opplever at deres rolle går utover et medisinskfaglig ansvar enn det leger under 40 år gjør kan tyde på at eldre leger har mer erfaring å ta av. At det er fastleger i de minste kommunene (under 5 000 innbyggere) som primært opplever at deres rolle går utover det medisinskfaglige, kan indikere at fastleger i mindre praksiskommuner i større grad har rollen som "landsbylege" som strekker seg litt lenger. Det kan også skyldes forhold i spesialisthelsetjenesten.

Tjenestenes samarbeid

Mer samarbeid fra fastlegen sin side etterlyses både av helsemyndigheter, og samarbeidende tjenester. Fastleger er gjerne primært opptatt av direkte pasientrettet arbeid. Samarbeid tar dyrebar tid. Denne studien finner at det er en tydelig sammenheng mellom grad av samarbeid, og størrelse på fastlegens praksiskommune. Fastleger med legepraksis i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere samarbeider mer om sine pasienter sammenlignet med fastleger i større kommuner.

Ulik vekt på samarbeid i de to tjenestene

Det psykiske helsearbeidet og fastlegene samarbeider i hovedsak om brukere med tyngre lidelser. Det psykiske helsearbeidet oppgir samarbeid med fastlegene om dobbelt så mange brukere som det fastlegene rapporterer samarbeid om. Videre deltar det psykiske helsearbeidet i mye større grad enn fastlegene i ansvarsgruppemøter, og ikke minst i samarbeid tilknyttet individuell plan. Her oppgir fastlegene relativt liten involvering.

En av årsakene til forskjellene mellom de to tjenestene, når det gjelder samarbeid med andre tjenester (om pasienter), er at de to pasientutvalgene ikke er direkte sammenlignbare. Det er grunn til å anta at brukerne i det psykiske helsearbeidet i kommunene har mer omfattende lidelser, og annen problematikk i tillegg til selve lidelsen, enn tilfellet er for gjennomsnittet av fastlegens pasienter med psykiske lidelser, og spesielt innen gruppen med lettere lidelser.

Andre studier viser imidlertid at fastlegene ofte velger å nedprioritere tid brukt på samarbeid med andre tjenester til fordel for direkte pasientrettet arbeid, samtidig som andre tjenester understreker behovet for at fastlegen i større grad involverer seg i samarbeid (Ådnes m.fl., 2005, Andersson og Tingvoll, 2005). Fastlegene har gjerne tiltro til oppfølging av pasientene i de øvrige tjenestene i kommunen, og letter dermed presset på egen tjeneste også (Ådnes m.fl., 2005).

Resultat i foreliggende studie viser for øvrig at fastlegene samarbeider mer med spesialisthelsetjenesten enn de gjør med det psykiske helsearbeidet, også her primært om pasienter med tyngre lidelser. Trolig dreier dette seg først og fremst om kontakt i tilknytning til henvisning av pasient.

Når samarbeides det?

I tillegg til at tjenestene primært samarbeider om personer med tyngre lidelser, samarbeides fastlegene og spesialisthelsetjenesten i større grad om yngre enn om eldre brukere. En sannsynlig årsak er at det rettes større innsats mot de unge og nylig syke for å få til et adekvat tilbud.

Det psykiske helsearbeidet samarbeider mer om mannlige brukere enn om kvinnelige. En sannsynlig årsak kan være at mannlige brukere oftere har problemer i tillegg til den psykiske

lidelsen; psykososiale problemer og problemer for eksempel i tilknytning til arbeid og bolig. At det samarbeides mer i kommuner med en lavere andel ansatte med videreutdanning i det psykiske helsearbeidet, kan tyde på at disse har større behov for innspill fra fastlege og spesialisthelsetjeneste i arbeidet.

Når det gjelder fastlegenes grad av samarbeid finner vi interessante effekter i forhold til størrelse på praksiskommune. Fastleger med legepraksis i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere samarbeider mer om sine pasienter sammenlignet med fastleger i større kommuner. Sammenhengen er for øvrig lineær; det vil si at samarbeidet minker jo større kommunen er. Vi vet ikke om dette skyldes forhold i praksiskommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Det kan være at fastleger i større kommuner i større grad har et fagmiljø rundt seg som vil kunne påvirke mengden kontakt med andre tjenester. For øvrig viser denne studien også at fastlegene opplever at det psykiske helsearbeidet i mindre kommuner i større grad følger opp pasientene. Det kan også være at spesialisthelsetjenesten i større grad følger opp i forhold til pasienter/fastleger i mindre kommuner.

Pasientenes tilbud i kommunehelsetjenesten, og behovet for et spesialistert tilbud

Fastlegen har et medisinskfaglig ansvar for oppfølging av alle personer på sin liste, inkludert de med en psykisk lidelse. Mange kommuner har etter hvert et psykisk helsearbeidet med et utadrettet, faglig og mangfoldig tilbud. Hjemmesykepleien har en rolle primært for de eldste.

I studien rapporterer tjenestene mest involvering fra egen tjeneste, og mindre fra den andre tjenesten. Pasientutvalgene hos fastlegen og det psykiske helsearbeidet er imidlertid noe ulike.

Tjenestenes oppfatning av pasientenes tilbud i kommunen

Fastlegene og det psykiske helsearbeidet fikk spørsmål om eget og øvrig tilbud til pasientene i kommunen, og hvorvidt pasienten hadde behov for et spesialisert tilbud i psykisk helsevern.

Mens fastlegene rapporterer at de selv i høy grad følger opp sine pasienter, rapporterer det psykiske helsearbeidet noe mindre oppfølging fra fastlegen sin side overfor sine brukere. Dette gjelder forøvrig vise versa. Det må her tas høyde for at de to pasientutvalgene hos fastlegen og det psykiske helsearbeidet er noe ulike. Fastlegens pasienter med en psykisk lidelse vil innbefatte hele spekteret av psykisk sykdom. Brukere som for tiden får tilbud i det psykiske helsearbeidet vil generelt ha mer omfattende psykiske lidelser. I denne studien har en større andel av utvalget brukere i det psykiske helsearbeidet en langvarig lidelse (mer enn fem år) sett i forhold til pasientutvalget hos fastlegen.

Fastlegens oppfatning av både det psykiske helsearbeidet og hjemmesykepleiens oppfølging av pasienten, er knyttet en følgende kjennetegn ved tjenestene og pasientene: at tjenestenes oppfølging i første rekke gjelder personer med tyngre lidelser, og personer som har vært syke lengre enn ett år, og i særlig grad de som har vært syke lenger enn 5 år. At fastleger med lengre lister oftere har pasienter der hjemmesykepleien har en rolle i pasientens tjenestetilbud, kan tyde på at fastleger med lengre liste er mer bevisst på å inkludere andre tjenester i pasientens totale tjenestetilbud i kommunen – eller helt enkelt velger å "lene seg på" andre tjenester.

Fastleger i kommuner med over 20 000 innbyggere har mindre tiltro til det psykiske helsearbeidets oppfølging enn fastleger i de minste kommunene. Også dette funnet henger sannsynligvis sammen med at fastleger i de minste kommunene rapporterer større involvering fra det psykiske helsearbeidet.

Det psykiske helsearbeidet på sin side har større tro på fastlegens oppfølging når enheten har lavere andel videreutdanning. Den samme effekten gjelder for oppfatning av enhetens

egen oppfølging av brukerne, hvorvidt hjemmesykepleien følger opp, og hvorvidt brukeren får plass i psykisk helsevern ved behov.

Fastlegens henvisning, og det psykiske helsearbeidets bistand ved henvisning

Fastlegen har ansvar som portvakt/ portåpner ved å sørge for at personer får spesialisthelsetjenester ved behov for det. Både fastlegen, det psykiske helsearbeidet og hjemmesykepleien har viktige roller i forhold til å identifisere personer som har behov for et mer spesialisert tilbud.

Studien viser at kommunestørrelse har betydning også når det gjelder henvisning. Mangelfull kompetanse i det psykiske helsearbeidet og mangelfullt tilbud i kommunen er hyppigere årsak i kommuner med færre enn 10 000 innbyggere enn i større kommuner.

Forhold av betydning for henvisning av pasienter til det psykiske helsevernet

Det er naturlig nok alvorlighetsgraden ved den psykiske lidelsen som de to tjenestene oppgir har vært den primære årsak til henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Også i likhet med fastlegen tillegger det psykiske helsearbeidet et godt behandlingstilbud i det psykiske helsevernet stor betydning for henvisning. At dette er en hyppigere begrunnelse blant fastleger mellom 50 og 59 år, sett i forhold til de yngste fastlegene, antyder at erfaring med spesialisthelsetjenesten også betyr at man har *bedre* erfaring. Sannsynligvis vil man gjennom mange års erfaring ha kunnskap om systemet som kan lette tilgangen på spesialiserte tjenester for sine pasienter. Et godt behandlingstilbud i psykisk helsevern er en hyppigere årsak blant fastleger i mindre kommuner (under 5 000 innbyggere). En mulig sammenheng kan være at mindre kommuner også har minst kompetanse ifølge denne studien. For eksempel begrunner psykisk helsearbeid i kommuner med under 10 000 innbyggere henvisning med egen mangelfull kompetanse i større grad enn tilfellet er i større kommuner. Dessuten er henvisning begrunnet med mangelfullt tilbud i kommunen også en viktigere faktor i kommuner med under 10 000 innbyggere enn i større kommuner.

Brukerens ønske om behandling er også en viktig henvisningsårsak, og dreier seg i større grad om brukere med lettere lidelser. Brukeres ønske oppgis i større grad som årsak i kommuner med en større andel ansatte med videreutdanning. Funnet antyder at grad av brukermedvirkning har sammenheng med utdanningsnivå.

Når det gjelder tiltak utprøvd uten effekt i kommunen, har dette hatt relativt stor betydning for så mange som 60 % av henvisningene, både de som fastlegene og det psykiske helsearbeidet rapporterer. Denne henvisningsgrunnen gjelder først og fremst i forhold til personer med tyngre lidelser. Når det gjelder brukere i det psykiske helsearbeidet dreier det seg også om personer som har vært syke i over ett år. At dette i mindre grad oppgis som årsak til henvisning fra det psykiske helsevernet i de største kommunene (over 50 000 innbyggere) kan reflektere et bredt anlagt psykisk helsearbeid med mange tiltak. Det kan også ha å gjøre med egenskaper med spesialisthelsetjenesten som er tilknyttet de største kommunene. Det kan for eksempel være at disse enhetene har en dårligere tilgjengelighet. At kvinnelige fastleger nevner dette som henvisningsårsak i større grad enn mannlige kolleger, kan tolkes dit hen at kvinnelige fastleger er mer bevisst det å prøve ut tiltak.

Egen manglende kompetanse i saken nevnes i litt større grad blant fastlegene enn i det psykiske helsearbeidet, og oftere blant yngre enn eldre leger. Når det gjelder det psykiske helsearbeidet har vi allerede vist til at egen manglende kompetanse er en hyppigere årsak til henvisning i kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere.

Både påtrykk fra pårørende, og påtrykk fra andre instanser har hatt litt større betydning for årsak til henvisning for det psykiske helsearbeidet sammenlignet med fastlegene. For begge tjenestene nevnes pårørendes ønske oftere i sammenheng med henvisning av personer med

tyngre lidelser, og yngre pasienter. Det er også naturlig at disse gruppene i større grad støttes av pårørende. Begge disse henvisningsgrunnene har for øvrig hatt større betydning blant fastleger som har lang liste. Dette kan tyde på at fastleger med lenger lister har lavere terskel for henvisning til spesialisthelsetjenesten. For fastlegene har også størrelse på praksiskommune hatt betydning ettersom fastleger i de minste kommunene i større grad begrunner henvisning med påtrykk fra andre instanser.

Tiltak som kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud til personer med psykiske lidelser

Man kan tenke seg en rekke tiltak som kan bedre det totale kommunale helsetjenestetilbudet, for eksempel økt samarbeid, økt kompetanse samt ansvarsavklaring mellom tjenestene.

I denne studien har vi analysert tjenestenes holdning til hvorvidt disse tiltakene kan bidra til et bedre tilbud i kommunehelsetjenesten totalt. Mens et bedre samarbeid er viktigst i de største kommunene, er økt kompetanse viktigst i de minste kommunene.

De to tjenestenes holdninger til tiltak som kan bedre tilbudet

De to tjenestene vurderer de fleste tiltakene som relativt viktige for å bedre kommunens totale psykisk helsetilbud; bedre samarbeid, økt kompetanse, flere fagpersoner. Fagfolk i det psykiske helsearbeidet rangerer alle tiltakene gjennomgående som enda viktigere enn det fastlegene gjør, og skiller svært lite mellom de ulike tiltakene.

Det viktigste, ifølge det psykiske helsearbeidet, er å få flere fagpersoner og å øke bevilgningene til tiltak.

Begge tjenestene rangerer for øvrig økt ansvar til seg selv som det minst viktige i denne sammenheng. Dette kan tyde på et høyt arbeidspress både for fastlegene og det psykiske helsearbeidet. Blant fastlegene er det spesielt de yngste som mener mer ansvar er irrelevant. Dette tyder på at mangel på erfaring også spiller inn.

Behov for mer samarbeid med spesialisthelsetjenesten – spesielt blant fastleger i større kommuner

Fastlegene mener det viktigste for å bedre kommunehelsetjenestens tilbud er å bedre forholdet til spesialisthelsetjenesten i betydningen et bedre samarbeid, og mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten rangeres som det tredje viktigste tiltaket ifølge det psykiske helsearbeidet.

Det er ingen sammenheng mellom kommunestørrelse og behov for samarbeid når det gjelder det psykiske helsearbeidet. Det er imidlertid en rekke interessante sammenhenger mellom størrelsen på fastlegenes praksiskommune og fastlegenes oppfatning av samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Behovet for bedre samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten er større blant fastleger i alle tre kommunegrupper med over 10 000 innbyggere sett i forhold til kommunegrupper under med mindre enn 10 000 innbyggere. Når det gjelder fastlegens ønske om veiledning og ryggdekning fra spesialisthelsetjenesten, er dette størst i kommunegrupper med fra 5 000 til 50 000 innbyggere enn det er blant fastleger i praksiskommuner med under 5 000 innbyggere.

Behov for økt kompetanse – spesielt i det psykiske helsearbeidet i mindre kommuner

Det psykiske helsearbeidet mener det viktigste for å bedre kommunehelsetjenestens totale tilbud er å få *flere fagfolk*. At dette er viktig støttes for øvrig av fastlegene. Behovet for økt kompetanse til det psykiske helsearbeidet er, (slik fagfolk i tjenesten rapporterer det), størst i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere. For øvrig er det primært kommuner som har en høyere andel med videreutdanning som i størst grad mener det kommunale tilbudet ville ha bli bedret ved hjelp av økt kompetanse om psykiske lidelser.

Behov for bedre samarbeid mellom fastlegene og det psykiske helsearbeidet – spesielt i større kommuner

Både fastlegene og det psykiske helsearbeidet rangerer et bedre samarbeid med hverandre som viktig. Når det gjelder fastlegene, er samarbeidsbehovet igjen knyttet til størrelse på praksiskommunen. Fastleger i kommuner med over 5 000 innbyggere har *større* behov for bedre samarbeidsrutiner mellom fastlege og det psykiske helsearbeidet enn tilfellet er i de minste kommunene. For øvrig øker fastlegens behov for bedre samarbeidsrutiner med kommunestørrelse. Det samme forholdet finner vi når det gjelder fastlegens behov for å *tydeliggjøre* det psykiske helsearbeidets ansvarsområde (fastleger i kommuner med over 10 000 innbyggere) samt å *øke* det psykiske helsearbeidet sitt ansvar for oppfølging.

1 Innledning om fastlegenes og det psykiske helsearbeidets rolle for voksne med psykiske lidelser

I takt med økt desentralisering av helsetjenester, har kommunene de siste åra fått større ansvar i forhold til personer med psykiske lidelser. Behovene for oppfølging er differensierte, og det legges vekt på individuell tilpasning av tjenestetilbudet (NOU 2004:18). I opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr 63 (1997-98) går det fram at kommunene skal sørge for botilbud, hjemmetjenester, støttekontakt, dagsentertilbud og lignende. Når det gjelder helsetjenestetilbudet er det i hovedsak fastlegene og tjenesten for psykisk helsearbeid som utgjør dette i primærhelsetjenesten. For noen vil også hjemmetjenestene utgjøre en viktig del av oppfølgingen.

Det er en stor utfordring for primærhelsetjenesten å tilby adekvat oppfølging og behandling av psykiske lidelser, både når det gjelder faglighet og organisering av tjenesten – ikke minst i forhold til samhandling med det øvrige tjenestetilbudet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

I denne studien er vi opptatt av både faglige innhold og samhandling mellom tjenester. Målet med studien er å dokumenterer fastlegenes og det psykiske helsearbeidets involvering i ulike tiltak knyttet til utredning, oppfølging/ behandling av personer med henholdsvis en lettere eller en tyngre psykisk lidelse, tjenestenes samarbeid med hverandre, og med det psykiske helsevernet. Studien analyserer også hvilke forhold som har betydning for henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenesten, og hva de to tjenestene mener kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud.

1.1 Det psykiske helsearbeidet for voksne i kommunene

Når rapporten benytter begrepet 'det psykiske helsearbeidet', refereres det til alle organisatoriske varianter av slik virksomhet ute i kommunene. Ifølge Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, defineres psykisk helsearbeid som: tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Målet med det psykiske helsearbeidet overfor personer med psykiske lidelser er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv. Innsatsen skal være målrettet, faglig og samordnet, og fortrinnsvis i tråd med LEON prinsippet. I tillegg til å være individrettet, definerer veilederen det psykiske helsearbeidet i kommunene også som et kunnskaps- og praksisfelt, og som opplysningsarbeid o.a. for å motvirke stigmatisering og diskriminering.

Det psykiske helsearbeidet i kommunene er ulikt organisert. Det vanligste er å ha en egen tjeneste, med spesialisert personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. Ifølge data samlet inn av SINTEF Helse og NIBR var 2 av 3 kommuner organisert på denne måten i 2001. Tall fra ny innsamling i 2005 viser at denne såkalte "tjenestemodellen" ikke er så utbredt i dette utvalget (55 % av 283 kommuner). De øvrige kommunene har enten organisert psykisk helsearbeid i egen enhet (17 % i 2001, og 18 % i 2005), har ansvaret

plassert i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef (4 % i 2001, og det samme i 2005), eller har det integrert med andre tjenester (9 % i 2001, og 7 % i 2005).

Det psykiske helsearbeidet har gjerne flere ulike tjenesteområder: treffsteder, psykiatrisk sykepleietjeneste, og eventuelt flyktninghelseteam og fengselhelsetjeneste. Det legges gjerne vekt på at de ikke drives *behandling* av psykiske lidelser, men at tjenesten gjennom samspill og samarbeid gjør folk i stand til å mestre livet. Det gis for øvrig tilbud om individuell oppfølging, samtaler og personlig og praktisk veiledning.

I en studie under den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen fant vi at i de tilfellene man får oppfølging av det psykiske helsearbeidet er det gjerne den tjenesten som representerer kontinuiteten for pasientene ettersom kontakten med tjenesten er på en mer regelmessig basis enn kontakten med fastlegen (Ådnanes, Hatling, Grut, 2005). For eksempel er det ofte det psykiske helsearbeidet som tar ansvar for utarbeidelse av individuelle planer for pasienten.

Vi har allerede sett at det psykiske helsearbeidet kan ha veldig forskjellig organisering. Vi vet også at hvilket tilbud de gir varierer mye fra kommune til kommune. I nevnte studie om fastlegeordningen fant vi at det psykiske helsearbeidet kunne se seg som en støttefunksjon for fastlegens utførelse av sitt arbeid overfor pasienten, mens tilbudet andre steder hadde en høy faglig profil som minnet om spesialisthelsetjenestens tilbud. Vi fant også at fastlegene noen steder i stor grad stoler på denne tjenestens oppfølging av pasientene, og fungerer i enkelte tilfeller som formelle adressater for henvisninger til spesialisthelsetjenesten som i realiteten er formulert av fagperson i det psykiske helsearbeidet.

1.2 Fastlegens rolle overfor pasienter med en psykisk lidelse

Fastlegen har generelt et hovedansvar for diagnostikk og behandling i førstelinjetjenesten. En betydelig andel av fastlegens pasienter (mellom 10-20 %) har en psykisk lidelse. I en gjennomsnittlig allmennlegepraksis vil om lag 60 av pasientene ha en alvorlig depresjon, 30 vil ha en generalisert angst, 30 vil ha fobier og 12 vil ha panikkangst, 6-7 personer vil ha schizofreni, og noen flere vil ha en manisk-depressiv lidelse (Statusrapport fra Legeforeningen, 2004). Fastlegene henviser årlig 2-3 prosent av befolkningen til den psykiatriske spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr 23, 1996-97).

Fastlegens definerte og formelle rolle som koordinator og henviser (eller såkalt portåpner) er spesielt krevende i forhold til pasienter med en psykisk lidelse, ikke minst på grunn av en vanskelig tilgjengelig spesialisthelsetjeneste. Mens portåpnerrollen er mest brukt for å beskrive fastlegens rolle som kontrollør i forhold til videre henvisning til spesialisthelsetjenesten, reflekterer begrepet også en rolle som rådgiver og koordinator (Gulbrandsen, Førde og Aasland, 2002). Når det gjelder personer med psykiske lidelser, vil fastlegens utfordring i hovedsak innebære det å skaffe tilgang til spesialistbehandling for pasienten.

Fastlegens rolle som koordinator henger i hop med portvaktrollen, og innebærer at fastlegen først og fremst er en ansvarlig adresse i forhold til pasientens helse. For øvrig innebærer det at fastlegen har ansvar for at pasienten faktisk får det tilbudet som er mest egnet til enhver tid. Dette krever at fastlegen har oversikt over både pasientens tilstand og øvrige helsetjenesters tilbud. At fastlegen oppfyller sin koordinatorrolle er grunnleggende for å oppnå fastlegeordningens overordnede mål, nemlig god kontinuitet.

Tradisjonelt kommer psykiske lidelser langt ned på allmennlegens prioriteringsliste (Album, 2001, 1991). Til tross for en utvidet rolle, og mer definert ansvar, tyder forskning på at fastlegen har en begrenset rolle overfor personer med psykiske lidelser, og spesielt overfor personer med en alvorlig psykisk lidelse. Sørgaard m.fl. (2002) fant at det blant personer med schizofreni som bor i kommunene, kun er 17 prosent som hadde kontakt med fastlegen, mens nesten 80 prosent hadde kontakt med psykiater eller andre innen spesialisthelsetjenesten. For øvrig er dette til forskjell fra i England, som har hatt et

listepasientsystem over mye lengre tid, der 73 prosent av utvalget med samme lidelse var i kontakt med fastlegen (Lang et al., 1997). Studier i Storbritannia viser likevel at fastlegens rolle først og fremst er begrenset til behandling i forhold til somatiske lidelser, samt det å foreskrive medisiner for den psykiske lidelsen, mens leger flest tar forbehold mot ansvar for behandling utover dette tilbudet (Falloon et al., 1996; Bindman et al., 1997; Burns et al., 2000).

I tidligere studie av fastlegenes tilbud for personer med en alvorlig psykisk lidelse, fant vi at det i stor grad varierer hva fastlegene foretar seg, og i hvilken grad de involverer seg i pasienter med en alvorlig psykisk lidelse (Ådnanes m.fl., 2005). Rapporten konkluderer at fastlegeordningen i liten grad representerer noen endring for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. Studien tyder imidlertid på at i den grad det har vært endring, har disse vært positive. Likevel påpekes at mye gjenstår for å et mer pasientrettet tilbud, få til mer samarbeid, og å øke kompetansen om psykiske lidelser blant fastleger. Evalueringen tok for seg tilgjengelighet, kontinuitet, samarbeid med andre tjenester samt fastlegens kompetanse. Funnene vil kort oppsummeres under.

1.2.1 Tilgjengelighet og kontinuitet

Når det gjelder fastlegens tilgjengelighet til ordinær time og øyeblikkelig hjelp, konkluderte studien at tilgjengelighet til ordinær time og øyeblikkelig hjelp hos fastlegen var relativt bra, men at fastlegens tid og oppmerksomhet under selve konsultasjonen sjelden legger til rette for å kunne gå inn på psykiske problemer i vesentlig grad. Når pasientene vurderte tilgjengeligheten som så vidt god, må dette imidlertid sees på bakgrunn av at mange har avtale om regelmessige konsultasjoner, og/ eller avtale om å ta kontakt når de har behov.

Om lag halvparten av pasientinformantene i studien (totalt 26 informanter) hadde faste, og ofte hyppige konsultasjoner hos sin fastlege, eller avtale om å ta kontakt ved behov. Det var imidlertid uklart om de var fornøyd fordi dette var tilstrekkelig, eller om kontakt med andre helsetjenester kompenserte for kontakt med fastlegen. For pasienten var det ikke noe poeng med kontinuerlig oppfølging hos fastlegen dersom de ikke opplevde tilbudet som adekvat. For en del pasienter sto ikke fastlegens tilbud sentralt når det gjelder oppfølging av den psykiske helsen. I noen tilfeller kunne det oppstå "hull" i tjenestetilbudet, der ingen tok ansvar. Individuelle planer var langt fra godt nok utarbeidet.

Ikke minst varierte *innholdet* i oppfølgingen. Mens det vanlige var å følge opp pasientens fysiske helse, og den medisinske behandlingen av den psykiske lidelsen, la noen i tillegg vekt på samtalen med pasienten, enten med terapeutiske ambisjoner eller mer som rådgiver ift praktisk hverdag. Forskjellene her syntes først og fremst å henge i hop med fastlegens interesse og prioriteringer. Pasientenes ønske om å bli lyttet til ble i liten grad oppfylt, slik pasienten selv opplevde det.

1.2.2 Samarbeid

Om fastlegene skal lykkes i arbeidet med pasienter med psykiske lidelser er det en forutsetning med tverrfaglig samarbeid omkring den enkelte pasient, både over kommunens etatsgrenser og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr 23, 1996-97). Fastlegen må kunne føle seg trygge på at det spesialiserte psykiske helsevern støtter dem faglig, og overtar ansvaret hvis innleggelse blir uunngåelig.

Det er ikke tvil om at fastlegen gjennom fastlegeordningen er blitt en fast adresse for samarbeidspartnere, men det konstateres motstridende signaler på om fastlegene har tatt større del i tverrfaglig samarbeid. Det kan synes som at forventningene på dette området ikke er innfridd (NOU 2005:3).

I evaluering av fastleges tilbud til voksne personer med tyngre psykiske lidelser påpekes det at det varierer mye i hvilken grad fastlegen involverer seg i tverrfaglig samarbeid gjennom ansvarsgrupper og individuell plan, og også hvilken type kontakt fastlegen har med

spesialisthelsetjenesten. Denne kontakten kan gjerne være basert på uformelle kontakter som er knyttet til formaliserte forum for samarbeid. Videre påpeker evalueringen at mens målsettingen er bedre kontinuitet basert på mer interaksjon og bedre tverrfaglig samarbeid, synes det til dels å være preget av diskontinuitet – eller tilfeldig kontinuitet. Både fastlegene og spesialisthelsetjenesten må forholde seg til sine daglige oppgaver. Det er gjerne travelt, og samarbeid synes å bli nedprioritert. Mens fastlegen må forhold seg til *alle* pasientene sine, må spesialisthelsetjenesten forholde seg til sine ventelister.

1.2.3 Fastlegens kunnskap om psykiske lidelser

I tillegg til at pasienter med psykiske lidelser utgjør en relativt stor andel av pasientene til fastlegen, er spredningen mellom ulike typer tilstander og problemstillinger gjerne stor. Dette stiller krav til fastlegen om differensiert kompetanse. Fastlegers kunnskap, og dermed også hvilke behandlings- og oppfølgingsformer de benytter i forhold til denne gruppen er svært variabel. En studie gjennomført av NIFU (Arnesen, 2005) bekrefter forøvrig inntrykket av at leger opplever å ha lite kunnskap om psykisk helse fra grunnutdanningen. Det er grunn til å tro at for å utøve en kvalitativt tilfredsstillende jobb, vil mange fastleger trenge tilførsel av kompetanse.

I evalueringen av fastlegers tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser (Ådnanes m.fl., 2005), fant vi at pasientene ønsker at fastlegene både skal ha medisinskfaglig kompetanse, og ikke minst en relasjonskompetanse. Det var spesielt viktig for pasientgruppen å bli lyttet til. Når mange opplevde at fastlegen ikke tok seg til dette, justerte de også sine forventninger. For mange hadde fastlegen ingen sentral rolle i forhold til den psykiske helsen.

Fastlegene på sin side opplevde behov for økt kompetanse og veiledning på området, men var gjerne skeptisk til at spesialisthelsetjenesten kunne bistå dem. Mange mente spesialisthelsetjenesten manglet faglighet; leger og spesialister, og mange var skeptisk til den tverrfagligheten som ble praktisert inne det psykiske helsevernet. I de tilfellene der fastlegen kjenner andre leger eller spesialister innen det psykiske helsevernet, benyttes gjerne disse først og fremst. Rapporten konkluderer at mangel på kontinuitet i forholdet mellom fastleger og det psykiske helsevernet en utfordring, også når det gjelder kompetanseoppbygging. Rapporten foreslår at mer formaliserte samarbeidssystemer bør sikre at fastlegen slipper å være avhengig av å "kjenne noen" for å få faglig bistand. Videre at kompetanseutveksling, for å fungere i praksis, bør være tilpasset en travel hverdag, og at faglig bistandsyter fra det psykiske helsevernet bør ha høyere kompetanse enn fastlegen selv.

1.3 Problemstillinger

Det er store variasjoner mellom kommuners tjenestetilbud når det gjelder det psykiske helsearbeidet, og det er store variasjoner mellom fastlegers rolle overfor pasienter som har psykiske lidelser (Ådnanes m.fl., 2005).

Målet med denne studien er å kartlegge og evaluere tiltak som gjennomføres av henholdsvis fastlegen og det psykiske helsearbeidet, overfor voksne personer med lettere eller tyngre psykiske lidelser. Studien konsentreres om type tiltak, og grad av involvering knyttet til utredning, oppfølging og samarbeid om pasienter. Studien analyserer også forhold av betydning for henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenesten, og hva de to tjenestene mener kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud.

Studiens delmål:

1. Hva slags tiltak iverksettes av fastlegen når det gjelder utredning av pasienten, og i hvilken grad bistår psykisk helsearbeid fastlegen eller spesialisthelsetjenesten i utredning?

2. Hva slags tiltak iverksettes av henholdsvis fastlegen og psykisk helsearbeid overfor personer med psykiske lidelser når det gjelder oppfølging/ behandling av pasienten.
3. Hva er omfang og innhold i samarbeid mellom fastlegene og psykisk helsearbeid, og deres samarbeid med det psykiske helsevernet.
4. Hvilke forhold har betydning for henvisning av pasienter, sett fra begge tjenestenes ståsted?
5. Hva er pasientens nåværende, totale tilbud? (og skulle pasienten hatt et tilbud i spesialisthelsetjenesten?)
6. Fastlegen og psykisk helsearbeid sin *generelle* vurdering av hva som kan bedre kommunehelsetjenestens tilbud overfor denne pasientgruppen i forhold til egen og andres kompetanse, ansvar og samarbeid.

2 Metoder, utvalg og analyser

Studien baserer seg på en kartlegging av pasienter, og en spørreskjemaundersøkelse blant fastleger (delstudie A), og tilsvarende i tjenesten for det psykiske helsearbeidet i kommunen (delstudie B).

Designet som er valgt gir data både om fastlegens og det psykiske helsearbeidets faktiske tiltak overfor utvalgte pasienter (referert til som A1 og B1). Videre om de to tjenestenes generelle oppfatning av kommunehelsetjenestens totale tilbud til gruppen; på egen og den andre tjenestens ansvar og kompetanse overfor pasientgruppen (referert til som A2 og B2).

2.1 Fastlegestudien (Delstudie A)

2.1.1 Fastlegens tiltak for enkeltpasienter (A1)

Fastlegene har fylt ut et registreringskjema i forhold til to av sine pasienter som for tiden ikke har et tilbud i spesialisthelsetjenesten, hvorav en med en lettere og en med en tung psykiatrisk diagnose (spesifisere P-diagnose i fastlegenes diagnosesystem: ICPC-2, og eventuell diagnose i ICD-10, satt av spesialisthelsetjenesten). Fastlegene ble bedt om å velge pasienter som de nylig hadde vært i kontakt med, og registrere opplysninger om pasientens totale helsetjenestetilbud, fastlegens tiltak knyttet til utredning, henvisning og oppfølging av pasienten samt grad av samarbeid med øvrig kommunehelsetjeneste og det psykiske helsevernet.

Tema i kartleggingsundersøkelsen (A1)

1. Bakgrunnsinformasjon om fastlegen: alder, kjønn, listelengde og kommunestørrelse.
2. Registrering av (faktiske) tiltak overfor to utvalgte pasienter hvorav en med en lettere og en med en tyngre psykisk lidelse²:
 - Pasientens nåværende totale helsetjenestetilbud
 - Fastlegens tiltak ift utredning av pasienten (somatisk utredning, samtaler, innhenting av opplysninger, psykiatrisk diagnoseverktøy, beslutninger om medisiner)
 - Fastlegens tiltak ift oppfølging og behandling av pasienten (somatisk oppfølging, oppfølging av medisiner, samtaler, kognitive terapiteknikker)
 - Forhold som har hatt betydning for beslutning om å henvise (alvorlighetsgrad, pasientens eller pårørendes ønske, påtrykk fra andre instanser, mangelfullt tilbud i kommunen, egen mangelfull kompetanse etc.)
 - Tjenestens samarbeid om brukeren (deltagelse i tverrfaglig arbeid, arbeid i ansvarsgruppe og med individuell plan).
 - Fastlegens oppfatning av egen tid og kompetanse i forhold til arbeidet med denne pasienten, hvor mye de følges opp av det psykiske helsevernet og deres tiltro til psykisk helsearbeids oppfølging av pasienten.

² Fastlegen oppgir P-diagnose i ICPC-2 (KIHT, 2004), og eventuell ICD-10 diagnose gitt av spesialisthelsetjenesten.

2.1.2 Fastlegens oppfatning av kommunehelsetjenestens tilbud (A2)

I tillegg til kartlegging av to pasienter, har fastlegen svart på generelle spørsmål om ansvar, kompetanse og samarbeidsrutiner, og hva som kan bedre kommunens tilbud til pasientgruppen.

Tema i spørreskjemaundersøkelsen (A2)

- Oppfatning om eget ansvar og kompetanse overfor pasientgruppen
- Oppfatning om psykisk helsearbeids ansvar og kompetanse
- Tilfredshet med kommunehelsetjenestens samlede tilbud til pasienten
- Samarbeidsrutiner i forhold til psykisk helsearbeid
- Samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten
- Behovet for veiledning fra spesialisthelsetjenesten

2.2 Studien i psykisk helsearbeid (Delstudie B)

2.2.1 Det psykiske helsearbeidets tiltak for pasienter (B1)

Representant for psykisk helsearbeid i 125 kommuner ble bedt om å registrere tiltak de gjennomfører for 6 pasienter, henholdsvis 3 pasienter med lettere/ moderate lidelser og 3 med tyngre/ alvorlige lidelser. Man ble bedt om å velge pasienter som for tiden ikke har noe tilbud i spesialisthelsetjenesten, og som nylig hadde hatt kontakt. Spørsmålene om tiltak for pasienter hos det psykiske helsearbeidet var tilnærmet lik spørsmålene til fastlegene (A1).

Tema i kartleggingsundersøkelsen (B1)

1. Bakgrunnsinformasjon om tjenestens organisering, bemanning og personellsammensetning.
2. Registrering av tiltak overfor seks utvalgte pasienter hvorav tre med en lettere og tre med en tyngre psykisk lidelse:
 - Pasientens nåværende totale helsetjenestetilbud
 - Tiltak ift utredning og henvisning av pasienten (bistått fastlege og det psykiske helsevernet)
 - Forhold som har hatt betydning for beslutning om å henvise dersom tjenesten har bistått fastlegen ifm henvisning (alvorlighetsgrad, pasientens eller pårørendes ønske, påtrykk fra andre instanser, mangelfullt tilbud i kommunen, egen mangelfull kompetanse etc.)
 - Tjenestens samarbeid om brukeren (deltagelse i tverrfaglig arbeid, arbeid i ansvarsgruppe og med individuell plan).
 - Tjenestens egne tiltak ift oppfølging av pasienten (miljøarbeid, individuelle samtaler, kognitive terapiteknikker, kontakt med familie/pårørende etc.)
 - Tjenestens oppfatning om egen tid og kompetanse i forhold til arbeidet med denne pasienten, hvor mye de følges opp av det psykiske helsevernet og deres tiltro til øvrige helsetjenesters oppfølging av brukeren.

2.2.2 Det psykiske helsearbeidets oppfatning av kommunehelsetjenestens tilbud (B2)

Det psykiske helsearbeidet ble, som fastlegene, bedt om å vurdere kommunehelsetjenestens tilbud til pasienter generelt – tilnærmet likt spørsmålene i A2.

Tema i spørreskjemaundersøkelse (B2)

- Oppfatninger om egen rolle/ansvar i forhold til pasienter med psykisk lidelse
- Oppfatninger om øvrige helsetjenesters rolle/ ansvar i forhold til pasienten
- Tilfredshet med kommunehelsetjenestens samlede tilbud til pasienten (hva som er bra, og hva man kunne bli bedre på)
- Samarbeid med fastlegen (omfang og innhold)
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten (omfang og innhold)
- Opplevelse av egen kompetanse og fastlegens kompetanse.

2.3 Utvalg av fastleger, pasienter og kommuner

2.3.1 Fastlegeutvalget

Det ble sendt skjema til halvparten av landets totalt 3 793 fastleger. Det vil si 1887 stykker. Grunnen til at det ble sendt til halvparten (og ikke hele populasjonen) var at parallelt prosjekt om fastlegens tiltak for barn og unge sendte skjema til den andre halvparten. Dette for å unngå for stor belastning på den enkelte fastlege i forhold til å fylle ut skjema. Det ble sendt ut puring en gang, tre uker etter første utsendelse.

Adresseliste til samtlige av landets fastleger ble levert fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Vi fikk svar fra 487 fastleger, noe som utgjør en svarprosent på 27. Ettersom fastlegene har svart vedrørende to pasienter, utgjør pasientutvalget om lag det dobbelte. Den lave svarprosenten drøftes etter presentasjon av utvalgets representativitet i forhold til kjønn, alder, listelengde og størrelse på praksiskommune.

2.3.1.1 Representativitet i fastlegeutvalget

I framstillingen av representativitet i tabellen under sammenlignes utvalget av fastleger som har svart på spørreskjemaet med den totale fastlegepopulasjonen i landet. Tabellen på neste side viser fordelingen i forhold til kjønn, alder listelengde og kommunestørrelse for de fastlegene som har besvart spørreskjemaet, og for den totale fastlegepopulasjonen³ i landet.

³ Data om kjønn, alder, listelengde og kommunestørrelse for den totale fastlegepopulasjonen er hentet fra fastlegedatabasen og kommunedatabasen ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). NSD har foretatt uttrekk av data, men er ikke ansvarlig for analyse av dataene, eller for tolkninger som er gjort her.

Tabell 2.1 Fastleger i utvalget og fastleger totalt i landet fordelt etter kjønn, alder og listelengde (antall og prosentandeler)

	Utvalg i denne studien (N=487)		Total populasjon av fastleger (N=3 793)	
	Antall	Prosentandeler	Antall	Prosentandeler
Kjønn				
Menn	321	66	2608	69
Kvinner	132	27	1147	31
Ubesvart	34	7	-	-
Alder				
Under 30	6	1	44	1
30-39	54	11	791	21
40-49	141	29	1155	31
50-59	195	40	1340	36
Over 60	52	11	425	11
Ubesvart	39	8	-	-
Listelengde				
< 800	54	11	577	15
800-1199	124	26	1367	36
1200-1599	182	37	1316	35
1600-1999	44	9	417	11
> 2000	15	3	106	3
Ubesvart	68	14	-	-
Kommunestørrelse				
< 10 000 ⁴	121	25	1119	30
10 000-19 999	68	14	667	18
20 000-49 999	75	15	751	20
> 50 000	129	26	1246	33
Ubesvart	94	19	-	-
Totalt	487	100	3783	

Tabellen viser utvalgets fordeling når det gjelder: kjønn, alder, listelengde og kommunestørrelse sammenlignet med fordelingen blant alle landets fastleger.

⁴ Når det gjelder for kommunestørrelse brukt i denne studien, benyttes i tillegg tre kategorier under 10 000 innbyggere: under 1 999 innbyggere, 2 – 4 999 innbyggere, 5- 9 999 innbyggere

Kjønn

Av fastlegene i landet totalt er 69 % menn og 31 % kvinner. Fordelingen i utvalget er ikke veldig ulik, med 66 % menn og 27 % kvinner. Både blant kvinnelige og mannlige fastleger er det 12 % av den totale populasjonen som har svart.

Alder

Når det gjelder aldersfordelingen i utvalget, er heller ikke dette veldig ulikt fastlegepopulasjonens fordeling med unntak av gruppen mellom 30 og 39. I utvalget er denne gruppen representert med 11 % mens den i populasjonen er representert med 21 %.

Listelengde

Gjennomsnittlig listelengde i utvalget ligger litt over gjennomsnittet blant alle landets fastleger. I utvalget er gjennomsnittet på 1226 pasienter per lege, mens i hele populasjonen er gjennomsnittet på 1205 pasienter. Fastleger med listelengde mellom 800-1199 er noe overrepresentert i utvalget. I utvalget er denne gruppen representert med 36 % mens den i populasjonen er representert med 26 %.

Kommunestørrelse

Når det gjelder fastlegeutvalgets fordeling på ulike kommunegrupper viser siste del av tabellen at utvalget ikke skiller seg vesentlig fra populasjonen. Det er mange fastleger som ikke har svart på spørsmålet om kommunestørrelse (19 %). Fordelingen av leger (som har oppgitt kommunestørrelse) er relativt lik fordelingen fastleger totalt i landet. Videre representerer utvalget mellom 10 og 11 % av fastlegene i alle kommunegruppene.

2.4 Hvilke konsekvenser får den lave svarprosenten i fastlegeutvalget?

Fastlegeutvalget i denne studien har en god representasjon i forhold til kjønn, alder, listelengde og kommunestørrelse sett i forhold til den totale populasjonen av fastleger (jf tabellen over), men det er et problem at svarprosenten er såpass lav.

For å oppnå valide resultater som gir et godt grunnlag for generalisering kreves høy svarprosent. Dette for å unngå skjevheter i utvalget. Erfaringer fra undersøkelser og forskning (både i Norge og i andre land) viser at det er vanskelig å oppnå en tilfredsstillende svarprosent i spørreskjemaundersøkelser til leger. I en undersøkelse av Tjerbo, Kværner, Botten og Aasland (2005) med spørreskjema til hele fastlegepopulasjonen testes for øvrig hvilken effekt incentiver har for svarprosenten. I gruppen uten incentiver var svarandelen på 38. I gruppen som mottok flakslodd var svarandelen på 43 %. Man vet imidlertid ikke hva som karakteriserer den gruppen som representerer økningen i svarandelen.

I denne studien har vi vært bevisst problemet med lav svarprosent fra fastleger. Incentiver var uaktuelt, men vi informerte om at ferdig rapport ville bli tilgjengelig på SINTEF Helses hjemmeside. Det ble lagt vekt på å utforme et så enkelt skjema som mulig. I tillegg til noen få generelle spørsmål, utformet i selve brevet til fastlegen, var skjemaet for registrering av pasienter på to sider (ett ark). Likevel var det en kompleks datainnsamling i den forstand at det dreide seg om konkret informasjon om to pasienter. I mange tilfeller krevde nok dette at fastlegen måtte innom pasientens journal. Det er grunn til å anta at terskelen dermed var høyere enn om det utelukkende hadde vært snakk om generelle holdningsspørsmål. Akkurat dette aspektet ble for øvrig bekreftet i en parallell studie av fastlegens tiltak overfor barn og unge, ettersom datainnsamling om pasienter og datainnsamling vedrørende generelle holdningsspørsmål ble sendt ut til separate fastlegeutvalg (Andersson, 2006). Ikke minst kompleksiteten når det gjelder utfylling gjør det sannsynlig at en del av fastlegene som har svart er spesielt engasjert i pasienter med psykiske lidelser. Spørsmålet er hvilke konsekvenser dette har for resultatene i studien.

Gir studien et riktig bilde av fastlegenes rolle i forhold til personer med psykiske lidelser? I tillegg til utvalgets representativitet i forhold til populasjonen, har vi i denne studien ett spørsmål der det psykiske helsearbeidet svarer i hvilken grad de har tiltro til fastlegens grad

av oppfølging av enkeltpasienter, for tiden i kontakt med psykisk helsearbeid. For halvparten av sine brukere rapporterer det psykiske helsearbeidet at de i *stor* grad har tillit til fastlegens oppfølging, mens dette i *noen* grad gjelder for en tredjedel av brukerne (jf figur 4.7). Dette kan oppfattes som relativt stor grad av tiltro. Bildet er nok mer nyansert. Det psykiske helsearbeidet mener for eksempel at behovet for økt kompetanse og ansvar hos fastlegene (jf figur 4.8) er større enn det fastlegene selv mener (jf figur 3.8). I tidligere undersøkelser er samarbeidende tjenester relativt kritisk til fastlegenes innsats (Ådnanes m.fl., 2005 og Andersson og Tingvoll, 2005).

Det psykiske helsearbeidets tiltro til fastlegens oppfølging har forøvrig sammenheng med nivået på videreutdanning i psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleie i tjenesten (jf regresjonsanalyse i tabell v 9). Stor tiltro til fastlegen har sammenheng med lav andel videreutdanning i tjenesten. Vi vet ikke om kommuneutvalget er representativt når det gjelder andel ansatte med videreutdanning. Det psykiske helsearbeidets tiltro til fastlegenes oppfølging svekker i alle fall ikke inntrykket av fastlegenes egenrapporterte innsats.

Det kan ikke utelukkes at studien har en overrepresentasjon av leger som er spesielt engasjert i pasienter med psykiske lidelser. Dersom undersøkelsen har en slik utvalgskjevhet kan de foreliggende resultatene gi et noe overdimensjonert bilde av fastlegers grad av involvering i tiltak. I vurdering av funn må man ta høyde for dette inntil andre studier eventuelt bekrefter eller avkrefter funnene.

2.4.1 Pasientutvalgene

Studien har to separate pasientutvalg: fastlegenes pasienter og pasienter hos det psykiske helsearbeidet. Det sier seg selv at sistnevnte også har en fastlege, men studien har ikke identifisert pasienter i forhold til de to tjenestene. De to pasientutvalgene matcher ikke hverandre.

Fastlegene har fylt ut spørreskjema om to av sine pasienter med henholdsvis en lettere og en alvorlig psykisk lidelse (se mer om diagnoser under neste overskrift). Fastlegene ble bedt om å velge de to pasientene som sist hadde vært til konsultasjon.

Enhetene i det psykiske helsearbeidet har fylt ut spørreskjema om seks av sine brukere med henholdsvis en lettere og en alvorlig psykisk lidelse. De ble bedt om å velge de siste brukerne som hadde vært til konsultasjon ved enheten, og brukere som for tiden ikke hadde et tilbud i det psykiske helsevernet.

Tabellen under viser de to pasientutvalgene i forhold til kjønn, alder og varighet av psykisk lidelse.

Tabell 2.2 Pasientutvalget hos fastlegen, og hos det psykiske helsearbeidet

	Pasientutvalg hos fastlegene (N=962)		Pasientutvalg i psykisk helsearbeid (N=486)	
	Antall	Prosentandeler	Antall	Prosentandeler
Kjønn				
Menn	356	37	245	51
Kvinner	547	57	239	49
Ubesvart	59	6	2	
Alder				
Under 35	264	27	155	32
36-55	456	47	214	44
Over 56	175	18	113	23
Ubesvart	67	7	4	1
Varighet av psykisk lidelse				
Under 1 år	93	10	45	9
1-5 år	205	21	96	20
Over 5 år	483	50	340	70
Ubesvart	181	19	5	1
Totalt	962	100	486	100

I pasientutvalget hos fastlegene er det en høyere representasjon av kvinner enn menn mens det er nesten lik fordeling av menn og kvinner i utvalget pasienter ved psykisk helsearbeid.

I underkant av halvparten av pasientene hos begge tjenestene er mellom 36 og 55 år gamle. Psykisk helsearbeid har en litt større andel pasienter i sitt utvalg som er yngre enn 35 år, og litt flere pasienter over 56 år.

Når det gjelder varighet av psykisk lidelse ser vi at det er relativt stor forskjell mellom de to pasientutvalgene i kategorien pasienter som har vært syk over fem år. Psykisk helsearbeid har en vesentlig større andel av sine pasienter i denne kategorien enn tilfellet er for fastlegene (henholdsvis 70 og 50 % har vært syk i over fem år).

2.4.1.1 Diagnoser hos pasientene

Når det gjelder brukerne i det psykiske helsearbeidet, ble enhetene bedt om å kategorisere pasientene i forhold til om de hadde en lettere/ moderat eller en tyngre/ alvorlig psykisk lidelse. Dette var det nærmeste vi kunne komme en kategorisering i forhold til lidelse ettersom det ikke var gitt at det psykiske helsearbeidet hadde kjennskap til diagnosene fra henholdsvis fastlegen eller det psykiske helsevernet.

Når det gjelder fastlegenes pasienter, har fastlegene, i tillegg til kategoriseringen lettere versus tyngre, fylt ut pasientens P-diagnose i ICPC-2 (Den norske utgaven av den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten: Wonca, NSAM, Sosial- og helsedirektoratet og KIHT, 2004). De har også fylt ut ICD-10 diagnose, gitt av spesialisthelsetjenesten, der de har kjennskap til denne. Tabellen under viser fordelingen av P-diagnose i forhold til kategoriseringen lettere versus tyngre lidelser.

Tabell 2.3 P-diagnoser i ICPC-2 hos fastlegens pasienter (N=964)

Lettere/moderat psykisk lidelse	Antall	Tyngre/ alvorlig psykisk lidelse	Antall
P1 Følelse angst/nervøs/anspent	17	P1 Følelse angst/nervøs/anspent	2
P2 Psykisk ubalanse situasjonsbet	8	P2 Psykisk ubalanse situasjonsbet	1
P3 Depresjonsfølelse	24	P3 Depresjonsfølelse	5
P4 Irritabel atferd/følelse	1	P4 Irritabel atferd/følelse	-
P5 Senilitet, atferd/følelse gammel	1	P5 Senilitet, atferd/følelse gammel	-
P9 Seksuell legning bekymret for	1	P9 Seksuell legning bekymret for	-
P10 Stammering/stotring/tics	1	P10 Stammering/stotring/tics	-
P15 Kronisk alkoholmisbruk	1	P15 Kronisk alkoholmisbruk	1
P18 Legemiddelmisbruk	1	P18 Legemiddelmisbruk	1
P19 Stoffmisbruk	-	P19 Stoffmisbruk	1
P22 Atferdsforstyrrelse	-	P22 Atferdsforstyrrelse	1
P29 Psykiske symptomer/plager	4	P29 Psykiske symptomer/plager	4
P70 Demens	-	P70 Demens	4
P71 Organisk psykisk lidelse	1	P71 Organisk psykisk lidelse	3
P72 Schizofreni	-	P72 Schizofreni	113
P73 Affektiv lidelse	15	P73 Affektiv lidelse	59
P74 Angstlidelse	80	P74 Angstlidelse	36
P75 Dissosiativ	2	P75 Dissosiativ	1
P76 Depressiv lidelse	219	P76 Depressiv lidelse	104
P78 Nevrasteni	4	P78 Nevrasteni	1
P79 Fobi/obsessiv-kompulsiv lidelse	10	P79 Fobi/obsessiv-kompulsiv lidelse	7
P80 Personlighetsforstyrrelse	7	P80 Personlighetsforstyrrelse	20
P81 Hyperkinetisk forstyrrelse	5	P81 Hyperkinetisk forstyrrelse	4
P82 Posttraumatisk stresslidelse	1	P82 Posttraumatisk stresslidelse	3
P85 Psykisk utviklingshemming	1	P85 Psykisk utviklingshemming	1
P86 Anorexia nervosa/bulemi	1	P86 Anorexia nervosa/bulemi	3
P98 Psykose	-	P98 Psykose	31
P99 Psykisk lidelse	6	P99 Psykisk lidelse	12
Ubesvart	63	Ubesvart	72
Totalt	477	Totalt	481

Innen kategorien lettere/moderate lidelser, har halvparten av pasientene en depressiv lidelse, enten definert som P76 eller P3 i ICPC-2. Videre har om lag 20 % innen kategorien lettere lidelser en angstlidelse, de fleste av disse definert som P74, og en liten del definert som P1. For øvrig har fastlegene inkludert de fleste P-diagnosene innen kategorien lettere lidelser, men med få pasienter representert i flere av disse.

Innen de tyngre lidelsene er det P72 Schizofreni og P76 Depressiv lidelse som i størst grad er representert. Til sammen utgjør disse 44 % av pasientene med en tyngre lidelse. For øvrig har 12 % av pasientene en P73 diagnose; affektiv lidelse, 6 % har en personlighetsforstyrrelse, og 4 % har en psykose.

2.4.2 Utvalg av kommunale tjenester for psykisk helsearbeid

Det ble trukket et strategisk utvalg på 125 kommuner basert på inndelingen til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, der kommuner er delt i tre grupper: små (under 3 000 innbyggere), mellomstore (3-9 000) og store (over 9 000). Denne inndelingen baserer seg på variasjoner i kostnader ved kommunal tjenesteproduksjon (Fimreite, 2000). Denne fordelingen er splittet opp i flere grupper av kommuner. Kommuneutvalget og kommuner totalt er presentert i tabellen under.

Tabell 2.4 Kommuner i utvalget, og kommuner totalt.

	Utvalg av kommuner		Kommuner totalt	
	Antall	Prosentandeler	Antall	Prosentandeler
< 1 999	14	17	96	22
2 000-4 999	31	37	14	34
5 000-9 999	16	19	91	21
10 000-19 999	8	10	57	13
20 000-49 999	12	15	34	8
> 50 000	2	2	10	2
Totalt	83	100	434	100

Av de 125 kommunene som fikk tilsendt spørreskjema var det 83 som svarte. Dette utgjør en svarprosent på 66. For øvrig er fordelingen av de kommunene som har svart ikke vesentlig avvikende fra fordelingen i populasjonen. Det største avviket finner vi i kommuner mellom 20-49 999 innbyggere hvor utvalget har en overrepresentasjon på 7 % i forhold til denne kategorien av kommuner.

Tabell 2.5 Organisering av det psykiske helsearbeidet i kommuneutvalget (N=83).

	Antall	Prosent
Enhetsmodell: Egen enhet på linje med kommunens øvrige (som pleie og omsorg etc)	14	17
Tjenestemodell: Egen tjeneste for psykisk helsearbeid med spesialisert personell som jobber bare med psykisk helsearbeid	55	66
Stabsmodell: Ansvar for psykisk helsearbeid ligger til stab hos rådmann/helse- og sosialsjef	5	6
Integrert modell: Psykisk helsearbeid ivaretas av ansatte innen ulike kommunale tjenester	8	10
Ubesvart	1	1
Total	82	100

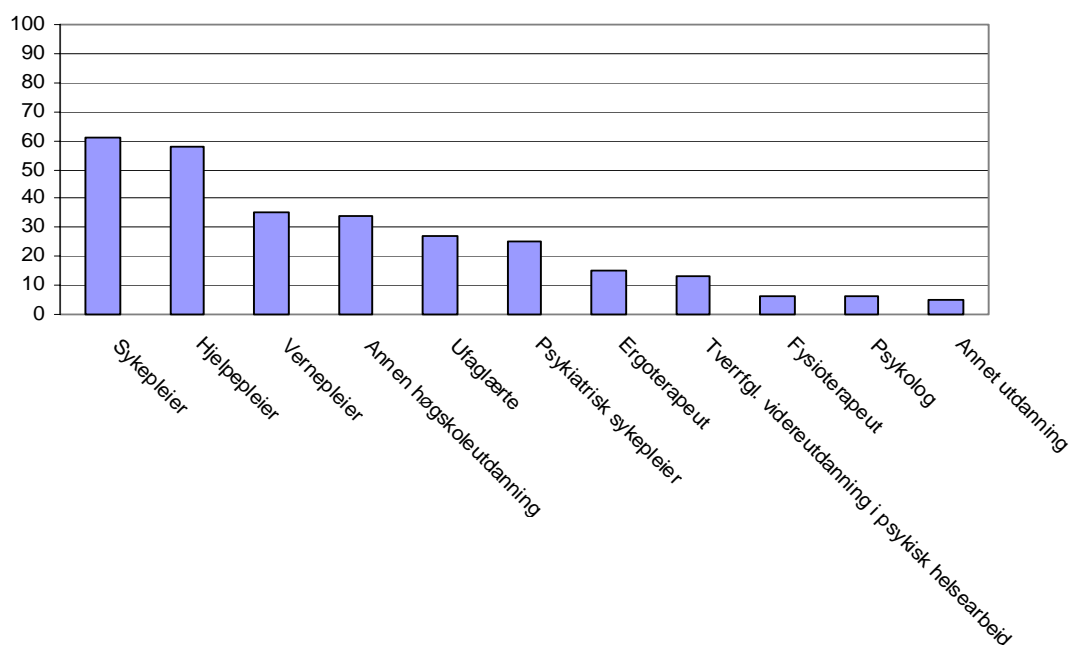
De fleste kommunene har organisert sitt psykiske helsearbeid i en egen psykiatritjeneste plassert innen annen kommunal tjeneste. Videre er det 14 kommuner (17 %) som har en egen enhet for psykisk helsearbeid på linje med kommunens øvrige hovedtjenesteområde. 10 % av kommunene har et psykisk helsearbeid som ivaretas av ansatte innen ulike

kommunale tjenester, og kun 5 av kommunene har ansvaret plassert i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef.

Fordelingen av type organiseringsmåter i kommuneutvalget er tilnærmet likt fordelingen i en større kommuneundersøkelse som har samme spørsmål om organisering (jf punkt 1.1 innledningsvis i rapporten)

2.4.2.1 Yrkesgrupper representert i det psykiske helsearbeidet

Figur 2.1 Yrkesgrupper representert i det psykiske helsearbeidet. Antall kommuner som har yrkesgruppen. (N=83).



Figuren viser at sykepleiere (uten spesifikk videreutdanning) sammen med hjelpepleierne er de gruppene som i størst grad er representert i det psykiske helsearbeidet. Omlag 60 av de 83 kommunene har en eller flere i sin tjeneste. Dernest følger vernepleiere og andre med annen høgskoleutdanning som er representert i henholdsvis 35 og 34 av kommunene. Ufaglærte er representert i 27 av kommunene. Det er 15 av de 83 kommunene som har ergoterapeut, men kun 13 av kommunene som har personer ansatt med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Kun seks av kommunene har henholdsvis psykolog og fysioterapeut.

2.5 Multivariate analyser av data

Det ble foretatt regresjonsanalyser for å identifisere sammenhenger mellom en rekke avhengige variabler og kjennetegn ved pasientene, fastlegene, og det psykiske helsearbeidet og størrelsen på kommunene. De uavhengige og avhengige variablene i regresjonsanalysene gjennomgås under.

De avhengige variablene i regresjonsanalysene består av ordinale kategorier, det vil si kategorier som lar seg rangere, men vi vet ikke avstanden mellom hver kategori. I de multivariate analysene har vi derfor benyttet en ordnet logistisk regresjon (Long and Freese, 2003). I regresjonsanalysene viser vi effektene av de enkelte variablene som odds ratio. Når

odds ratioen er lik 1, er det ingen effekt av den uavhengige variabelen. I en ordnet logistisk regresjon vil odds ratio angi hvor mye oddsen for å flytte ett punkt høyere på ordinalskalaen endrer seg med en enhets endring i den uavhengige variabelen.

Fastlegene har registrert opplysninger om to pasienter hver, mens man fra kommunene har registrert opplysninger om 6 brukere hver. Pasientopplysningene er derfor ikke uavhengige observasjoner. Man må for eksempel anta at hver lege har en tendens til å svare mer likt for sine pasienter, enn for pasienter mellom leger. Det vil igjen si at en av forutsetningene ved vanlig signifikanstesting er brutt. Vi har derfor korrigert standardfeilestimatene i regresjonsanalysene for eventuelle klyngeeffekter, og det er av den grunn mulig å feste lit til signifikanstestene.

2.5.1 Presentasjon av innhold/ målenivå i regresjoner vedrørende fastlegene

Tabell 2.6 Presentasjon av uavhengige variable som inngår i regresjonsanalysene vedrørende fastlegene

Uavhengige variable		Referanse kategorier
Pasientens kjønn	Kvinne	Mann
Pasientens alder	< 35 år 36-55 år > 56 år	*
Alvorlighetsgrad psykisk lidelse	Alvorlig / tyngre ⁵	Moderat/ lettere
Varighet psykisk lidelse	< 1 år 1-5 år > 5 år	*
Fastlegens kjønn	Kvinne	Mann
Fastlegens alder	< 40 år 30-39 år 40-49 år 50-59 år > 59 år	*
Fastlegens listelengde	Tall listelengde	
Kommunestørrelse legepraksis	< 1 999 innbyggere 2 000 - 4 999 innbyggere 5 - 9 999 innbyggere 10 - 19 999 innbyggere 20 - 49 999 innbyggere > 50 000 innbyggere	* *

*= referanse kategorier for de øvrige gruppene

Når det gjelder de uavhengige variablene i regresjonsanalysene er alle såkalt dikotome variabler (skårer 0-1).

Tabellen under presenterer de avhengige variablene i regresjonsanalysene, henholdsvis: fastlegens utredning, oppfølging og samarbeid samt egen opplevelse av tid og kompetanse.

⁵ Se fordeling av P-diagnoser ifølge ICPC-2 under metoddelen.

Tabell 2.7 Presentasjon av avhengige variable som inngår i regresjonsanalysene om fastlegens involvering

Avhengige variable	Nivå/verdi
Fastlegens utredning av pasient	Sum skår for fire spørsmål om i hvilken grad fastlegens utredning har omfattet (Indeksens reliabilitet ble målt til $\alpha=.55$): somatisk utredning i tilknytning til psykisk lidelse, samtaler med pasienten om den psykiske lidelsen, anvendelse av psykiatrisk diagnoseverktøy, beslutning om pasientens medisinbehov
Fastlegens oppfølging av pasient	Sum skåre for fire spørsmål om i hvilken grad fastlegens oppfølging har omfattet (Indeksens reliabilitet ble målt til $\alpha=.87$): oppfølging av somatiske problemer tilknyttet psykisk lidelse, vurderer endring av medisiner (dosering eller type medisin), samtaler med pasienten om den psykiske lidelsen, bruk av kognitive terapiteknikker
Fastlegens samarbeid med øvrige tjenester om pasient	Sum skåre for fem spørsmål om i hvilken grad fastlegens samarbeid har omfattet: deltakelse på ansvarsgruppemøter om pasienten, deltakelse i gjennomføring av individuell plan for pasienten, deltakelse i annet tverrfaglig samarbeid om pasienten, informasjonsutveksling med kommunale tjenester, informasjonsutveksling med det psykiske helsevernet
Årsaker til fastlegens henvisning - Brukerens ønske - Pårørendes ønske - Påtrykk fra andre instanser - Tiltak utprøvd uten effekt - Manglende tilbud i kommunen - Vår enhets manglende kompetanse i saken - Fastlegens manglende kompetanse i saken - Et godt behandlingstilbud i det psykiske helsevernet	Alle har skala fra 1-4 ⁶
Fastlegens tid	Skala fra 1-4: 1=ikke i det hele tatt, 2=i mindre grad, 3=i noen grad, 4=i stor grad
Fastlegens kompetanse	Samme som over

Alle de tre avhengige variablene i regresjonsanalysene er sum skårer⁷ av en rekke enkeltspørsmål om henholdsvis: utredning, oppfølging og samarbeid.

Når det gjelder regresjoner vedrørende årsaker til henvisning, samt fastlegens opplevelse av tid og kompetanse til oppfølging av pasienten benyttes opprinnelig, kontinuerlig variabler, med skåring fra 1=ikke i det hele tatt - 4=i stor grad.

⁶ 1=ikke i det hele tatt, 2=i mindre grad, 3=i noen grad, 4=i stor grad

⁷ Sum skår av skåre på hvert spørsmål med følgende skåring: 1=ikke i det hele tatt, 2=i mindre grad, 3=i noen grad, 4=i stor grad

2.5.2 Presentasjon av innhold/ målenivå i regresjoner vedrørende psykisk helsearbeid

Tabell 2.8 Presentasjon av uavhengige variabler som inngår i regresjonsanalysene vedrørende psykisk helsearbeid

Uavhengige variable		Referanse kategorier
Pasientens kjønn	Kvinne	Mann
Pasientens alder	< 35 år 36-55 år > 56 år	*
Alvorlighetsgrad psykisk lidelse	Alvorlig / tyngre ⁸	Moderat/ lettere
Varighet psykisk lidelse	< 1 år 1-5 år > 5 år	*
Organisering av psykisk helsearbeid	Enhetsmodell Tjenestemodell Stabsmodell Integrert modell	*
Andel ansatte med videreutdanning i psyk. helsearbeid eller psyk.sykepleie		
Kommunestørrelse legepraksis	< 1 999 innbyggere 2 000 - 4 999 innbyggere 5 - 9 999 innbyggere 10 - 19 999 innbyggere 20 - 49 999 innbyggere > 50 000 innbyggere	* *

*= referansegrunnlag for de øvrige gruppene

Når det gjelder de uavhengige variablene i regresjonsanalysene er alle, med unntak av de to siste, såkalt dikotome variabler (skårer 0-1). De to siste variablene; Tid og kompetanse tilgjengelig og er kontinuerlige variabler med skåring fra 1: ikke i det hele tatt, 2: i mindre grad, 3: i noen grad, 4: i stor grad.

⁸ Se fordeling av P-diagnoser ifølge ICPC-2 under metoddelen.

Tabellen under presenterer de avhengige variablene i regresjonsanalysene, henholdsvis: psykisk helsearbeids involvering i utredning, oppfølging og samarbeid om pasientene.

Tabell 2.9 Presentasjon av avhengige variable som inngår i regresjonsanalyser vedrørende psykisk helsearbeid

Avhengige variable	Nivå/verdi
Psykisk helsearbeids involvering i utredning av pasient: - Bistått fastlegen i utredning - Bistått psykisk helsearbeid i utredning - Bistått fastlegen ifm henvisning til det psykiske helsevernet	Alle har skala fra 1-4: 1=ikke i det hele tatt, 2=i mindre grad, 3=i noen grad, 4=i stor grad
Psykisk helsearbeids oppfølging av pasient	Sum skåre ⁹ for ti spørsmål om ulike tiltak i det psykiske helsearbeidets oppfølging av pasient: følger med på brukerens sykdomsutvikling, miljøarbeid/boveiledning/bistand ifm dagliglivets gjøremål, individuelle samtaler/ støttesamtaler, samtaler i grupper, annet (terapeutisk) gruppetilbud/mestringstiltak, brukt kognitive terapiteknikker, gjennomført fysioterapi, arbeidet med familie/pårørende, arbeidet med brukerens nettverk (nettverksmetode), gjort innspill for å få endret medisiner/dosering
Psykisk helsearbeids samarbeid med øvrige tjenester om pasient	Sum skåre ¹⁰ for fem spørsmål om i hvilken grad det psykiske helsearbeidets samarbeid med andre har omfattet: deltakelse på ansvarsgruppemøter vedr brukeren, deltar i utarbeidelse av individuell plan for brukeren, deltar i annet tverrfaglig samarbeid om brukeren, informasjonsutveksling med fastlege, informasjonsutveksling med det psykiske helsevernet
Dersom psykisk helsearbeid har bistått fastlegen ifm henvisning: hvilke faktorer hadde betydning for beslutning om å henvise: - Brukerens ønske - Pårørendes ønske - Påtrykk fra andre instanser - Tiltak utprøvd uten effekt - Manglende tilbud i kommunen - Vår enhets manglende kompetanse i saken - Fastlegens manglende kompetanse i saken - Et godt behandlingstilbud i det psykiske helsevernet	Alle har skala: 1=ikke i det hele tatt, 2=i mindre grad, 3=i noen grad, 4=i stor grad
Tid tilgjengelig i psykisk helsearbeid	Skala fra 1-4 som over
Kompetanse tilgjengelig i psykisk helsearbeid	Skala fra 1-4 som over

⁹ Indeksens reliabilitet ble målt til $\alpha=.63$.

¹⁰ Indeksens reliabilitet ble målt til $\alpha=.82$.

3 Fastlegens tilbud til pasienter med psykiske lidelser

Dette kapitlet tar for seg fastlegens involvering i tiltak knyttet til utredning og oppfølging av pasienter, og fastlegens samarbeid med øvrige involverte helsetjenester. Deretter analyseres hvilke forhold som har hatt betydning for henvisning av pasient. Videre ser kapitlet på fastlegens vurdering av pasientens nåværende tilbud i kommunehelsetjenesten, og tiltro til at pasienten fikk et tilbud i kommunen eller i det psykiske helsevernet ved behov. Til slutt tar kapitlet opp fastlegenes generelle holdninger til hva som kan bedre tjenestetilbudet (ikke knyttet til en konkret pasient).

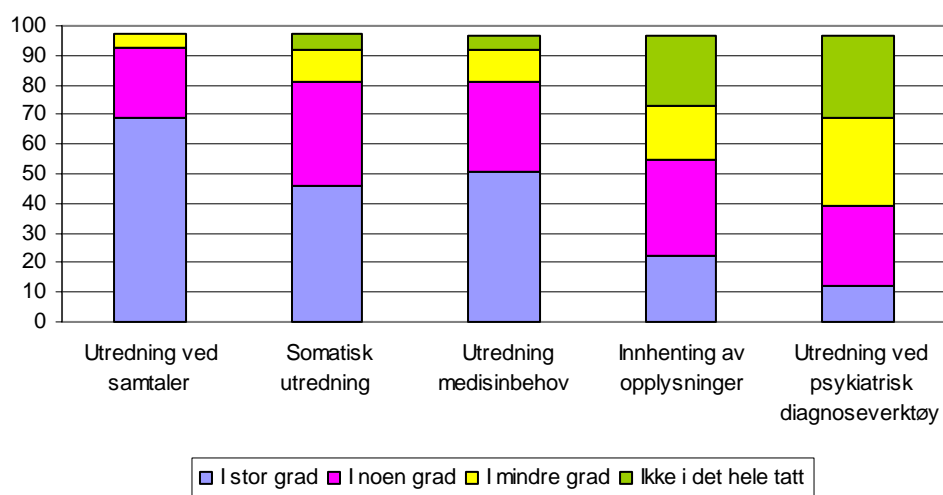
Under hvert tema presenteres frekvenser, vist i figurer og multivariate analyser der vi ser på sammenhenger mellom avhengig variabel (det som måles) og kjennetegn ved fastlegen (kjønn, alder og listelengde), kjennetegn ved pasienten (kjønn, alder, lidelse, varighet av lidelse) eller om størrelse på kommunen har betydning.

3.1 Fastlegens utredning, oppfølging og samarbeid om pasienter

3.1.1 Fastlegens tiltak for utredning av pasienten

Fastlegene ble spurt om i hvilken grad utredning av pasienten hadde omfattet: somatisk utredning, samtaler, innhenting av opplysninger fra samarbeidspartnere, anvendelse av psykiatrisk diagnoseverktøy, og beslutning om pasientens medisinbehov.

Figur 3.1 Fastlegens utredning av pasientens psykiske helsetilstand (N=964).



Fastlegene utreder den psykiske lidelsen først og fremst gjennom samtaler med pasienten. For 90 % av pasientene oppgir fastlegene at de i stor, eller noen grad utreder ved samtaler. Utredning ved samtaler benyttes i større grad overfor pasienter med lettere lidelser ($X^2=54$, $p<.001$).

Både somatisk utredning og beslutning om medisinbehov foretas i stor/ noen grad i forhold til 80 % av pasientene. Det er ingen forskjeller mellom lettere og alvorlig psykisk syke pasienter når det gjelder somatisk utredning, men når det gjelder beslutning om medisinbehov gjøres dette i større grad overfor pasienter med en tyngre psykisk lidelse ($X^2=122$, $p<.001$).

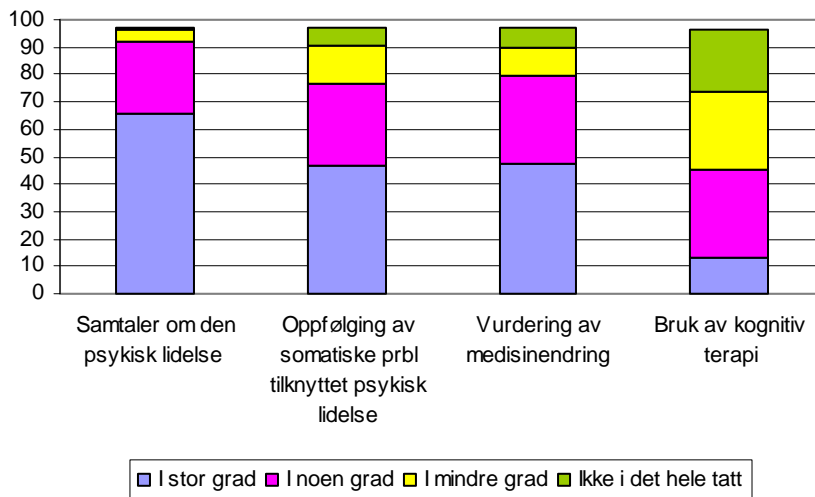
For over halvparten av pasientene innhenter fastlegen opplysninger fra samarbeidspartnere i stor- eller noen grad. Dette gjøres i større grad overfor pasienter med en tyngre psykiske lidelser ($X^2=122$, $p<.001$).

Det er ikke så vanlig å benytte psykiatrisk diagnoseverktøy blant fastlegene. De oppgir at de har benyttet dette i stor grad overfor ti prosent av pasientene, i noen grad overfor om lag 30 % av dem, og i større grad overfor personer med en lettere lidelser ($X^2=25$, $p<.001$).

3.1.2 Fastlegens involvering i tiltak for oppfølging av pasientens psykiske lidelse

Fastlegen ble videre spurt om *oppfølging* av pasientene – i hvilken grad han eller hun legger vekt på oppfølging av somatiske problemer tilknyttet den psykiske lidelsen, vurderer endring av medisiner (dosering eller type medisin), og i hvilken grad fastlegen følger opp med samtaler eller bruk av kognitive terapiteknikker.

Figur 3.2 Fastlegens oppfølging av pasientenes psykiske lidelser (N=964)



De fleste fastlegene oppgir at pasienten følges opp gjennom samtaler om den psykiske lidelsen. Som ved utredning av psykisk lidelse gjelder dette i større grad overfor de med en lettere lidelse ($X^2=55$, $p<.001$).

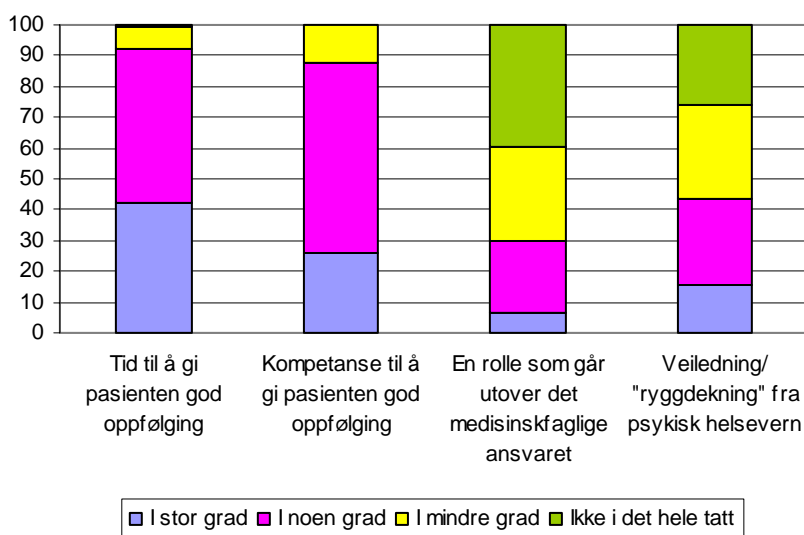
Om lag 80 % av pasientene har i stor eller noen grad mottatt oppfølging av somatiske problemer, og vurdering av medisinendring. Medisinsk og somatisk oppfølging omfatter alvorlig syke pasienter i større grad enn personer med lettere lidelser. Forskjellene er størst når det gjelder medisinoppfølging ($X^2=21$, $p<.001$).

Kognitiv terapi benyttes i stor grad overfor 13 % av pasientene, og i noen grad overfor vel 30 %. Dette gjelder i større grad overfor pasienter med lettere lidelse ($X^2=39$, $p<.001$).

3.1.2.1 Fastlegens oppfatning av en rekke forutsetninger for å gi god oppfølging

Fastlegene ble spurt om hvilken oppfatning de hadde av egen tid og kompetanse til å gi pasienten god oppfølging. Videre om de hadde en rolle som gikk utover det medisinskfaglige ansvaret, og om de opplevde å ha ryggdekning fra det psykiske helsevernet vedrørende pasienten.

Figur 3.3 Fastlegens tid, kompetanse og rolle i oppfølging av pasienter (N=964)



Fastlegene oppgir at de i stor eller noen grad har tid og kompetanse til å gi god oppfølging til om lag 90 % av pasientene. Det er imidlertid en relativt stor andel som oppgir at dette gjelder i "noen" grad. Relativt få opplever at de i stor grad har kompetanse. Det er svært få fastleger som opplever at deres rolle går utover det medisinskfaglige ansvaret for pasientene. Fastlegene oppgir at de i stor grad opplever å ha ryggdekning for 15 % av pasientene, og i noen grad for 30 % av pasientene.

Faktorer assosiert med sentrale forutsetninger for god oppfølging av pasienter

Fastlegene mener at de har relativt god tid til å gi pasientene god oppfølging (jf figuren over). Regresjonsanalyser (jf tabell v 2) bekrefter at dette først og fremst dreier seg om fastleger med *kortere* lister. Vi skal senere i rapporten se at listelengde er positivt korrelert med *faktisk* oppfølging, men kun når vi korrigerer for fastlegens opplevelse av å ha nok tid til oppfølging. Dette forholdet kommer vi tilbake til under presentasjon av fastlegens oppfølging.

Når det gjelder kompetanse til å gi pasientene god oppfølging, opplever fastleger i stor grad at de har det, først og fremst i forhold til lettere lidelser.

Når fastlegen mottar veiledning fra spesialisthelsetjenesten, er dette først og fremst i forhold til personer med tyngre lidelser. Det gjelder i større grad i forhold til de yngste pasientene enn det dreier seg om de eldste (over 56 år), og mer i forhold til pasienter som har vært syk mellom 1-5 år enn de som har vært syk en kortere periode. Det er interessant at fastleger i større praksiskommuner opplever mindre ryggdekning fra spesialisthelsetjenesten. Vi vet imidlertid ikke om dette er en egenskap ved spesialisthelsetjenesten eller om behovene er forskjellige i større kommuner.

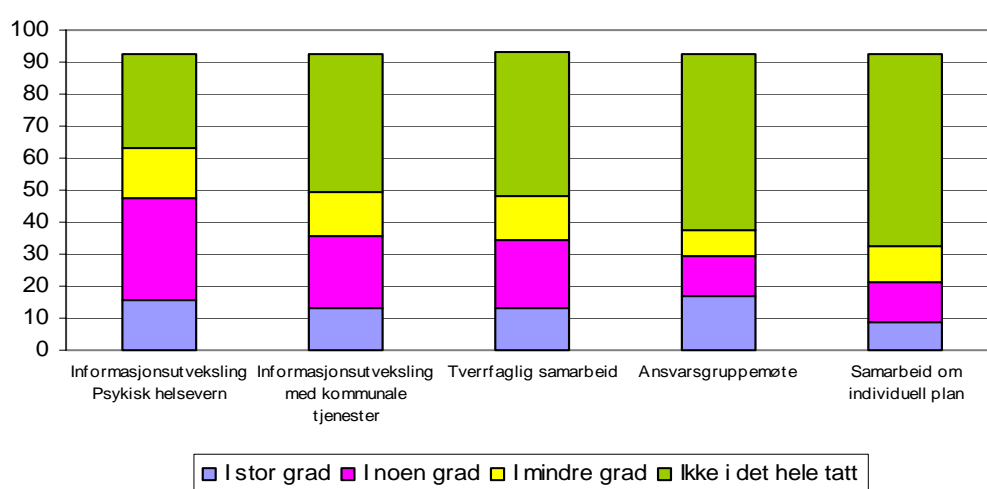
Fastlegen opplever å ha en rolle som går utover det medisinskfaglige ansvaret i større grad overfor pasienter med tyngre lidelser, og pasienter som har vært syk i over 5 år. Leger

mellom 50 og 59 år opplever i mindre grad at de har en slik rolle enn tilfellet er blant leger under 40 år. Fastleger i kommuner med over 50 000 innbyggere opplever i mindre grad enn fastleger i de minste kommunene (under 5 000 innbyggere) at deres rolle går utover det medisinskfaglige.

3.1.3 Fastlegens samarbeid med øvrige tjenester

Fastlegen ble spurt om i hvilken grad det foregikk samarbeid med kommunale tjenester eller det psykiske helsevernet om pasienten i form av: deltakelse på ansvarsgruppemøter, deltakelse i gjennomføring av individuell plan, deltakelse i annet tverrfaglig samarbeid, informasjonsutveksling med kommunale tjenester og med det psykiske helsevernet.

Figur 3.4 Fastlegens samarbeid med andre tjenester (N=964)



Fastlegene oppgir mest samarbeid gjennom informasjonsutveksling med det psykiske helsevernet. For om lag halvparten av pasientene foregår informasjonsutveksling i stor eller noen grad. For om lag en tredjedel av pasientene foregår det informasjonsutveksling med kommunale tjenester eller annet tverrfaglig samarbeid, også her i større grad om pasienter med tyngre lidelser ($X^2=114$, $p<.001$ og $X^2=80$, $p<.001$).

Noe færre pasienter omfattes av samarbeid gjennom ansvarsgruppemøte eller individuell plan. Kun henholdsvis 30 og 20 % av pasientene omfattes av slikt samarbeid, og i større grad foregår dette overfor pasienter med alvorlige lidelser enn pasienter med lettere lidelser ($X^2=77$, $p<.001$ og $X^2=70$, $p<.001$).

3.1.4 Faktorer som har sammenheng med fastlegens grad av utredning, oppfølging og samarbeid

Fastlegene rapporterer større grad av *utredning* av kvinnelige enn av mannlige pasienter, og av pasienter mellom 35 og 55 år i større grad enn yngre pasienter, og utreder personer med lettere lidelser i større grad enn de med tyngre lidelser (jf tabell v 1).

Også når det gjelder *oppfølging* av pasienter, er fastlegene mer involvert i pasienter med en lettere lidelse enn de med en tyngre lidelse. Vi har tidligere sett at listelengde var negativt korrelert med fastlegens oppfatning av tid tilgjengelig til å gi god oppfølging (jf tabell v 2). Når det gjelder *faktisk* oppfølging finner vi derimot at listelengde er positivt korrelert – vel og merke når vi har korrigert for fastlegens *opplevelse* av å ha nok tid til oppfølging. Her kan vi

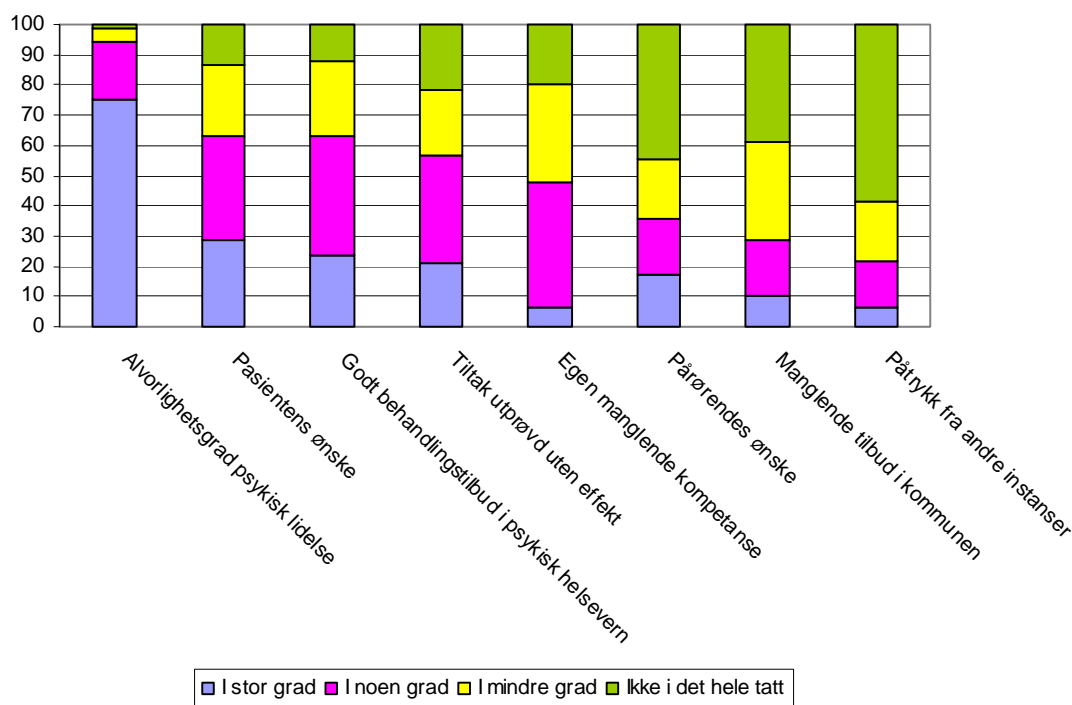
ikke se bort fra at vi med listelengde måler egenskaper ved legene, snarere enn arbeidsmengde og organisering i kjølvannet av listelengden. Det er godt mulig, og kanskje også trolig, at listelengde henger sammen med den enkelte leges evne og vilje til å følge opp pasientene sine. Man kan derfor tenke seg at de legene som er de beste til å gi god oppfølging får flest pasienter på lista si, som igjen gjør at de får mindre tid, og som igjen påvirker oppfølgingen av pasientene.

Videre rapporterer fastlegene større grad av samarbeid om pasienter med tyngre lidelser enn om de med lettere lidelser, og i større grad om pasienter under 36 år. Fastleger med legepraksis i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere samarbeider mer om sine pasienter sammenlignet med fastleger i større kommuner. Sammenhengen mellom samarbeid og kommunestørrelse er for øvrig lineært, med minst samarbeid i de største kommunene.

3.2 Fastlegens henvisning av pasienter til det psykiske helsevernet

Dersom fastlegen på et tidspunkt har henvist pasienter som er registrert i denne kartleggingen, til det psykiske helsevernet, ble det stilt spørsmål om hva som hadde betydning for beslutningen om å henvise (siste gangen). Tabellen under viser betydningen av alvorlighetsgrad av psykisk lidelse, pasientens og pårørende ønske om henvisning samt påtrykk fra andre instanser.

Figur 3.5 Årsaker til fastlegens henvisning til Det psykiske helsevernet (N=725)



Det er først og fremst alvorlighetsgraden av den psykiske lidelsen som har vært årsaken ved de fleste henvisninger fra fastlegen til det psykiske helsevernet. Pasientens ønske om å få behandling i det psykiske helsevernet har også hatt relativt stor betydning for fastlegens henvisning. For over 60 % av pasientutvalget oppgir fastlegen at dette enten i stor eller i noen grad har påvirket henvisning. Fastlegen tillegger et godt behandlingstilbud i det psykiske helsevernet betydning for henvisning. For vel 60 % av henvisningene har en slik vurdering i stor eller noen grad hatt betydning. Ved i underkant av 60 % av henvisningene

har det betydning at tiltak har vært utprøvd uten effekt. Videre oppgir fastlegene for nesten halvparten av henviste pasienter har det hatt betydning at de selv opplevde manglende kompetanse i saken. Dette gjaldt uavhengig av alvorlighetsgraden på lidelsen.

Pårørendes ønske om henvisning har hatt stor betydning for fastlegenes beslutning. For 35 % av pasientene var pårørendes ønske i stor- eller i noen grad av betydning. Mangel på tilbud i kommunen har i stor- eller i noen grad har hatt betydning for 30 % av pasientene som er henvist, uavhengig av alvorlighetsgrad på lidelsen. For 20 % av pasientene oppgir fastlegen at påtrykk fra andre instanser i stor- eller noen grad har hatt betydning for henvisning.

3.2.1 Faktorer som har sammenheng med årsaker til henvisning

Separate regresjonsanalyser (jf tabell v 3) viser at for pasienter med lettere lidelser har *pasientens eget ønske* hatt stor betydning for fastlegens henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Fastlegene begrunner henvisning med et *godt behandlingstilbud* i det psykiske helsevernet i større grad når det dreier seg om pasienter med en tyngre lidelser. Et godt behandlingstilbud er en hyppigere begrunnelse blant fastleger mellom 50 og 59 år, og fastleger i kommuner under 5 000 innbyggere.

Fastlegen nevner oftere *tiltak utprøvd uten effekt* som årsak til henvisning når det dreier seg om personer med tyngre lidelser. Kvinnelige fastleger nevner dette oftere som årsak enn mannlige kolleger.

Egen manglende kompetanse i saken nevnes oftere som årsak til henvisning av pasienter blant yngre leger.

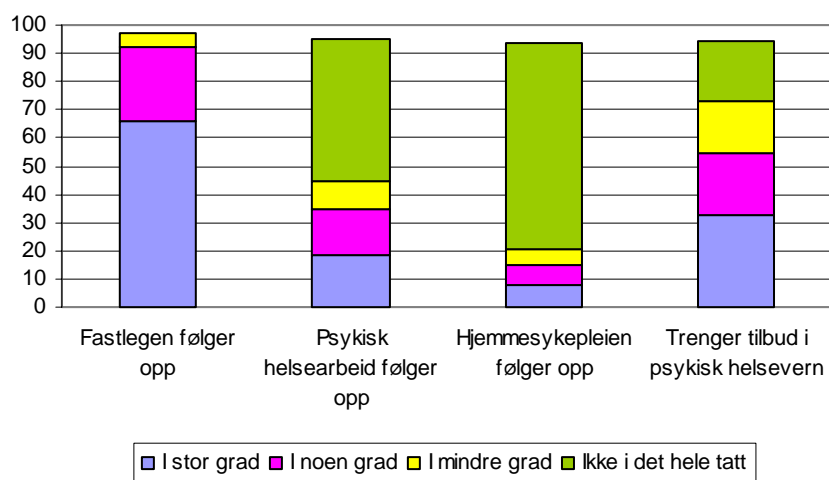
Pårørendes ønske nevnes oftere som en årsak til henvisning når det gjelder personer med tyngre lidelser, og yngre pasienter. Dette er også en viktigere årsak til henvisning fra fastleger som har lang liste. Pårørendes ønske er en viktigere faktor for fastleger i kommuner under 5 000 innbyggere.

Også *påtrykk fra andre instanser* er en hyppigere årsak når det gjelder tyngre enn lettere lidelser. Denne begrunnelsen har videre sammenheng med listelengde. Fastleger i små kommuner (under 5 000 innbyggere) begrunner henvisning med påtrykk fra andre instanser i større grad enn fastleger i større kommuner.

3.3 Pasientenes nåværende, totale helsetjenestetilbud

Fastlegene ble spurt hva som var de utvalgte pasientenes nåværende helsetilbud; i hvilken grad de blir fulgt opp av fastlege, hjemmesykepleier eller det psykiske helsearbeidet i kommunen. Tabellen under viser fastlegens vurdering av grad av oppfølging i de ulike tjenestene.

Figur 3.6 Fastlegens oppfatning av pasientenes nåværende, totale helsetjenestetilbud (egen, og andre tjenesters grad av oppfølging av pasienter med en psykisk lidelse). Prosent. (N=964)



For over 90 % svarer fastlegene at de i stor- eller noen grad selv følger opp. For to av tre pasienter oppgir de at de i stor grad følger opp. Når det gjelder psykisk helsearbeid sin rolle i pasientens nåværende helsetilbud, oppgir fastlegene at tjenesten i stor, eller noen grad har en rolle for en av tre pasienter. For halvparten av pasientene derimot har det psykiske helsearbeidet ikke noen rolle slik fastlegen ser det. Hjemmesykepleien i kommunen spiller, ifølge fastlegene, en liten rolle. For 55 % av pasientene oppgir fastlegen at pasientene i stor- eller noen grad trenger et spesialisert tilbud i psykisk helsevern. Likevel er det en relativt stor andel fastleger som oppgir at deres pasienter med en lettere lidelse i stor grad har behov for spesialiserte tjenester.

3.3.1 Faktorer som har sammenheng med pasientens nåværende totale tjenestetilbud

De separate regresjonsanalysene (jf tabell v 4) identifiserer faktorer som har sammenheng med pasientens nåværende tilbud. Fastlegens egen oppfølging av pasientene er ikke knyttet til kjennetegn verken ved fastlegene eller pasientene, og heller ikke kommunestørrelse.

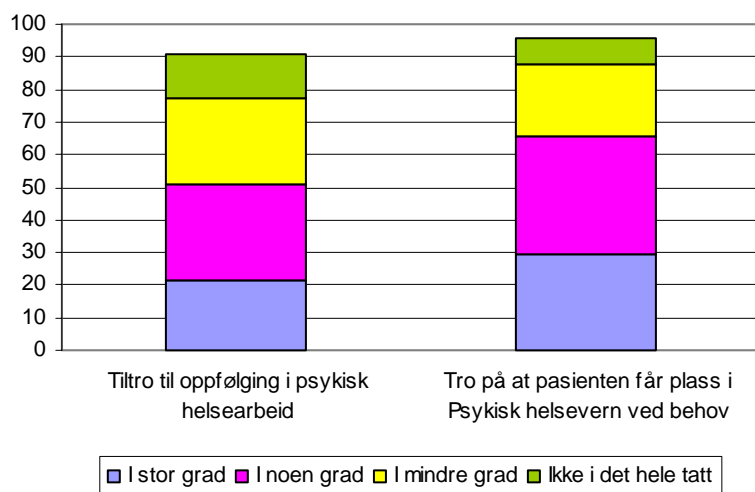
Fastlegens oppfatning av de *andre* kommunale tjenestene; det psykiske helsearbeidet og hjemmesykepleiens oppfølging av pasienten, er derimot knyttet en rekke faktorer. Begge tjenestenes oppfølging gjelder i første rekke personer med tyngre lidelser, og personer som har vært syke lengre enn ett år, og i særlig grad de som har vært syke lenger enn 5 år. Hjemmesykepleien følger i større grad de eldste pasientene. For øvrig rapporterer fastleger med lengre lister oftere at hjemmesykepleien har en rolle i pasientens nåværende tjenestetilbud, noe som kan tyde på at fastleger med lengre liste er mer bevisst på å inkludere andre tjenester i pasientens totale tjenestetilbud i kommunen. Det psykiske helsearbeidet følger i størst grad opp i de minste kommunene. Regresjonsanalysen viser en negativ og lineær sammenheng mellom kommunestørrelse og oppfølging av pasienter, slik fastlegene oppfatter tjenesten.

Når det gjelder pasientenes behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, dreier dette seg, slik fastlegene vurderer det, primært om personer med tyngre lidelser, og i større grad om yngre pasienter

3.4 Fastlegens tiltro til andre helsetjenester

Vi skal videre se om fastlegene har tiltro til psykisk helsearbeid sin oppfølging av pasienten, og fastlegenes tro på at pasientene får plass i det psykiske helsevernet ved behov.

Figur 3.7 Fastlegens tiltro til andre helsetjenester. Prosent. (N=964)



For omlag halvparten av pasientene mener fastlegene, i stor grad eller i noen grad, at det psykiske helsearbeidet følger opp. For mellom 60 og 70 % av pasientene mener fastlegene i stor- eller i noen grad, at de vil få plass i det psykiske helsevernet ved behov. Man skulle likevel forvente at forskjellene var enda mer markant i den forstand at det ble oppfattet som lettere å få plass i spesialisthelsetjenesten for personer med en tyngre lidelse.

3.4.1 Faktorer som har sammenheng med fastlegens tiltro til det psykiske helsearbeidet og det psykiske helsevernets tilbud

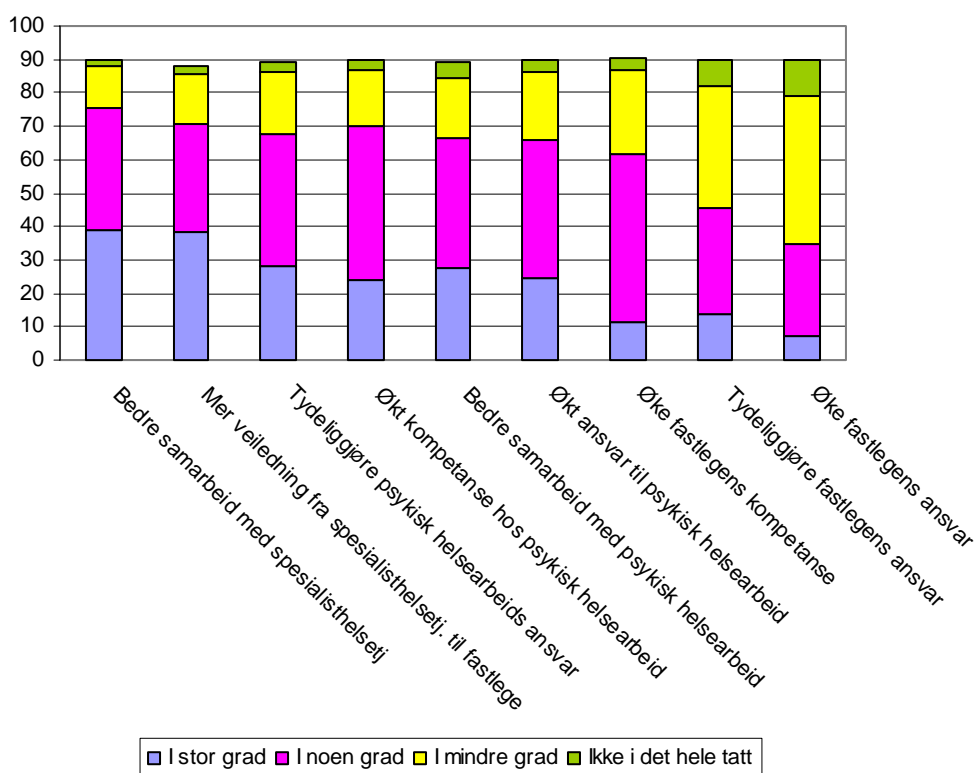
Regresjonanalysen viser at fastlegene har mer tiltro til det psykiske helsearbeidets oppfølging av pasienter med tyngre enn av lettere lidelser, og til deres oppfølging av pasienter i aldersgruppen 36-55 år, mer enn oppfølging av yngste pasientene. Fastleger i kommuner med over 20 000 innbyggere har mindre tiltro til det psykiske helsearbeidets oppfølging enn fastleger i de minste kommunene (under 5 000 innbyggere).

Fastlegene rapporterte relativt stor grad av tiltro til at pasienten får plass i det psykiske helsevernet ved behov, og regresjonsanalysen viser at dette primært gjelder for personer med tyngre lidelser. Fastleger over 50 år har større tiltro til at pasientene får plass i spesialisthelsetjenesten ved behov.

3.5 Fastlegenes syn på hva som kan bedre kommunehelsetjenestens oppfølging av personer med psykiske lidelser

I tillegg til spørsmål knyttet til to utvalgte pasienter på den enkelte fastleges liste, fikk fastlegene generelle spørsmål om tiltak som kunne bedre det kommunale helsetjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser: samarbeid mellom tjenestene samt økt kompetanse og ansvar hos de ulike aktørene.

Figur 3.8 Fastlegenes holdninger til faktorer som kan bedre kommunens tilbud om oppfølging av personers psykiske helse (N=485)



Fastlegene vurderte de fleste faktorene som relativt viktige for å bedre kommunens totale psykisk helsetilbud. Det viktigste omhandlet forholdet til spesialisthelsetjenesten med ønske om bedre samarbeid og mer veiledning. Dernest vurderte fastlegen at tydeliggjort ansvar, økt kompetanse og ansvar og dernest bedre samarbeid med det psykiske helsearbeidet.

De tiltakene fastlegene vurderte som minst viktig var dem som omhandlet dem selv. Det å øke fastlegens kompetanse vurderte kun 10 % av dem som i svært betydningsfullt mens halvparten vurderte det som i noen grad betydningsfullt. Enda færre mente det var viktig å tydeliggjøre fastlegens ansvar, eller å øke ansvaret.

3.5.1 Behov for forbedring størst i de store kommunene

Forholdet til spesialisthelsetjenesten

Regresjonsanalysene (tabell v 5) viser at fastlegenes behov for *bedre samarbeidsrutiner* med spesialisthelsetjenesten er størst blant fastleger i samtlige kommunegrupper med over 10 000 innbyggere.

Når det gjelder fastlegens behov for *veiledning og ryggdekning* fra spesialisthelsetjenesten, har fastleger i kommunegrupper med fra 5 000 til 50 000 innbyggere større behov for dette enn tilfellet er blant fastleger med under 5 000 innbyggere.

Kvinnelige fastleger har større behov for veiledning enn mannlige kolleger.

Forholdet til det psykiske helsearbeidet

Regresjonsanalysene viser at fastlegene i kommuner med over 5 000 innbyggere har større behov for bedre *samarbeidsrutiner* mellom fastlege og det psykiske helsearbeidet. For øvrig øker fastlegens behov for bedre samarbeidsrutiner med kommunestørrelse.

Det samme forholdet finner vi når det gjelder fastlegens behov for å *tydeliggjøre* det psykiske helsearbeidets ansvarsområde (fastleger i kommuner med over 10 000 innbyggere) samt å *øke* det psykiske helsearbeidet sitt ansvar for oppfølging. Fastleger med lang liste har større behov for et tydeligere ansvaret til det psykiske helsearbeidet.

Forholdet til egen kompetanse og ansvar

Regresjonsanalysen viser ingen sammenhenger i forhold til faktoren økt *kompetanse* hos fastlegene.

Et større *ansvar* for fastlegene ønskes i mindre grad blant yngre enn eldre fastleger.

Når det gjelder behovet for en *tydeliggjøring* av fastlegenes ansvar er dette større blant fastleger i kommuner mellom 20 og 50 000 innbyggere enn i de aller minste kommunene.

4 Det psykiske helsearbeidet sitt tilbud til personer med psykiske lidelser

Fagpersoner ved det psykiske helsearbeidet ble stilt tilnærmedesvis de samme spørsmålene som fastlegene. Mens fastlegene svarte i forhold til to av sine pasienter, svarte det psykiske helsearbeidet i forhold til seks brukere som for tiden mottok tilbud.

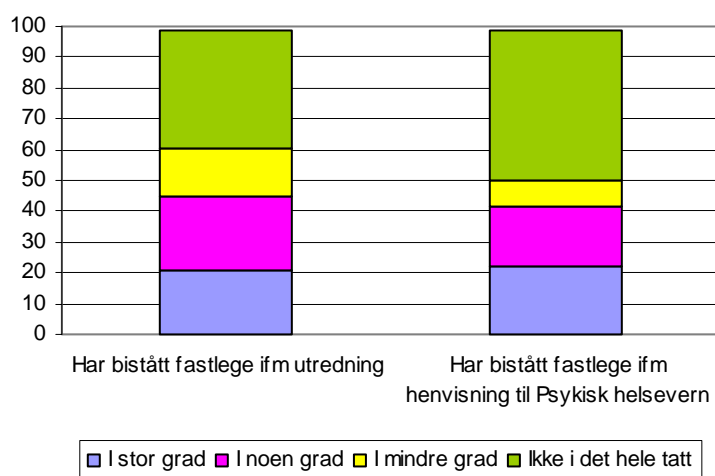
Kapitlet tar for seg de samme temaene som det foregående kapittel om fastlegene; det psykiske helsearbeidets utredning og oppfølging av brukere, samarbeid med øvrige helsetjenester, vurdering av brukerens nåværende totale helsetjenestetilbud i kommunen og behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten, årsaker til henvisning til spesialisthelsetjenesten i de tilfellene der det psykiske helsearbeidet har bistått fastlegen. Til slutt analyseres generelle holdninger til hva som kan bedre tjenestetilbudet, men da ikke knyttet til konkrete brukere.

Som i forrige kapittel om fastlegens tilbud presenteres frekvenser, vist i figurer samt multivariate analyser der vi ser på sammenhenger mellom avhengig variabel (det som måles) og kjennetegn ved brukeren (kjønn, alder, lidelse, varighet av lidelse), og kjennetegn ved kommunen (organisering av det psykiske helsearbeidet, andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid eller psykiatrisk sykepleie samt størrelse på kommunen).

4.1 Det psykiske helsearbeidets utredning av brukeren

Fagpersoner ved det psykiske helsearbeidet ble spurt om i hvilken grad enheten hadde bistått fastlege eller det psykiske helsevernet ved utredning av brukerne, og i hvilken grad de hadde bistått fastlege ved henvisning til det psykiske helsevernet.

Figur 4.1 Det psykiske helsearbeidets rolle ved utredning av brukerens psykiske helsetilstand. Prosent. (N=486)



Det psykiske helsearbeidet har bistått fastlege ved utredning av brukere som er fastlegens pasienter. Dette gjelder i stor grad for 20 % av utvalget, og i noen grad for 25 % av dem.

Når det gjelder bistand til fastlege, i forbindelse med henvisning til det psykiske helsevernet, kan dette dreie seg om å gi informasjon, eller om skriving av selve henvisningen, og at fastlegen kun signerer denne før den oversendes spesialisthelsetjenesten. Det psykiske helsearbeidet har bistått fastlegen ved henvisning av vel 20 % av brukerne, og i noen grad vedrørende ytterligere 20 %.

4.1.1 Faktorer assosiert med det psykiske helsearbeidets bistand i utredning og henvisning

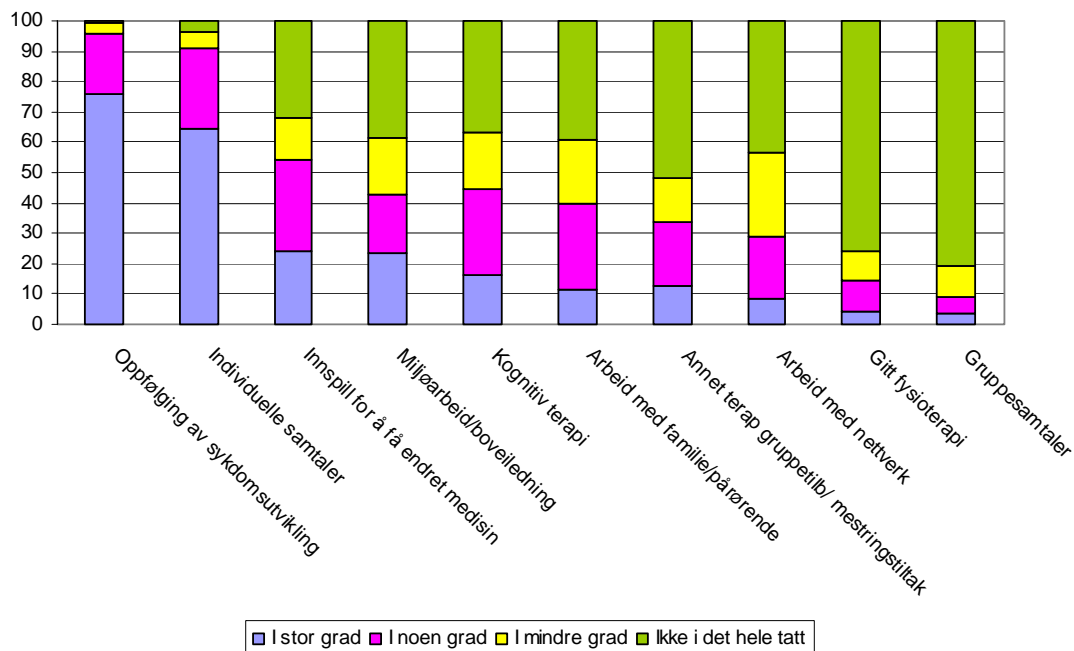
Regresjonsanalysene (tabell v 6) viser at det psykiske helsearbeidet primært har bistått fastlegen i forbindelse med *utredning* av brukere med alvorlige lidelser. Det psykiske helsearbeidet har i større grad bistått fastlegen i kommuner med mellom 2-10 000 innbyggere, og over 50 000 innbyggere (sammenlignet med kommuner med under 2 000 innbyggere).

Videre har det psykiske helsearbeidet i større grad bistått fastlegen ved *henvisning* av personer med en tyngre lidelse, og dette i større grad i kommuner mellom 2 og 10 000 innbyggere enn i de minste kommunene (under 2 000 innbyggere).

4.2 Det psykiske helsearbeidets oppfølging

Det psykiske helsearbeidet ble, i likhet med fastlegene, stilt spørsmål om hvilke tiltak de foretok seg ved oppfølging av brukeren.

Figur 4.2 Det psykiske helsearbeidets oppfølging av brukerne. Prosent. (N=486)



Det psykiske helsearbeidets oppfølging av brukerne dreier seg først og fremst om oppfølging av sykdomsutvikling, og det å gi individuelle samtaler. Med unntak av oppfølging ved individuelle samtaler, kognitiv terapi og fysioterapi som i større grad gis brukere med lettere

lidelser, gis det mer oppfølging i forhold til brukere som har tyngre lidelser. Dette gjelder alle de øvrige oppfølgingstiltakene.

Oppfølging av sykdomsutvikling og individuelle samtaler omfatter de aller fleste av brukerne, mens innspill for å få endret medisin, miljøarbeid og boveiledning er mindre vanlig. Det oppfattes likevel som relativt utbredt når det psykiske helsearbeidet oppgir at de i stor- eller noen grad har gjort innspill for å få endret medisiner for mer enn halvparten av brukerne. Miljøarbeid/ boveiledning gis i stor eller noen grad til vel 40 % av brukerne i utvalget.

Kognitiv terapi gis i stor grad til 17 % av brukerne, og i noen grad til 29 % av brukerne. Til sammenligning svarer fastlegene at de i stor grad gir kognitiv terapi til 13 % av pasientene, og i noen grad til 31 %.

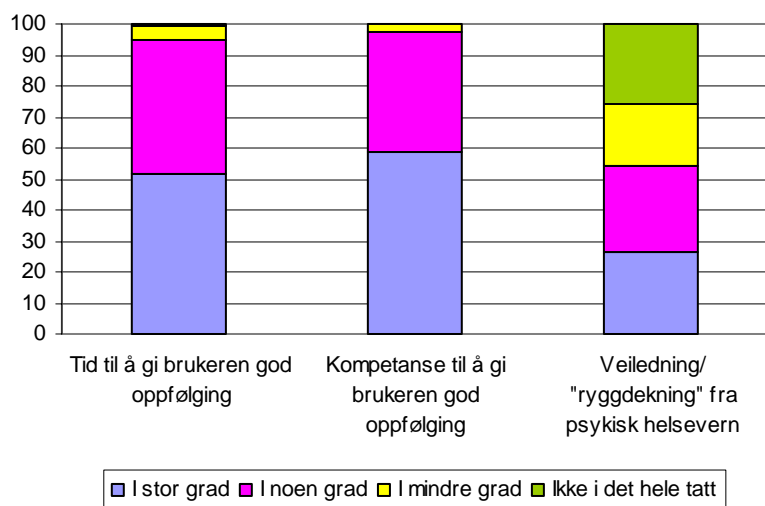
Det psykiske helsearbeidets oppfølging av brukerne innebærer også arbeid med familie/ pårørende. Dette gjøres i stor grad overfor 10 % av brukerne, og i noen grad overfor 28 % av dem. Videre jobbes det med nettverk. Om lag 30 % av brukerne omfattes av slik oppfølging, enten i stor eller noen grad. Gruppesamtaler og fysioterapi gis i noe mindre grad, og sistnevnte i større grad til personer med lettere lidelser ($X^2=8,2$, $p<.05$).

Regresjonsanalyser (jf tabell v 8) viste ingen sammenhenger mellom kjennetegn ved det psykiske helsearbeidet eller pasientene når det gjelder oppfølging, med unntak at det psykiske helsearbeidet primært følger opp brukere med tyngre lidelser.

4.2.1 Det psykiske helsearbeidets oppfatning av en rekke forutsetninger for å gi god oppfølging

Det psykiske helsearbeidet ble, i likhet med fastlegene, spurt om egen oppfatning av tid og kompetanse til å gi brukeren god oppfølging, og om de opplevde at de hadde veiledning/ ryggdekning fra spesialisthelsetjenesten.

Figur 4.3 Det psykiske helsearbeidets tid og kompetanse, og støtte fra det psykiske helsevernet i oppfølging av brukere. Prosent. (N=486)



I likhet med fastlegene oppgir det psykiske helsearbeidet at de i stor, eller noen grad har tilstrekkelig tid i forhold til over 90 % av brukerne. Videre oppgis at man har kompetanse til å gi god oppfølging til en litt større andel av brukerne enn det som oppgis blant fastlegene.

For i overkant av halvparten av brukerne oppgir det psykiske helsearbeidet at de i stor, eller noen grad mottar veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Dermed oppgir kommunene å ha

ryggdekning av det psykiske helsevernet i noe større grad enn det som er tilfelle blant fastlegene.

4.2.1.1 Faktorer assosiert med sentrale forutsetninger for god oppfølging av brukere

Regresjonsanalyser (jf tabell v 7) viser at det psykiske helsearbeidets oppfatning av egen *tid* tilgjengelig for å kunne gi god oppfølging til brukerne ikke har sammenheng med noen av de uavhengige variablene i regresjonsanalysen.

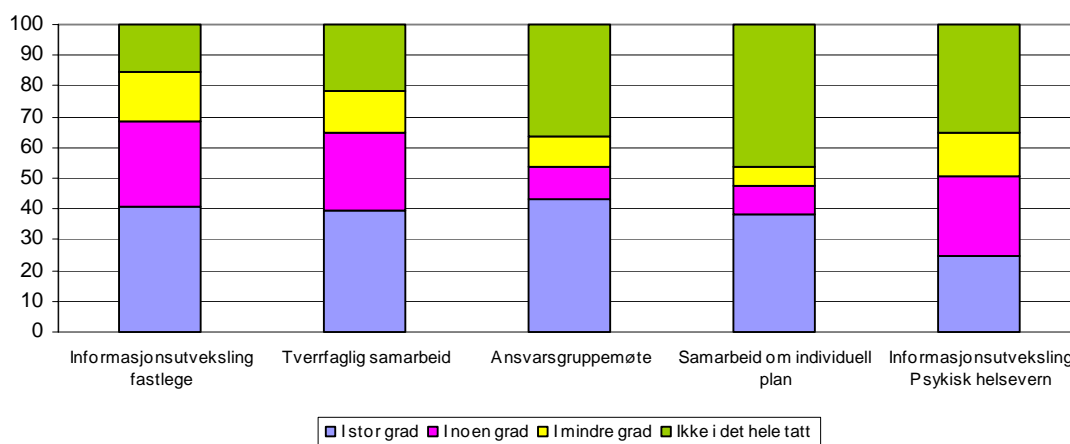
Når det gjelder *kompetanse* innen enheten, viser den multivariate analysen at det psykiske helsearbeidet opplevde å ha mer kompetanse i kommuner med mellom 2 og 10 000 innbyggere samt mellom 30 og 50 000 innbyggere enn i de aller minste kommunene (under 2 000 innbyggere). Man hadde mer kompetanse i forhold til brukere mellom 36 og 55 år enn om de yngste brukerne. Det psykiske helsearbeidet i kommuner som hadde organisert tjenesten med ansvar i stab, rapporterer mindre kompetanse enn tilsvarende organisert som egen enhet.

Behovet for *veiledning/ ryggdekning* fra spesialisthelsetjenesten oppleves i større grad i kommuner med en lavere andel ansatte som har videreutdanning (psykisk helsearbeid eller psykiatrisk sykepleie). Behovet er størst i forhold til brukere med tyngrer lidelser.

4.3 Det psykiske helsearbeidets samarbeid med fastlegen og det psykiske helsevernet

Det psykiske helsearbeidet ble spurt om i hvilken grad det foregikk samarbeid mellom deres enhet og henholdsvis fastlegen og det psykiske helsevernet om brukeren.

Figur 4.4 Samarbeid mellom det psykiske helsearbeidet og andre tjenester. Prosent. (N=486)



Generelt oppgir det psykiske helsearbeidet mer informasjonsutveksling og samarbeid enn det fastlegene gjør (jf figur 3.4).

Først og fremst oppgir det psykiske helsearbeidet mer samarbeid med fastlegene enn tilfellet er omvendt. Mens fastlegene i stor, eller noen grad, har informasjonsutveksling med kommunen om 35 % av utvalget, oppgir det psykiske helsearbeidet informasjonsutveksling med fastlegene i stor, eller noen grad for 70 % av sine brukere. I likhet med fastlegene er det mer samarbeid om brukere med en alvorlig lidelse ($X^2=19$, $p<.001$).

Mens fastlegene oppgir tverrfaglig samarbeid i stor, eller noen grad for en tredjedel av pasientene i utvalget (jf figur 2), oppgir det psykiske helsearbeidet det samme for dobbelt så

mange (to tredjedeler) av sine brukere, og i vesentlig større grad for brukere med en alvorlig lidelse ($X^2=37$, $p<.001$).

Mens fastlegene oppgir at de i stor grad deltar ansvarsgruppemøter for i underkant av 20 % av sine pasienter, oppgir det psykiske helsearbeidet at de deltar for dobbelt så mange. Også her dreier samarbeidet seg i vesentlig større grad om brukere med tyngre lidelser ($X^2=50$, $p<.001$).

Når det gjelder individuell plan, oppgir det psykiske helsearbeidet at slikt samarbeid foregår i stor grad for 40 % av brukerne. Fastlegene oppgir dette for kun 10 % av sine brukere. Samarbeid om individuell plan samarbeid foregår i vesentlig større grad overfor de med tyngre enn lettere lidelser ($X^2=50$, $p<.001$).

Det psykiske helsearbeidet oppgir mer informasjonsutveksling med det psykiske helsevernet enn det fastlegene gjør; i stor/noen grad overfor halvparten brukerne. Naturlig nok omfattes brukere med tyngre psykiske lidelser i mye større grad av slikt samarbeid ($X^2=76$, $p<.001$).

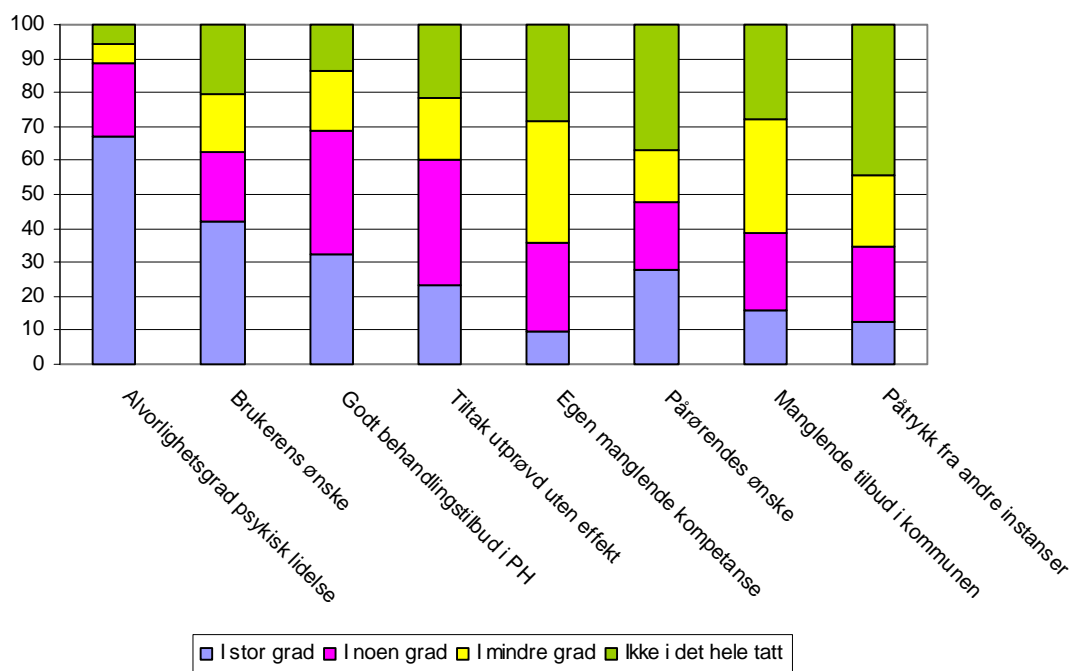
4.3.1 Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets grad av samarbeid

Når det gjelder det psykiske helsearbeidets samarbeid med andre tjenester om konkrete brukere viser regresjonsanalysen (jf tabell v 8) at det samarbeides mer om brukere med tyngre lidelser, mer om yngre brukere, og mer om menn enn om kvinner. Det samarbeides mer i enheter med en lavere andel personell med videreutdanning.

4.4 Det psykiske helsearbeidets om årsaker til henvisning av brukere til det psykiske helsevernet

Dersom enheten hadde bistått fastlegen ved henvisning av brukeren til det psykiske helsevernet på et eller annet tidspunkt, ble det stilt spørsmål om hvilke forhold som hadde betydning for beslutningen om å henvise. Tabellen under ser på betydningen av alvorlighetsgrad av psykisk lidelse, brukerens og pårørende ønske om henvisning samt påtrykk fra andre instanser.

Figur 4.5 Årsaker til henvisning til Det psykiske helsevernet. Prosent. (N=270)



I likhet med fastlegene oppga det psykiske helsearbeidet først og fremst alvorlighetsgraden ved den psykiske lidelsen som årsak til de henvisning av brukere til spesialisthelsetjenesten.

Også i likhet med fastlegen tillegger det psykiske helsearbeidet et godt behandlingstilbud i det psykiske helsevernet stor betydning for henvisning. For om lag 70 % av de som hadde blitt henvist var en slik vurdering i stor eller noen grad av betydning.

Videre var brukerens ønske om å få behandling i det psykiske helsevernet av relativt stor betydning. Over 60 % av henvisningene var i stor – eller i noen grad påvirket dette, noe også fastlegene oppga.

Tiltak utprøvd uten effekt hadde stor betydning for 20 % av brukerne, og i noen grad for 40 %.

Videre oppgir det psykiske helsearbeidet at pårørendes ønske var av stor, eller noen betydning i 50 % av tilfellene. Dette gjaldt spesielt for brukere med alvorlige lidelser ($X^2=8$, $p<.05$). Til sammenligning hadde pårørendes ønske i stor eller noen grad hatt betydning for 35 % av fastlegens pasienter.

Mangel på tilbud i kommunen har også vært av betydning. Det psykiske helsearbeidet oppgir at dette hadde vært av stor eller noen betydning for om lag 40 % av brukerne som ble henvist.

Det psykiske helsearbeidet oppga at egen manglende kompetanse i saken hadde hatt stor eller noen betydning for om lag 35 % av henvisningene. Dette var uavhengig av alvorlighetsgrad av lidelsen. Fastlegene oppga manglende kompetanse som årsak til henvisning i stor- eller noen grad for 50 % av sine pasienter.

For vel 30 % av brukerne oppgir det psykiske helsearbeidet at påtrykk fra andre instanser i stor- eller noen grad har hatt betydning for henvisning.

Svarene fra det psykiske helsearbeidet skiller seg ikke i vesentlig grad fra fastlegenes svar.

4.4.1 Faktorer som har sammenheng med henvisningsårsak der det psykiske helsearbeidet har bistått fastlegen i henvisningen

Regresjonsanalyser (jf tabell v 9) viste at henvisning til det psykiske helsevernet i større grad var begrunnet med *brukerens ønske* når det dreide seg om brukere med lettere lidelser, og i kommuner med en større andel ansatte som hadde videreutdanning.

Et godt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten er en hyppigere begrunnelse for personer med tyngre lidelser.

Henvisning begrunnet med at man har *prøvd ut tiltak i kommunen uten effekt*, nevnes hyppigere i forhold til personer med tyngre lidelser, og i større grad om personer som har vært syk lengre enn ett år. De største kommunene (over 50 000 innbyggere) henviser i mindre grad på bakgrunn av at tiltak i kommunehelsetjenesten ikke har hatt effekt.

Kommuner med under 10 000 innbyggere begrunner henvisning med *egen mangelfull kompetanse* i større grad enn tilfellet er i større kommuner.

Pårørendes ønske nevnes hyppigere som henvisningsgrunn når det gjelder tyngre lidelser, og der det psykiske helsearbeidet er organisert innen ulike tjenester (integriert modell).

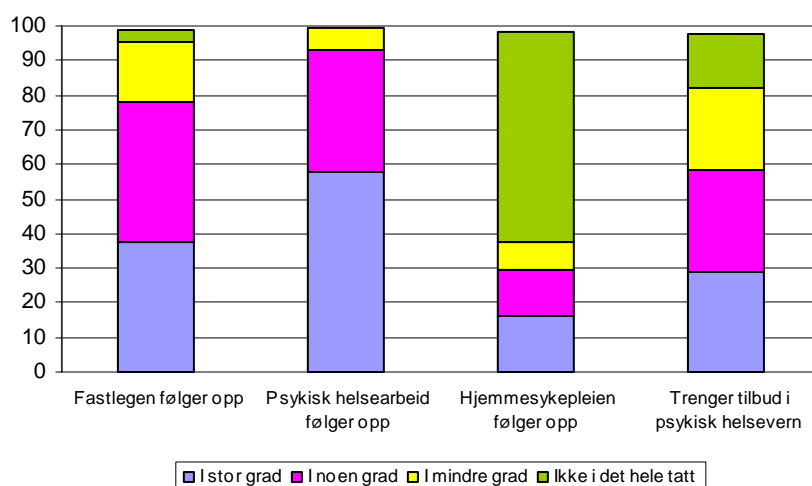
Et mangelfullt tilbud i kommunen som begrunnelse for henvisning er en viktigere faktor i kommuner med under 10 000 innbyggere.

Påtrykk fra andre instanser er ikke knyttet til noen bakgrunnsfaktorer.

4.5 Brukerens nåværende helsetjenestetilbud

Det psykiske helsearbeidet ble spurt hva som var brukernes nåværende helsetilbud; i hvilken grad de blir fulgt opp av fastlege, hjemmesykepleier eller det psykiske helsearbeidet i kommunen. Tabellen under viser det psykiske helsearbeidets oppfatning av grad av oppfølging i de ulike tjenestene, vurdert i forhold til den enkelte bruker.

Figur 4.6 Det psykiske helsearbeidets oppfatning av egen, og andre tjenesters oppfølging av personer med en psykisk lidelse. Prosent. (N=486)



Fagpersoner i det psykiske helsearbeidet svarer at fastlegene i stor grad følger opp 40 % av brukerne, og i noen grad ytterligere 40 % av brukerne. For 18 % av brukerne mener de at fastlegen i mindre grad følger opp, og for 3 % av brukerne har fastlegen ikke oppfølging i det

hele tatt. Det psykiske helsearbeidet rapporterer ingen forskjell i fastlegens oppfølging av personer med lettere versus tyngre lidelser.

Svarene fra det psykiske helsearbeidet skiller seg noe fra det fastlegene selv svarer om egen oppfølging. Der det kommunale helsearbeidet mener fastlegene i stor grad følger opp i forhold til 40 % av pasientene, mener fastlegene selv at de i stor grad følger opp overfor 66 % av pasientene. Pasientutvalgene hos fastlegen og det psykiske helsearbeidet vil imidlertid være noe ulike. For eksempel vil personer med lettere lidelser som følges opp av det psykiske helsearbeidet ha relativt mer omfattende problemer enn personer med lettere lidelser generelt hos fastlegen.

Når det gjelder det psykiske helsearbeidets syn på den oppfølgingen deres enhet har av brukerne, svarer de at nesten 60 % av dem følges opp i stor grad, og 35 % i noen grad. Svært få brukere følges opp i mindre grad. Fastlegene på sin side oppgir at om lag halvparten av pasientene ikke følges opp av det psykiske helsearbeidet.

Hjemmesykepleien i kommunen har, ifølge det psykiske helsearbeidet, en stor rolle i forhold til en relativt liten andel av brukerne (16 %).

Det psykiske helsearbeidet mener en relativt stor andel av sine brukere (60 %) enten i stor eller noen grad har behov for et spesialisert tilbud innen det psykiske helsevernet. Dette er fem prosent mer enn det fastlegene rapporterer vedrørende sine pasienters behov for spesialisert tilbud

4.5.1 Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets oppfatning av brukerens nåværende tilbud

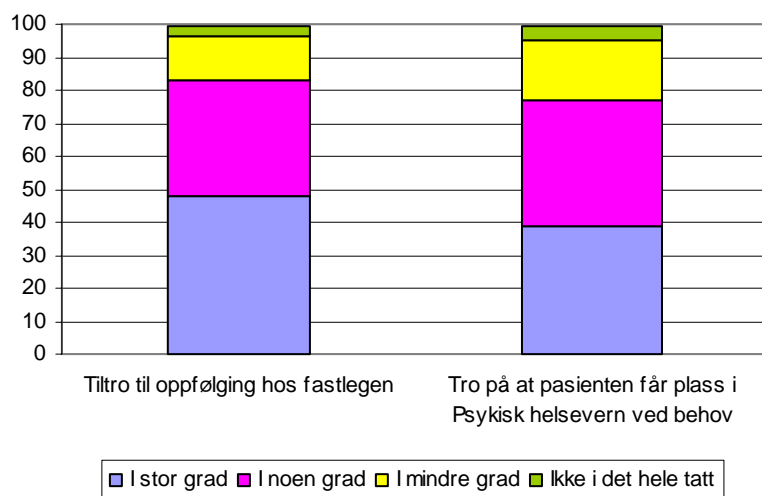
Separate regresjoner (jf tabell v 10) viser at det psykiske helsearbeidet har større tro på fastlegens oppfølging når enheten har lavere andel videreutdanning. Den samme effekten gjelder for oppfatning av enhetens egen oppfølging av brukerne, og hvorvidt hjemmesykepleien følger opp. Når det gjelder hjemmesykepleiens oppfølging, rapporterer det psykiske helsearbeidet at dette i større grad gjelder for mannlige pasienter.

Behov for tilbud i spesialisthelsetjenesten rapporteres i grad for tyngre brukere med mer alvorlige lidelser samt at behovet er størst i den yngste aldersgruppen. Det psykiske helsearbeidet i kommuner mellom 5 og 10 000 innbyggere rapporterer om større behov for sine brukere sammenlignet med de minste kommunene. Det var ingen forskjeller mellom de øvrige kommunegruppene.

4.5.2 Det psykiske helsearbeidets tiltro til samarbeidende helsetjenester

Det psykiske helsearbeidet ble spurt om hvorvidt de hadde tiltro til at brukeren fikk plass i det psykiske helsevernet, dersom det var, eller ble behov for dette.

Figur 4.7 Det psykiske helsearbeidets tiltro til andre tjenesters oppfølging av brukeren. Prosent. (N=486)



Det psykiske helsearbeidet har mer tiltro til fastlegens oppfølging av sine brukere enn fastlegene hadde til det psykiske helsearbeidet (jf figur 3.7). De mener fastlegene i stor, eller noen grad følger opp 83 % av brukerne mens fastlegene mente det psykiske helsearbeidet fulgte opp (i stor eller noen grad) i forhold til halvparten av sine pasienter.

Det psykiske helsearbeidet har litt større tro på at brukeren får plass i det psykiske helsevernet ved behov enn tilfellet er blant fastlegene. For om lag 80 % av brukerne har de enten i stor, eller i noen grad, tro på at brukeren får plass ved behov for dette.

4.5.3 Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets tiltro til de andre tjenestene

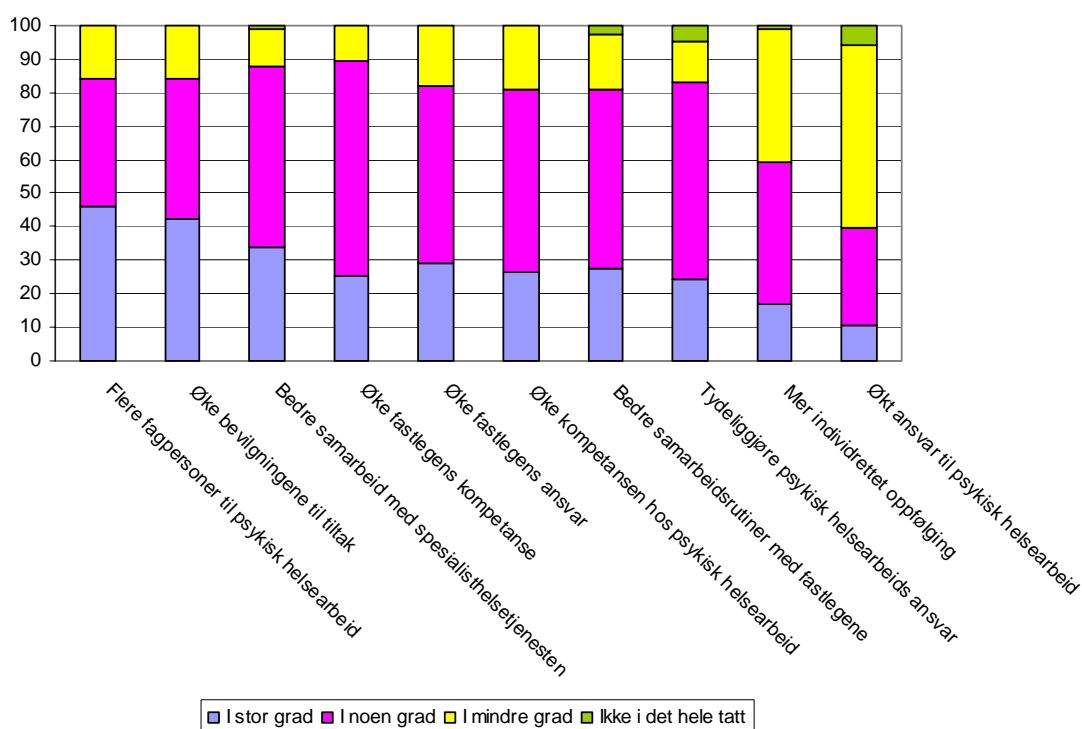
Regresjonsanalysen viste ingen sammenhenger mellom kjennetegn ved det psykiske helsearbeidet eller pasienten (som uavhengige variable) og tiltro til fastlegens tilbud.

Det psykiske helsearbeidets tiltro til at pasienten fikk plass i spesialisthelsetjenesten ved behov, gjelder i større grad for personer med tyngre lidelser, og som har vart i mer enn ett år. Lavere andel med videreutdanning i det psykiske helsearbeidet tilsier større tiltro til at pasienten får plass i spesialisthelsetjenesten.

4.6 Det psykiske helsearbeidets syn på tiltak som kan bedre kommunens tilbud om oppfølging av menneskers psykiske helse

I tillegg til spørsmål om seks utvalgte pasienter som mottar et tilbud fra det psykiske helsearbeidet, fikk det psykiske helsearbeidet i likhet med fastlegen *generelle* spørsmål om tiltak som kunne bedre det totale kommunale helsetjenestetilbudet: økt samarbeid, kompetanse og ansvar hos de ulike aktørene.

Figur 4.8 Det psykiske helsearbeidets holdninger til faktorer som kan bedre kommunens tilbud om oppfølging av personers psykiske helse. Prosent. (N=83)



I likhet med fastlegene vurderer det psykiske helsearbeidet de fleste tiltakene som relativt viktige for å oppnå et bedre tilbud totalt til personer med psykiske lidelser. Generelt rangerer fagfolk i det psykiske helsearbeidet tiltakene gjennomgående som viktigere enn det fastlegene gjør.

Mens fastlegene ser det som viktigst å bedre samarbeidet med det psykiske helsevernet, rangerer fagpersoner i kommunene det å få flere fagfolk, og det å øke bevilgningene til tiltak overfor brukerne, som viktigere enn de øvrige tiltakene.

De tiltakene som rangeres som minst viktig av kommunene er det å bedre den individrettede oppfølgingen samt det å gi økt ansvar til det psykiske helsearbeidet. Også fastlegene rangerer økt ansvar til fastlegene som det minst sentrale dersom man skal bedre tilbudet.

4.6.1 Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets oppfatning av hva som kan bedre kommunens tjenestetilbud

Regresjonsanalyser (jf tabell v 11) ble gjort for å vurdere om holdninger i det psykiske helsearbeidet hadde sammenheng med størrelse på kommunen, eller andel personell med

videreutdanning (i det psykiske helsearbeidet eller psykiatrisk sykepleie). Ved beregning i forhold til størrelse på kommuner, måtte dette begrenses til kommuner under eller over 5 000 innbyggere på grunn av det relativt lave antallet kommuner i hver kommunekategori (jf tabell v 11).

Regresjonsanalysene viste at det psykiske helsearbeidet i mindre kommuner, og i kommuner med høyere andel med videreutdanning i større grad mente det kommunale tilbudet kunne bedre seg ved hjelp av økt kompetanse om psykiske lidelser i deres tjeneste.

Videre mente det psykiske helsearbeidet i kommuner med over 5 000 innbyggere i større grad enn mindre kommuner at tilbudet ville kunne bedres ved hjelp av økte bevilgninger til tiltak overfor brukerne.

5 Litteratur

Album, D. (2002). The prestige of diseases. A hidden factor behind priority bias? Konferansebidrag ved 4th International Conference on Priorities in Health Care.

Album, D. (1991). Sykdommers og medisinske spesialisters prestisje. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 111, 2127-33.

Andersson, H.W. og Tingvoll, L. (2005). Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? SINTEF Helse, rapport STF78 A055019.

Andersson, H.W. (2006). Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. SINTEF Helse, Rapportnr. SINTEF A199.

Arnesen, C.Å. (2005). Nyutdannedes arbeid innenfor psykisk helsevern. Arbeidsnotat 4/2005. Oslo: NIFU STEP

Bindman, J., Johnson, S., Wright, S., Szmukler, G., Bebbington, P., Kuipers, E. og Thornicroft, G. (1997). Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. British Journal of Psychiatry, 171, 169-174.

Burns, T. Greenwood, N., Kendrick, T. og Garland, C. (2000). Attitudes of general practitioners and community mental health team staff towards the locus of care for people with chronic psychotic disorders. Primary Care Psychiatry, 6, 67-71.

Den Norske Lægeforening (2004). Statusrapport: Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. <http://www.legeforeningen.no/>

Falloon, I., Bradley, B.H.B., Bensemman, C. og Kydd, R.R. (1996). The role of general practitioners in mental health care: a survey of needs and problems. *New Zealand Medical Journal*, 108, 34-36.

Grytten, J., Skau, I, Sørensen, R og Aasland, O.G. (2004). Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 3 (124), 358-61.

Gulbrandsen, P., Førde, R. og Aasland, O.G. (2002). Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskrift for Den norske lægeforening, 19, 1874-1879.

Hunskår, S. (red.) (2003). Allmenmedisin. Gyldendal Akademisk.

Lang, F.H., Johnstone, E.C., Murray, G.D. (1997). Service provision for people with schizophrenia. II. Role of the general practitioner. British Journal of Psychiatry, 171, 165-8.

Long J.S., Freese, J. Regression models for categorical and limited dependent variables. Sage Publications, 1997.

NOU 2005:3: Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Veileder. IS-1332.

St.prp. nr 63 (1997-98). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

St.meld. nr 23 (1996-97). Trygghet og ansvarlighet – om legetjenesten i kommunene og fastlegeordringen.

Sørgaard, K.W., Sandlund, M., Heikkilä, J., Hansson, L, Vinding, H.R., Bjarnason, O.L, Bengtson-Tops, A., Merinder, L., Nilsson, L. og Middelboe, T. (2002). Schizophrenia and contact with health and social services: A Nordic multi-centre study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 4.

Tjerbo, T., Kværner, K.J., Botten, G. og Aasland, O.G. (2005). Bruk av incentiver for å øke svarandelen i spørreskjemaundersøkelser. *Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening*, 18: 125, 2496-7.

Wonca, NSAM, Sosial- og helsedirektoratet, KITH (2004). Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten ICPC-2. Andre utgave. Wonca International Classification Committee. Elektronisk utgave er tilgjengelig på <http://www.kith.no>

Ådnes, M., Hatling, T. og Grut, L. (2005). Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse. SINTEF Helse. STF78 A055004

Vedlegg 1: Regresjonsanalyser

Regresjonsanalyser: fastlegens tilbud

Tabell v 1 Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med høy grad av involvering i utredning, oppfølging og samarbeid

Uavhengige variabler	Fastlegens grad av utredning av pasienten (N=578)		Fastlegens grad av oppfølging av pasienten (N=576)		Fastlegens grad av samarbeid om pasienten (N=548)	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)	1.50	.01				
Pasientens alder:						
< 35 år					.58	.004
36-55 år	1.42	.04			.50	.001
> 55 år *						
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)	.69	.008	-.59	.000	4.51	.000
Varighet psykisk lidelse						
Fastlegens kjønn (kvinne=1/mann=0)						
Fastlegens alder						
Fastlegens listelengde						
Kommunestørrelse legepraksis:						
< 4 999 innbyggere *						
5 – 9 999 innbyggere					.52	.04
10 – 19 999 innbyggere					.52	.013
20 – 49 999 innbyggere					.36	.000
> 50 000 innbyggere					.30	.000

*= referansekategori i regresjonsanalysen

Tabell v 2 Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med sentrale forutsetninger for god oppfølging av pasienter (N=572-582 pasienter)

Variabler	FL har tid til å gi pasienten god oppfølging		FL har kompetanse til å gi pasienten god oppfølging		FL mottar ryggdekning fra det psykiske helsevernet		FL har rolle utover det medisinskfaglige ansvaret	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)								
Pasientens alder: < 35 år 36-55 år > 55 år *					.61	.03		
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)			.53	.000	3.03	.000	1.48	.005
Varighet psykisk lidelse <1 år 1-5 år >5 år					1.88	.03	2.05	.01
Fastlegens kjønn (kvinne=1/mann=0)								
Fastlegens alder <39 år 40-49 50-59 > 59 år							.54	.02
Fastlegens listelengde	.84	.007						
Kommunestørrelse legepraksis: < 4 999 innbyggere * 5 - 9 999 innbyggere 10 - 19 999 innbyggere 20 - 49 999 innbyggere > 50 000 innbyggere					.58	.02 .50 .51	.02 .007 .006	.56 .03

*= referansekategori i regresjonsanalysen

Tabell v 3 Faktorer som har sammenheng med årsak til henvisning av pasient fra fastlege til det psykiske helsevernet (N=450 pasienter)

Uavhengige variabler	Pasientens ønske om henvisning		Et godt behandlingstilbud i det psykiske helsevernet		Tiltak utprøvd uten effekt	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)						
Pasientens alder						
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)	.51	.000	2.03	.000	1.71	.003
Varighet psykisk lidelse						
Fastlegens kjønn (kvinne=1/mann=0)					1.91	.004
Fastlegens alder:						
<39 år						
40-49 år						
50-59 år			2.23	.05		
>59 år *						
Fastlegens listelengde						
Kommunestørrelse legepraksis:						
< 4 999 innbyggere *						
5 - 9 999 innbyggere						
10 - 19 999 innbyggere			.40	.01		
20 - 49 999 innbyggere			.49	.04		
> 50 000 innbyggere			.38	.003		

*= referansekategori i regresjonsanalysen

forts. tabell v 3 Faktorer som har sammenheng med årsak til henvisning av pasient fra fastlege til det psykiske helsevernet (N=450 pasienter)

Uavhengige variabler	Egen manglende kompetanse i saken		Pårørendes ønske		Påtrykk fra andre instanser	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)			.67	.03		
Pasientens alder:						
< 35 år			.50	.001		
36-55 år						
> 55 år *						
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)			1.98	.000	2.17	.000
Varighet psykisk lidelse						
Fastlegens kjønn (kvinne=1/mann=0)						
Fastlegens alder						
<39 år	.44	.01				
40-49 år	.36	.001				
50-59 år	.46	.05				
>59 år *						
Fastlegens listelengde			1.14	.03	3.76	.000
Kommunestørrelse legepraksis:						
< 4 999 innbyggere *						
5 – 9 999 innbyggere			.51	.02	.41	.008
10 – 19 999 innbyggere						
20 – 49 999 innbyggere			.35	.001	.31	.002
> 50 000 innbyggere			.42	.001	.37	.002

*= referansekategori i regresjonsanalysen

Tabell v 4 Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med fastlegens oppfatning av oppfølging av pasienten i det psykiske helsearbeidet og i hjemmesykepleien, og om pasienten trenger spesialisthelsetjenester (N=565 pasienter)

Uavhengige variabler	Oppfølging i det psykiske helsearbeidet		Hjemmesykepleiens oppfølging		Trenger tilbud i det psykiske helsevernet	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)						
Pasientens alder:						
< 35 år					.46	.000
36-55 år			2.23	.008	.28	.000
> 55 år *						
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)	4.95	.000	6.67	.000	3.02	.000
Varighet psykisk lidelse:						
< 1 år *						
1-5 år	2.61	.02				
>5 år	3.71	.001	3.09	.03		
Fastlegens kjønn (kvinne=1/mann=0)						
Fastlegens alder						
Fastlegens listelengde			1.25	.01		
Kommunestørrelse legepraksis:						
< 4 999 innbyggere *						
5 - 9 999 innbyggere						
10 - 19 999 innbyggere						
20 - 49 999 innbyggere	.48	.013				
> 50 000 innbyggere	.34	.000				

*= referansekategori i regresjonsanalysen

Tabell v 5 Resultat av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med fastlegenes generelle holdninger til hva som kan bedre det kommunale tjenestetilbudet (N=312-321 fastleger)

Uavhengige variabler	Bedre samarbeidsrutiner mlm FL og Det psykiske helsevernet		Mer veiledning/"ryggdekning" fra Det psykiske helsevernet til fastlege		Bedre samarbeidsrutiner mlm FL og det psykiske helsearbeidet	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Kommunestørrelse legepraksis:						
< 4 999 innbyggere *						
5 – 9 999 innbyggere	2.10	.05	2.31	.03		
10 – 19 999 innbyggere	3.18	.002	2.18	.04	2.24	.03
20 – 49 999 innbyggere	4.72	.000	2.53	.01	3.48	.001
> 50 000 innbyggere	5.08	.000			2.21	.02

Forts. tabell v 5 Resultat av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med fastlegenes generelle holdninger til hva som kan bedre det kommunale tjenestetilbudet (N=312-321 fastleger)

Uavhengige variabler	Tydeliggjøre det psykiske helsearbeidets ansvarsområde		Øke det psykiske helsearbeidet sitt ansvar for oppfølging		Tydeliggjøre fastlegens ansvar	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Kommunestørrelse legepraksis:						
< 4 999 innbyggere *						
5 – 9 999 innbyggere			2.62	.01		
10 – 19 999 innbyggere	2.41	.02	3.15	.002		
20 – 49 999 innbyggere	2.48	.01	2.86	.005	2.05	.05
> 50 000 innbyggere	2.70	.003	6.99	.000		

*= referansekategori i regresjonsanalysen

Regresjonsanalyser: Det psykiske helsearbeidet

Tabell v 6 Resultater av separate regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med høy grad av involvering mht å bistå fastlegen i utredning og henvisning.

Uavhengige variabler	Psykisk helsearbeid bistått fastlegen ifm utredning (N=431)		Psykisk helsearbeid bistått det psykiske helsevernet ifm utredning (N=433)		Psykisk helsearbeid bistått fastlegen ifm henvisning (N=431)	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)						
Pasientens alder: < 35 år * 36-55 år > 55 år						
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)	2.29	.000	3.32	.000		
Varighet psykisk lidelse <1 år 1-5 år >5 år						
Organisering av psykisk helsearbeid						
Andel ansatte med videreutdanning i psyk. helsearbeid eller psyk.sykepleie						
Kommunestørrelse: < 1 999 innbyggere * 2000 - 4 999 innbyggere 5 - 9 999 innbyggere 10 - 19 999 innbyggere 20 - 49 999 innbyggere > 50 000 innbyggere						
	3.30	.006			3.33	.005
	3.59	.006	3.29	.02	2.69	.03
	2.48	.02				

*= referansekategori i regresjonsanalysene

Tabell v 7 Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med sentrale forutsetninger for god oppfølging i psykisk helsearbeid

Variabler	PH har tid til å gi pasienten god oppfølging (N=435)		PH har kompetanse til å gi pasienten god oppfølging (N=435)		PH mottar ryggdekning fra det psykiske helsevernet (N=435)	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)						
Pasientens alder: < 35 år * 36-55 år > 55 år*						
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)					2.22	.000
Varighet psykisk lidelse <1 år 1-5 år >5 år						
Organisering av psykisk helsearbeid: Enhetsmodell * Tjenestemodell Stabsmodell Ansvar fordelt på flere tjenester			.14	.03		
Andel ansatte med videreutdanning i psyk. helsearbeid eller psyk. sykepleie					.98	.004
Kommunestørrelse: < 1 999 innbyggere * 2000 - 4 999 innbyggere 5 - 9 999 innbyggere 10 - 19 999 innbyggere 20 - 49 999 innbyggere > 50 000 innbyggere						
			3.70	.03		
			6.46	.02		
			12.66	.000		

*= referansekategori i regresjonsanalysen

Tabell v 8 Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med høy grad av oppfølging og samarbeid

Variabler	Psykisk helsearbeids grad av oppfølging (N=421)		Psykisk helsearbeids grad av samarbeid (N=432)	
	Odds ratio	p	Odds ratio	P
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)			.64	.008
Pasientens alder: < 35 år * 36-55 år > 55 år				
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)	3.21	.000	4.27	.000
Varighet psykisk lidelse <1 år 1-5 år >5 år				
Organisering av psykisk helsearbeid				
Andel ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid eller psykiatrisk sykepleie			.99	.01
Kommunestørrelse: < 1 999 innbyggere * 2000 - 4 999 innbyggere 5 - 9 999 innbyggere 10 - 19 999 innbyggere 20 - 49 999 innbyggere > 50 000 innbyggere				

*= referansekategori i regresjonsanalysen

Tabell v 9 Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med årsak til henvisning i tilfeller der psykisk helsearbeid har bistått fastlegen ved henvisning av pasient til spesialisthelsetjenesten

Variabler	Pasientens ønske om henvisning (N=242)		Pårørendes ønske om henvisning (N=239)		Påtrykk fra andre instanser (N=239)	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)						
Pasientens alder: < 35 år 36-55 år > 55 år *						
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)	.51	.01	1.91	.007		
Varighet psykisk lidelse <1 år 1-5 år >5 år						
Organisering av psykisk helsearbeid: Enhetsmodell * Tjenestemodell Stabsmodell Integrert modell			3.99	.01		
Andel ansatte med videreutdanning i psyk. helsearbeid eller psyk.sykepleie	1.01	.05				
Kommunestørrelse: < 1 999 innbyggere * 2000 - 4 999 innbyggere 5 - 9 999 innbyggere 10 - 19 999 innbyggere 20 - 49 999 innbyggere > 50 000 innbyggere						

*= referansekategori i regresjonsanalysen

Forts. tabell v 10 Resultater av regresjonsanalyser. Faktorer som har sammenheng med årsak til henvisning, i tilfeller der psykisk helsearbeid har bistått fastlegen ved henvisning av pasient til spesialisthelsetjenesten

Variabler	Tiltak utprøvd uten effekt (N=240)		Manglende tilbud i kommunen (N=240)		Egen manglende kompetanse i saken (N=241)		Et godt behandlingstilbud i det psykiske helsevernet (N0238)	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)								
Pasientens alder: < 35 år 36-55 år > 55 år *								
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)	1.89	.03					2.45	.001
Varighet psykisk lidelse <1 år 1-5 år >5 år	3.66 3.84 3.96	.01 .03 .02						
Organisering av psykisk helsearbeid								
Andel ansatte med videreutdanning i psyk. helsearbeid eller psyk.sykepleie								
Kommunestørrelse: < 1 999 innbyggere * 2000 - 4 999 innbyggere 5 - 9 999 innbyggere 10 - 19 999 innbyggere 20 - 49 999 innbyggere > 50 000 innbyggere						.28 .15 .21 .09	.05 .008 .02 .000	

*= referansekategori i regresjonsanalysen

Tabell v 10 Resultater av regresjoner. Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets generelle holdninger til hva som kan bedre det kommunale tjenestetilbudet

Variabler	PH mener fastlegen følger opp (N=432)		PH mener psykisk helsearbeid følger opp (N=433)		PH mener hjemme-sykepleien følger opp (N=429)		PH mener det er behov for tilbud i det psykiske helsevernet (N=430)	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Pasientens kjønn (kvinne=1/mann=0)					.62	.05		
Pasientens alder: < 35 år 36-55 år > 55 år *								
Alvorlighetsgrad (tyngre=1/lettere=0)			1.91	.008				
Varighet psykisk lidelse <1 år 1-5 år >5 år								
Organisering av psykisk helsearbeid								
Andel ansatte med videreutdanning i psyk. helsearbeid eller psyk.sykepleie	.99	.003	.99	.03	.99	.02		
Kommunestørrelse: < 1 999 innbyggere * 2000 - 4 999 innbyggere 5 - 9 999 innbyggere 10 - 19 999 innbyggere 20 - 49 999 innbyggere > 50 000 innbyggere								

*= referansekategori i regresjonsanalysen

Tabell v 11 Resultater av regresjoner. Faktorer som har sammenheng med det psykiske helsearbeidets generelle holdninger til hva som kan bedre tjenestetilbudet (N=77 kommuner)

Variabler	Økt kompetanse i det psykiske helsearbeidet		Økte bevilgninger til tiltak overfor brukerne	
Andel ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid eller psykiatrisk sykepleie	1.02	.006	4.79	.001
Kommunestørrelse:				
Under 5 000 innbyggere	.21	.002		
Over 5 000 innbyggere				

Vedlegg 2: Spørreskjema

SINTEF Helse

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret:
NO 948 007 029 MVA

Fastlege

Deres ref.:

Vår ref.:

Direkte innvalg:
915 79 269Trondheim,
2005-11-12**Kommunehelsetjenestens tilbud til voksne med psykisk lidelse**

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet foretar SINTEF Helse en undersøkelse av kommunehelsetjenestens totale tilbud til voksne med psykiske lidelser. Vi henvender oss i den forbindelse til halvparten av landets fastleger samt til tjenesten for psykisk helsearbeid i et større utvalg kommuner.

Prosjektet inngår i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Undersøkelsen gjennomføres anonymisert, både ift person- og kommuneidentifikasjon. Resultatene publiseres i en rapport som blir tilgjengelig fra 1 juli 2006 på: www.sintef.no/psykiskhelse.

Vi ber om at du svarer på vedlagte spørreskjema for to pasienter over 18 år på din liste:

1 pasient med en lettere/ moderat psykiatrisk diagnose (side 1), og 1 pasient med en tyngre/ alvorlig psykiatrisk diagnose (side 2). Velg de *to siste* pasientene som du har hatt til konsultasjon, og som for tiden *ikke* har et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern).

I tillegg til utfylling av vedlagte skjema, ber vi om at du svarer på spørsmålene under:

Hva mener du kan gi et bedre tjenestetilbud i din kommune til personer med psykiske lidelser?	I stor grad	I noen grad	I mindre grad	Ikke i det hele tatt
Øke kommunalt psykisk helsearbeids kompetanse				
Øke kommunalt psykisk helsearbeids ansvar for oppfølging				
Tydliggjøre det kommunale psykiske helsearbeidets ansvarsområde				
Øke fastlegenes kompetanse om psykiske lidelser				
Øke fastlegenes ansvar for utredning og oppfølging av gruppen				
Tydliggjøre fastlegenes ansvarsområde ift gruppen				
Bedre samarbeidsrutiner mellom fastlege og kommunal psykiatritjeneste				
Bedre samarbeidsrutiner mellom fastlege og Psykisk helsevern				
Mer veiledning/ "ryggdekning" fra psykisk helsevern				
Andre faktorer?				

Vennligst returner i vedlagte svarkonvolutt. Vi håper å få ditt svar innen 30. november 2005.

Vennlig hilsen for SINTEF Helse

Marian Ådnanes
prosjektleder/ dr polit

Registrering av tiltak overfor to pasienter med psykiske lidelser

Registrer tiltak overfor to pasienter med lettere eller tyngre psykiatrisk diagnose. Velg de to siste pasientene du har hatt til konsultasjon, og som for tiden ikke har et tilbud i psykisk helsevern (pasient 2 på baksiden av arket).

Opplysninger om deg

Mann Kvinne

Listestørrelse

Alder <30 30-39 40-49 50-59 >59

Arbeidsstedskommune antall innbyggere (1000)

<2 2-5 5-10 10-20 20-50 >50

Opplysninger om pasient 1 med en lettere/moderat psykiatrisk diagnose

Kjønn Mann Kvinne

Alder <35 år 36-55 år >56 år

P-diagnose(r) i ICPC-2: Varighet av psykisk lidelse <1 år 1-5 år >5 år

Evt. diagnose i ICD 10:

Pasientens nåværende helsetjenestetilbud:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Pasienten følges opp av meg som fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasienten følges opp av tjeneste for psykisk helse i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasienten følges opp av hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasienten trenger et tilbud i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din utredning av pasientens psykiske helsetilstand har omfattet:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Somatisk utredning i tilknytning til psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler med pasienten om den psykiske lidelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innhenting av opplysninger fra samarbeidspartnere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anvendelse av psykiatrisk diagnoseverktøy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beslutning om pasientens medisinbehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din oppfølging av pasientens psykiske lidelse omfatter:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Oppfølging av somatiske problemer tilknyttet psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vurderer endring av medisiner (dosering eller type medisin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler med pasienten om den psykiske lidelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av kognitive terapiteknikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I arbeidet med pasienten har du:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Tid til å gi pasienten god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse til å gi pasienten god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/ "ryggdekning" fra psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En rolle som går utover det medisinskfaglige ansvaret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilfro til oppfølgingen fra det psykiske helsearbeidet i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilfro til at pasienten får plass i psykisk helsevern ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du har *henvist* pasienten til psykisk helsevern:

Hvilke forhold hadde betydning for denne beslutningen (siste gangen)?

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Alvorlighetsgrad psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasientens ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendes ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påtrykk fra andre instanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak utprøvd uten effekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende tilbud i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et godt behandlingstilbud i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ditt samarbeid med øvrige tjenester om pasienten omfatter:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Deltakelse på ansvarsgruppemøter om pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltakelse i gjennomføring av individuell plan for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltakelse i annet tverrfaglig samarbeid om pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med kommunale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opplysninger om pasient 2 med en tyngre/alvorlig psykiatrisk diagnose

Kjønn Mann Kvinne

Alder <35 år 36-55 år >56 år

P-diagnose(r) i ICPC-2: Varighet av psykisk lidelse <1 år 1-5 år >5 år

Evt. diagnose i ICD 10:

Pasientens nåværende helsetjenestetilbud:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Pasienten følges opp av meg som fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasienten følges opp av tjeneste for psykisk helse i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasienten følges opp av hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasienten trenger et tilbud i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din utredning av pasientens psykiske helsetilstand har omfattet:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Somatisk utredning i tilknytning til psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler med pasienten om den psykiske lidelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innhenting av opplysninger fra samarbeidspartnere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anvendelse av psykiatrisk diagnoseverktøy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beslutning om pasientens medisinerbehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din oppfølging av pasientens psykiske lidelse omfatter:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Oppfølging av somatiske problemer tilknyttet psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vurderer endring av medisiner (dosering eller type medisin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler med pasienten om den psykiske lidelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruk av kognitive terapiteknikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I arbeidet med pasienten har du:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Tid til å gi pasienten god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse til å gi pasienten god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/ "ryggdekning" fra psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En rolle som går utover det medisinskfaglige ansvaret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til oppfølgingen fra det psykiske helsearbeidet i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til at pasienten får plass i psykisk helsevern ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du har henvist pasienten til psykisk helsevern:

Hvilke forhold hadde betydning for denne beslutningen (siste gangen)?

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Alvorlighetsgrad psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasientens ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendes ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påtrykk fra andre instanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak utprøvd uten effekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende tilbud i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et godt behandlingstilbud i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ditt samarbeid med øvrige tjenester om pasienten omfatter:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Deltakelse på ansvarsgruppemøter om pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltakelse i gjennomføring av individuell plan for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltakelse i annet tverrfaglig samarbeid om pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med kommunale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Takk for din deltakelse!

Kartlegging av kommunehelsetjenestens tiltak for voksne med psykiske lidelser

Del I inneholder generelle spørsmål om det psykiske helsearbeidet i kommunen. I **del II** skal det registreres tiltak i forhold til seks brukere.

Velg **seks** brukere etter følgende utvalgsriterier:

- Tre brukere med en **lettere/ moderat psykisk lidelse**
- Tre brukere med en **tyngre/ alvorlig psykisk lidelse**

For begge gruppene velges:

- De siste brukerne som har vært til konsultasjon hos deres enhet
- Brukere som for tiden ikke har et tilbud i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten)

Skjemaet refererer for enkelthets skyld til "enhet" for psykisk helsearbeid i kommunen, selv om kommunene organiserer tjenesten ulikt.

Returadresse: SINTEF Helse, Avdeling psykisk helse, Tjenester voksne, 7465 Trondheim.

DEL I: GENERELT OM PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNEN

Bakgrunnsopplysninger

Kommunestørrelse antall innbyggere (1000): <2 2-5 5-10 10-20 20-50 >50

Organisering (sett ett kryss)

- Egen enhet på linje med kommunens øvrige hovedtjenestoområde
- Egen psykiatritjeneste (der personellet kun arbeider med psykisk helsearbeid) plassert innenfor annen kommunale tjeneste
- Ansvar for psykisk helsearbeid i stab hos rådmann eller helse- og sosialsjef, men ikke egen enhet
- Psykisk helsearbeid ivaretas av ansatte innen ulike kommunale tjenester

Faggrupper ved enheten (sett kryss)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sykepleiere | <input type="checkbox"/> Ergoterapeuter | <input type="checkbox"/> Hjelpepleiere |
| <input type="checkbox"/> Vernepleiere | <input type="checkbox"/> Annen høgskoleutdanning | <input type="checkbox"/> Annen utdanning |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeuter | <input type="checkbox"/> Psykolog | <input type="checkbox"/> Ufaglærte |

Hvor mange ansatte er det innen kommunens psykiske helsearbeid totalt? *antall*

Hvor mange har videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eller psykisk helsearbeid? *antall*

Kommunens tilbud til voksne med psykiske lidelser

Generelt i arbeidet med voksne med psykiske lidelser har deres enhet:

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Et passende tilbud til personer med lettere lidelser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et passende tilbud til personer med tyngre lidelser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tid til å gi den enkelte bruker god oppfølging.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse til å gi den enkelte bruker god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/ "ryggdekning" fra psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til fastlegens oppfølging av vår enhets brukere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til at brukere får plass i psykisk helsevern ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Godt samarbeid med fastlegene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Godt samarbeid med psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva mener du kan bedre din kommunes tilbud til voksne med psykiske lidelser?

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Øke vår enhets kompetanse om psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øke vår enhets ansvar for oppfølging av brukerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tydeliggjøre vår enhets ansvarsområde overfor andre tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilføre flere fagpersoner til vår enhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer individrettet oppfølging av brukerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øk bevilgningene til tiltak overfor brukerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øke fastlegens kompetanse om psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øke fastlegenes ansvar for utredning og oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre samarbeidsrutiner mellom vår enhet og fastlegen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre samarbeidsrutiner mellom vår enhet og psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ting:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEL II: REGISTRERING AV TILTAK OVERFOR 6 BRUKERE

Bruker 1

Opplysninger om brukeren

Kjønn Mann Kvinne Alder <35 år 36-55 år >56 år

Alvorlighetsgrad psykisk lidelse: lettere/moderat tyngre/alvorlig

Varighet av psykisk lidelse: <1 år 1-5 år >5 år

Brukerens nåværende helsetjenestetilbud

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Brukeren følges opp av vår enhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av fastlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren trenger et tilbud i psykisk helsevern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets rolle i utredning og henvisning av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Bistått fastlegen i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått psykisk helsevern i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått fastlegen i forbindelse med henvisning til psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom enheten har bistått fastlegen ifm henvisning: Hvilke av følgende forhold hadde betydning for beslutning om å henvise?

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Alvorlighetsgrad psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerens ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendes ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påtrykk fra andre instanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak utprøvd uten effekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende tilbud i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår enhets manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegens manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et godt behandlingstilbud i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets samarbeid om brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Deltar på ansvarsgruppemøter vedrørende brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i utarbeidelse av individuell plan for brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i annet tverrfaglig samarbeid om brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets oppfølging av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Følger med på brukerens sykdomsutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøarbeid/boveiledning/bistand ifm dagliglivets gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle samtaler/ støttesamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler i grupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet (terapeutisk) gruppetilbud/ mestringstiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt kognitive terapiteknikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennomført fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med familie/ pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med brukerens nettverk (nettverksmetode)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort innspill for å få endret medisiner/ dosering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I arbeidet med brukeren har deres enhet

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Tid til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/ "ryggdekning" fra psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til fastlegens oppfølging av brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til at brukeren får plass i psykisk helsevern ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

.....
.....

Bruker 2

Opplysninger om brukeren

Kjønn Mann Kvinne

Alder <35 år 36-55 år >56 år

Alvorlighetsgrad psykisk lidelse: lettere/moderat tyngre/alvorlig

Varighet av psykisk lidelse: <1 år 1-5 år >5 år

Brukerens nåværende helsetjenestetilbud

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Brukeren følges opp av vår enhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av fastlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren trenger et tilbud i psykisk helsevern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets rolle i utredning og henvisning av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Bistått fastlegen i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått psykisk helsevern i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått fastlegen i forbindelse med henvisning til psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom enheten har bistått fastlegen ifm henvisning: Hvilke av følgende forhold hadde betydning for beslutning om å henvise?

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Alvorlighetsgrad psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerens ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendes ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påtrykk fra andre instanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak utprøvd uten effekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende tilbud i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår enhets manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegens manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et godt behandlingstilbud i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets samarbeid om brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Deltar på ansvarsgruppemøter vedrørende brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i utarbeidelse av individuell plan for brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i annet tverrfaglig samarbeid om brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets oppfølging av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Følger med på brukers sykdomsutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøarbeid/boveiledning/bistand ifm dagliglivets gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle samtaler/ støttesamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler i grupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet (terapeutisk) gruppetilbud/ mestringstiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt kognitive terapiteknikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennomført fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med familie/ pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med brukers nettverk (nettverksmetode)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort innspill for å få endret medisiner/ dosering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I arbeidet med brukeren har deres enhet

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Tid til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/ "ryggdekning" fra psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til fastlegens oppfølging av brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til at brukeren får plass i psykisk helsevern ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

.....
.....

Bruker 3

Opplysninger om brukeren

Kjønn Mann Kvinne

Alder <35 år 36-55 år >56 år

Alvorlighetsgrad psykisk lidelse: lettere/moderat tyngre/alvorlig

Varighet av psykisk lidelse: <1 år 1-5 år >5 år

Brukerens nåværende helsetjenestetilbud

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Brukeren følges opp av vår enhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av fastlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren trenger et tilbud i psykisk helsevern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets rolle i utredning og henvisning av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Bistått fastlegen i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått psykisk helsevern i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått fastlegen i forbindelse med henvisning til psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom enheten har bistått fastlegen ifm henvisning: Hvilke av følgende forhold hadde betydning for beslutning om å henvise?

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Alvorlighetsgrad psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerens ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendes ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påtrykk fra andre instanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak utprøvd uten effekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende tilbud i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår enhets manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegens manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et godt behandlingstilbud i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets samarbeid om brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Deltar på ansvarsgruppemøter vedrørende brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i utarbeidelse av individuell plan for brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i annet tverrfaglig samarbeid om brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets oppfølging av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Følger med på brukers sykdomsutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøarbeid/boveiledning/bistand ifm dagliglivets gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle samtaler/ støttesamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler i grupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet (terapeutisk) gruppetilbud/ mestringstiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt kognitive terapiteknikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennomført fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med familie/ pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med brukers nettverk (nettverksmetode)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort innspill for å få endret medisiner/ dosering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I arbeidet med brukeren har deres enhet

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Tid til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/ "ryggdekning" fra psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til fastlegens oppfølging av brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til at brukeren får plass i psykisk helsevern ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

.....
.....

Bruker 4

Opplysninger om brukeren

Kjønn Mann Kvinne

Alder <35 år 36-55 år >56 år

Alvorlighetsgrad psykisk lidelse: lettere/moderat tyngre/alvorlig

Varighet av psykisk lidelse: <1 år 1-5 år >5 år

Brukerens nåværende helsetjenestetilbud

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Brukeren følges opp av vår enhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av fastlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren trenger et tilbud i psykisk helsevern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets rolle i utredning og henvisning av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Bistått fastlegen i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått psykisk helsevern i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått fastlegen i forbindelse med henvisning til psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom enheten har bistått fastlegen ifm henvisning: Hvilke av følgende forhold hadde betydning for beslutning om å henvise?

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Alvorlighetsgrad psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerens ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendes ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påtrykk fra andre instanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak utprøvd uten effekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende tilbud i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår enhets manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegens manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et godt behandlingstilbud i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets samarbeid om brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Deltar på ansvarsgruppemøter vedrørende brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i utarbeidelse av individuell plan for brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i annet tverrfaglig samarbeid om brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets oppfølging av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Følger med på brukerens sykdomsutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøarbeid/boveiledning/bistand ifm dagliglivets gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle samtaler/ støttesamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler i grupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet (terapeutisk) gruppetilbud/ mestringstiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt kognitive terapiteknikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennomført fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med familie/ pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med brukerens nettverk (nettverksmetode)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort innspill for å få endret medisiner/ dosering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I arbeidet med brukeren har deres enhet

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Tid til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/ "ryggdekning" fra psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til fastlegens oppfølging av brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til at brukeren får plass i psykisk helsevern ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

.....
.....

Bruker 5

Opplysninger om brukeren

Kjønn Mann Kvinne

Alder <35 år 36-55 år >56 år

Alvorlighetsgrad psykisk lidelse: lettere/moderat tyngre/alvorlig

Varighet av psykisk lidelse: <1 år 1-5 år >5 år

Brukerens nåværende helsetjenestetilbud

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Brukeren følges opp av vår enhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av fastlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren trenger et tilbud i psykisk helsevern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets rolle i utredning og henvisning av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Bistått fastlegen i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått psykisk helsevern i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått fastlegen i forbindelse med henvisning til psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom enheten har bistått fastlegen ifm henvisning: Hvilke av følgende forhold hadde betydning for beslutning om å henvise?

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Alvorlighetsgrad psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerens ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendes ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påtrykk fra andre instanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak utprøvd uten effekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende tilbud i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår enhets manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegens manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et godt behandlingstilbud i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets samarbeid om brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Deltar på ansvarsgruppemøter vedrørende brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i utarbeidelse av individuell plan for brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i annet tverrfaglig samarbeid om brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets oppfølging av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Følger med på brukers sykdomsutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøarbeid/boveiledning/bistand ifm dagliglivets gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle samtaler/ støttesamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler i grupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet (terapeutisk) gruppetilbud/ mestringstiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt kognitive terapiteknikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennomført fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med familie/ pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med brukers nettverk (nettverksmetode)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort innspill for å få endret medisiner/ dosering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I arbeidet med brukeren har deres enhet

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Tid til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/ "ryggdekning" fra psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til fastlegens oppfølging av brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til at brukeren får plass i psykisk helsevern ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

.....
.....

Bruker 6

Opplysninger om brukeren

Kjønn Mann Kvinne

Alder <35 år 36-55 år >56 år

Alvorlighetsgrad psykisk lidelse: lettere/moderat tyngre/alvorlig

Varighet av psykisk lidelse: <1 år 1-5 år >5 år

Brukerens nåværende helsetjenestetilbud

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Brukeren følges opp av vår enhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av fastlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren følges opp av hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukeren trenger et tilbud i psykisk helsevern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets rolle i utredning og henvisning av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Bistått fastlegen i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått psykisk helsevern i utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bistått fastlegen i forbindelse med henvisning til psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom enheten har bistått fastlegen ifm henvisning: Hvilke av følgende forhold hadde betydning for beslutning om å henvise?

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Alvorlighetsgrad psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukerens ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendes ønske om henvisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påtrykk fra andre instanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak utprøvd uten effekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende tilbud i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår enhets manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegens manglende kompetanse i saken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et godt behandlingstilbud i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets samarbeid om brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Deltar på ansvarsgruppemøter vedrørende brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i utarbeidelse av individuell plan for brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltar i annet tverrfaglig samarbeid om brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsutveksling med psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vår enhets oppfølging av brukeren

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Følger med på brukers sykdomsutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøarbeid/boveiledning/bistand ifm dagliglivets gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle samtaler/ støttesamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtaler i grupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet (terapeutisk) gruppetilbud/ mestringstiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukt kognitive terapiteknikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjennomført fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med familie/ pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet med brukers nettverk (nettverksmetode)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort innspill for å få endret medisiner/ dosering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I arbeidet med brukeren har deres enhet

	<i>I stor grad</i>	<i>I noen grad</i>	<i>I mindre grad</i>	<i>Ikke i det hele tatt</i>
Tid til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse til å gi brukeren god oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning/ "ryggdekning" fra psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til fastlegens oppfølging av brukeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltro til at brukeren får plass i psykisk helsevern ved behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

.....
.....