STF78 A055028

RAPPORT

Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktspsykiatriske sentre fra 2002 til 2005

Torleif Ruud, Rolf W. Gråwe, Solfrid E. Lilleeng,
Johan Håkon Bjørngård

SINTEF Helse

April 2006

SINTEF

SINTEF Helse

Postadresse: Boks 124, Blindern
0314 Oslo
Besøksadresse: Forskningsveien 1
Telefon: 22 06 73 00
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distrikspsykiatriske sentre fra 2002 til 2005

FORFATTER(E)

Torleif Ruud, Rolf W Gråwe, Solfrid Lilleeng, Johan Håkon Bjørngaard

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd

RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAGSGIVERS REF.	
STF78 A055028	Åpen	Signe Bang, seniorrådgiver	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG
Åpen	82-14-03844-8	78519801	54 sider + vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
Endringer ved åtte DPSer fra 2002 til 2005.doc		Torleif Ruud	Sissel Steihaug
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)	
	26.04.2006	Britt Venner, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Undersøkelsen bygger på opplysninger fra behandlerne ved åtte distriktspsykiatriske sentre om de pasientene de hadde kontakt med i fire uker våren 2002 og vel 3000 pasienter de hadde kontakt med i løpet av fire uker vinteren/våren 2005. I tilegg har ca 1200 pasienter i hvert tidsrom besvart et spørreskjema.

Det har skjedd en viss utbygging og økning av ressurser fra 2002 til 2005 ved flere av de åtte DPS-ene. Dette gjelder både utviklingen av døgntilbudet ved fire DPS, og en økt differensiering av tilbudene ved etablering av flere ambulante team overfor pasienter med psykoser eller ruslidelser.

Tilgjengeligheten på tilbud ser ut til å ha økt litt ut fra antallet pasienter som er registrert i løpet av 4 uker. Det er litt ulike mønstre når det gjelder tilgang på ulike typer behandlingstilbud. Det er en økning i bruk av kognitiv terapi og ulike former for gruppeterapi.

Samarbeid mellom DPS og andre tjenester har økt både ut fra omfang av kontakt og samarbeidsmøter.

Det er en stor økning i andeler pasienter som har en individuell plan, og denne økningen er primært ovenfor de målgruppene som ordningen med individuell plan særlig er opprettet for.

Det har ikke skjedd noen signifikant endring i hvordan pasientene som brukere av tjenestene opplever tilbudet fra DPS-ene. Pasientene er fortsatt mindre fornøyd med informasjon og mulighet til å ha innflytelse på tilbudet de får, og de fleste er fortsatt godt fornøyd med kontakten med behandleren.

Det er noe bedring i tilfredshet med egen psykiske helse, men ellers innen vesentlige endringer i pasientenes livskvalitet, og det er ingen sammenheng mellom livskvalitet og utbygging av tilbudene ved DPS-ene.

Kommunehelsetjenestens vurdering av DPS samlet sett ut fra et spørreskjema til allmennleger og andre i de 45 kommunene/bydelene i DPS-områdene er at det har skjedd en bedring av tilbudet fra 2002 til 2005.

	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	helse	health
GRUPPE 2	helsetjenester	health services
EGENVALGTE	distriktspsykiatriske sentre	community mental health centers
	desentralisert psykiatri	community psychiatry
	brukertilfredshet	user satisfaction

Forord

Dette er den andre rapporten fra en undersøkelse om utbyggingen av distriktspsykiatriske sentre i Norge og virkningen av dette på tjenestetilbudet og brukernes opplevelse av dette. Undersøkelsen er en del av den evalueringen av Opptrappingsplan for psykisk helse som Norges forskningsråd gjennomfører på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Rapporten bygger på data innsamlet i 2002 og 2005, og den har fokus på endringer fra 2002 til 2005.

Også denne andre runde av undersøkelsen har først og fremst vært avhengig av den store innsatsen som er gjort av koordinator, kontorpersonale, behandlere og andre ved de åtte distriktspsykiatriske sentrene der det er blitt registrert opplysninger om de pasientene de hadde kontakt med i 4 uker, samt de tilbudene disse mottok. Denne betydelige innsatsen midt i krevende kliniske arbeid er bærebjelken i undersøkelsen, og prosjektleder ønsker igjen å uttrykke stor respekt og takk for det omfattende arbeidet som er gjort!

Et like viktig bidrag har det vært at så mange pasienter og pårørende besvarte spørsmål om sine erfaringer med de distriktspsykiatriske tjenestene. Det legges økende vekt på hva brukere av helsetjenestene synes om tjenestene, og opplysningene som er gitt i denne undersøkelsen er en viktig informasjonskilde både for helsemyndigheter og for de som yter tjenestene. Det vil derfor bli utarbeidet flere publikasjoner enn denne rapporten for at disse verdifulle opplysningene skal bli tilgjengelig for dem som skal bruke dem.

Mange leger og andre som arbeider i den kommunale helse- og sosialtjenesten har gitt sin vurdering av tilbudene ved det distriktspsykiatriske senteret og sitt samarbeid med det. Dette omtales i en egen publikasjon, men et par spørsmål om eventuelle endringer i de samlede tilbudene fra 2002 til 2005 tas med her i denne rapporten.

Seniorforsker Rolf W Gråwe, forsker Solfrid Lilleeng og forsker Johan Håkon Bjørngaard har stått for tilrettelegging av datafiler, analyser og skriving av denne rapporten sammen med undertegnede. Jeg takker for godt samarbeid.

DPS-ene mottok rapporten i mars til gjennomsyn, og har gitt noen korrigeringer når det gjelder ressurser. I denne rapporten som ferdigstilles nå i april for offentliggjøring, er det derfor gjort noen korrigeringer i tabeller og/eller tekst i kapitlene 1.4 og 2.1, kapitlene 2.2 og 2.3, og kapittel 3.1.1. Det er dessuten gjort noen endringer i kapittel 5.7 og kapitel 6. Sammendraget er korrigert på de tilsvarende punktene der dette har vært nødvendig.

Torleif Ruud

Prosjektleder
April 2006

Sammendrag

Undersøkelsen bygger på opplysninger fra behandlerne ved åtte distriktspsykiatriske sentre om de pasientene de hadde kontakt med i løpet av fire uker vinter/vår 2002 og i løpet av fire uker vinteren/våren 2005. Ca 1200 pasienter i hvert tidsrom besvarte også et spørreskjema.

Har det skjedd en utbygging av DPS-er fra 2002 til 2005?

For de stedene vi har data for, har det skjedd en økning i økonomiske ressurser fra 2001 til 2004, i følge tall fra Samdata psykisk helsevern og opplysninger fra DPS-er.

Det har skjedd en økning i bemanning ved fire DPS både i reelle tall og sett i forhold til befolkingen. Når det gjelder faktisk bemanning, har det skjedd en viss utjevning av forskjeller mellom DPS-ene. Men for bemanning sett i forhold til befolkningen i opptaksområdet, har det skjedd en økning i forskjeller mellom DPS-ene.

Bidrar utbygging av DPS-er til økt tilgjengelighet til tjenestene?

Samlet sett var det en økning i antallet registrerte pasienter ved de åtte DPS-ene fra 2002 til 2005. Det har vært en faktisk økning av pasienter ved alle DPS-ene, mens vinterferie i registreringsperioden i 2005 og andre forhold har for noen DPS-er ført til at en mindre andel av pasientene ble registrert i 2002. Men selv om en har dette med i vurderingen, er det en variasjon mellom DPS-ene i hvor stor andel av befolkningen en har kontakt med.

Det var samlet sett en reduksjon i andelen pasienter der denne behandlingsepisoden var pasientens første møte med psykisk helsevern.

Det er ingen endring i fordeling på diagnoser eller andel pasienter med psykotisk lidelse. Men det er noe reduksjon i andel med alvorlige rusproblem, og en økning i andel med alvorlige problem når det gjelder arbeid eller aktivitet som er tilpasset deres behov.

Når det gjelder utredning var det registrert en signifikant økning i psykologisk testing og trygdesaker, mens ellers omtrent samme omfang av psykiatrisk og somatisk utredning.

Samlet sett var det en klar økning i andel av pasienter med oppfølging av psykofarmaka, men noe av dette kan skyldes en endring i registreringsform. Det var en stor økning i andel pasienter med rådgivning, kognitiv terapi/atferdsterapi, interpersonlig psykoterapi, støttende psykoterapi og annen individuell psykoterapi. Det var ingen endring i andel pasienter med kriseintervensjon eller psykodynamisk psykoterapi. Kognitiv terapi var den mest brukte av de mer spesifikke psykoterapiformene i 2005, og støttende psykoterapi er fortsatt den mest brukte behandlingsformen. Det var en økning i andel pasienter med kognitiv terapi i gruppe, analytisk gruppeterapi og annen gruppeterapi. Men det var en reduksjon i andel med par/familiesamtaler og flerfamiliegrupper. Billedterapi/musikkterapi og fysioterapi/ psykomotorisk behandling hadde også økt.

Samlet sett for alle DPS-ene var det innen rehabiliteringstiltak en økning i andel med trening i sosial fungering, tiltak som gjelder bolig eller økonomi og hjelp når det gjelder arbeid eller skolegang.

Det var litt ulike mønstre ved enkelte DPS-er når det gjelder endringer i tilgang på ulike typer behandlingstilbud.

Bidrar utbygging av DPS-er til bedre funksjonsdeling innen tjenestene?

Fra 2002 til 2005 har det skjedd en økning i antall spesialiserte team ved DPS-ene og i andelen av pasienter som mottar tilbud fra slike spesialiserte team. Dette betyr en økt differensiering av hvilke tilbud pasientene mottar, og dermed trolig også en bedre tilpasning av tilbudene til pasientenes behov.

Bidrar utbygging av DPS-er til bedre samarbeid i behandlingsnettverket?

Samlet sett for alle DPS-ene var det en stor økning i kontakt med andre tjenester og instanser i registreringsperioden når det gjelder fastleger, sykepleiere eller psykiatriteam i kommuner/bydeler, sosialtjenesten, og andre deler av den psykiatriske og den somatiske spesialisthelsetjenesten. Det var også en økning i kontakt med rustjenesten og arbeidsgiver/utdanningssted og med familie/pårørende/venner. Det var ingen økning i kontakt med politi/fengsel/kriminalomsorg.

Det var en stor økning i andel pasienter der det var registrert samarbeidsmøte i kommunen om vedkommende pasient i løpet av perioden.

Det var altså en klar økning i omfang av samarbeid, og vi antar derfor at dette også har medført en bedring av samarbeidet, noe kommunehelsetjenestens vurdering (nedenfor) også tyder på.

Er den faglige standard og kvalitet på tilbudene i utbygde DPS-er tilfredsstillende?

En mindre andel av pasientene burde etter behandlernes mening ha vært behandlet på et lavere eller høyere kompetansenivå. Fordelingen er svært lik på de to tidspunktene, og det var ingen signifikant forskjell. Andelen døgnpasienter som en mener burde ha vært på et annet nivå var mye lavere enn i de nasjonale pasientregistreringene som er gjort hvert femte år og seinest i slutten av 2003 omtrent midt mellom de to tidspunktene i vårt prosjekt.

Tilbudet ble i 2005 vurdert til å være utilstrekkelig for en litt større andel av pasientene enn i 2002, og denne forskjellen var signifikant. På begge tidspunkt er begrunnelsene for et ikke tilstrekkelig tilbud primært at pasienten ikke ønsker det en vil tilby eller at en ikke har kapasitet nok, og i mindre grad at en ikke har den kompetansen som trenges for å gi et mer tilstrekkelig tilbud.

Fordelingen på faggruppe for dem som oppgis som hovedbehandler for den enkelte pasient er svært stabilt fra 2002 til 2005. Det en noe økning i andel pasienter som har psykolog eller psykologspesialist som hovedbehandler. Med hovedbehandler er her ment den som har hovedkontakten med pasienten.

Kommunehelsetjenestens vurdering av DPS-tilbudet samlet sett, ut fra et spørreskjema til allmennleger og andre i de 45 kommunene/bydelene i DPS-områdene, er at det har skjedd en bedring av tilbudet ved DPS-ene fra 2002 til 2005

Bidrar utbygging av DPS-er til høyere livskvalitet og brukertilfredshet?

Pasientene ved tre DPS-er er mer tilfreds med sin psykiske helse i 2005 enn i 2002, og dette er også en signifikant endring samlet sett. For øvrig har det med unntak av ett sted ikke skjedd noen vesentlig endring i pasientenes livskvalitet fra 2002 til 2005, og det er vanskelig å påvise noen sammenheng mellom livskvalitet og utbygging av tilbudene ved DPS-ene.

Det har ikke skjedd noen signifikant endring i hvordan pasientene som brukere av tjenestene opplever tilbudet fra DPS-ene. Pasientene er fortsatt mindre fornøyd med informasjon og mulighet til å ha innflytelse på tilbudet de får, og de fleste er fortsatt godt fornøyd med kontakten med behandleren.

Bidrar individuelle planer til bedre samarbeid og høyere brukertilfredshet?

Det er en stor økning i andeler pasienter som har en individuell plan, og denne økningen er primært ovenfor de målgruppene som ordningen med individuell plan særlig er opprettet for.

Vi kan foreløpig ikke svare på om økning i individuelle planer bidrar til bedre samarbeid og høyere brukertilfredshet.

Innholdsfortegnelse

Forord 1

Sammendrag 3

1 Innledning 11

1.1 Bakgrunn for prosjektet 11

1.2 Utvalg av DPS og endring i det 12

1.3 Datainnsamlingene i 2002 og 2005 12

1.4 Materialet 13

1.5 Statistiske analyser som er brukt 14

2 Grad av utbygging av DPS 15

2.1 Endringer i struktur på tilbudet ved noen DPS 15

2.2 Endringer i økonomi 16

2.3 Endringer i bemanning 17

3 Tilgjengelighet og hvem som mottar tilbud 18

3.1 Endringer i antall som mottar tilbud 18

3.1.1 Antall pasienter med tilbud ved DPS 18

3.1.2 Flere får tilbud fra spesialteam 19

3.2 Endringer i hvem som mottok tilbud 20

3.2.1 Endringer i sosiodemografiske forhold 20

3.2.2 Hvor pasientene ble henvist fra 20

3.2.3 Behandling i psykisk helsevern siste 12 måneder 21

3.2.4 Endring i første kontakt med psykisk helsevern 21

3.2.5 Hovedgrunner for inntak av pasienter 21

3.2.6 Pasientgrupper ut fra diagnoser 22

3.2.7 Andel pasienter med psykotisk lidelse 23

3.2.8 Alvorlighetsgrad av symptomer og funksjonssvikt 23

3.2.9 Alvorlighetsgrad innen ulike problemområder 24

3.2.10 Bruk av alkohol og stoff 25

3.3 Endringer i ventetid 25

4 Samarbeid, koordinering og individuell plan 27

4.1 Endringer i samarbeid med andre tjenester 27

4.1.1 Endringer i antall samarbeidsmøter 28

4.1.2 Økning av pasienter med ansvarsgruppe i kommunen 28

4.2 Endringer i bruk av individuell plan 28

5 Tjenestenes kvalitet og effekt 30

5.1 Endringer i kompetanse 31

5.2 Hvem som er hovedbehandler for pasienten 31

5.3 Endringer i ulike typer tilbud 32

5.3.1 Endringer i bruk av ulike former for utredning 33

5.3.2 Endringer i bruk av individualterapi og samtaler 34

5.3.3 Endringer i gruppeterapi og arbeid med familier 35

5.3.4 Endringer i bruk av andre behandlingsformer 36

5.3.5 Endringer i bruk av ulike tiltak innen rehabilitering 37

5.3.6 Endringer i bruk av tiltak under døgnbehandling 38

5.4 Behandlernes vurdering av tilbudene de gir 38

5.4.1 Om pasienten behandles på riktig kompetansenivå 38

5.4.2 Om pasientens nåværende tilbud er tilstrekkelig 39

5.5 Endringer i pasientenes tilstand siden behandlingsstart 40

5.6 Pasientenes erfaringer og tilfredshet 41

5.6.1 Hvordan informasjonen har vært 41

5.6.2 Opplevelsen av kontakten med behandlerne 43

5.6.3 Innflytelse i behandlingen 46

5.7 Primærhelsetjenestens vurdering av tilbudet 47

6 Pasientenes opplevelse av livskvalitet 48

7 Litteraturreferanser 50

Vedlegg 52

Tabeller

Tabell 1.1 Antall registrerte pasienter ved hvert DPS og prosentvis fordeling mellom dem ..13

Tabell 2.1 Tabell over økonomi ved hvert DPS hentet fra Samdata psykisk helsevern.....16

Tabell 2.2 Tabell over bemanning ved hvert DPS ut fra Samdata psykisk helsevern 17

Tabell 3.1 Gjennomsnittlige GAF-skårer ved ulike typer kliniske enheter i 2002 og 2005.....24

Tabell 3.2 Samlet andel (%) med alvorlig grad av problemer innen ulike områder i 2002 og 2005.....24

Tabell 3.3 Andel pasienter (%) med ulike grader av bruk av alkohol og stoff i 2002 og 2005. 25

Tabell 3.4 Ventetid fordelt på tidskategori i 2002 og 2005 for alle DPS samlet (antall og prosent). 26

Tabell 5.1 Antall besvarte skjema fra fagpersonalet ved DPS ene i 2002 og 2005. 30

Tabell 5.2 Vurdering av om pasienten behandles på riktig kompetansenivå 38

Tabell 5.3 Begrunnelse dersom en mener at pasientens nåværende tilbud ikke er tilstrekkelig 39

Tabell 5.4 Kommunehelsetjenestens vurdering i 2005 av tilbudet alt i alt ved DPS-ene i 2002 og 2005 47

Tabell 6.1 Pasientenes livskvalitet innen ulike områder i 2002 og 2005 48

Figurer

Figur 3.1 Prosentvis fordeling på aldersgrupper i 2002 og 2005 20

Figur 3.2 Behandlernes vurdering av hovedgrunner for inntak av pasientene i 2002 og 2005 (prosent). 22

Figur 3.3 Median ventetid (dager) for tilbud ved de ulike DPS i 2002 og 2005 26

Figur 4.1 Andel (%) av pasienten i 2002 og 2005 der det har vært kontakt med ulike instanser 27

Figur 4.2 Andelen (%) med individuell plan i 2002 og 2005 ved ulike typer behandlingsenheter 29

Figur 5.1 Deltatt i kompetanseoppbygging siste 3 måneder. Andel (%) av fagpersonell i 2002 og 2005. 31

Figur 5.2 Hovedbehandler for pasienten i 2002 og 2005 ut fra oppgitt faggruppe (%) 32

Figur 5.3 Andel av alle pasientene (%) i 2002 og 2005 med individualterapi og samtaler.... 34

Figur 5.4 Andel av alle pasientene (%) i 2002 og 2005 med gruppeterapi og arbeid med familier 35

Figur 5.5 Andel av pasientene (%) i 2002 og 2005 med andre terapiformer 36

Figur 5.6 Andel av pasientene (%) i 2002 og 2005 med ulike former for rehabiliteringsopplegg 37

Figur 5.7 Andel (%) av døgnpasienter i 2002 og 2005 med ulike tiltak 38

Figur 5.8 Grad av endring siden behandlingsstart (målt på skåringsskalaen 1-7) 40

Figur 5.9 Prosentandel pasienter som oppgir at de har svært -/ganske dårlig eller blandede erfaringer med informasjonen. 2002 og 2005. 42

Figur 5.10 Gjennomsnittsverdier på indeks om informasjon. Skala fra 0-100 hvor 100 er best. 43

Figur 5.11 – Andel pasienter som oppgir svært/ganske dårlig eller blandet kontakt med behandlerne 44

igur 5.12 – Gjennomsnittsverdier på indeks om behandlerrelasjon. Skala fra 0-100 hvor 100 er best. 45

Figur 5.13 Pasientenes erfaring med mulighet til å påvirke hvem de fikk som behandler. Prosent. 46

1 Innledning

Utbygging av distriktspsykiatriske sentre (DPS-er) er en hovedsatsing i Opptrappingsplan for psykisk helse for å nå dens overordnede mål om et bedre psykisk helsevern uansett bosted.

En forutsetning for å kunne vurdere virkningene av en utbygging, er at det virkelig har skjedd en utbygging. I denne rapporten drøfter vi både dette og de andre spørsmålene nedenfor som prosjektet prøver å finne svar på:

- Har det skjedd en utbygging av DPS-er fra 2002 til 2005?
- Bidrar utbygging av DPS-er til økt tilgjengelighet til tjenestene?
- Bidrar utbygging av DPS-er til bedre funksjonsdeling innen tjenestene?
- Bidrar utbygging av DPS-er til bedre samarbeid i behandlingsnettverket?
- Er den faglige standard og kvalitet på tilbudene i utbygde DPS-er tilfredsstillende?
- Bidrar utbygging av DPS-er til høyere livskvalitet og brukertilfredshet med tilbudene?
- Bidrar individuelle planer til bedre samarbeid og høyere brukertilfredshet?

Denne første rapporten fra prosjektet belyste en del av problemstillingene ut fra data fra 2002 ved å analysere forskjeller mellom ni DPS med noe ulik utbyggingsgrad.

I denne rapporten analyserer vi i hvilken grad det har skjedd endringer fra 2002 til 2005 når det gjelder pasientene som mottar tilbud, tilbudet som gis, samarbeidet mellom DPS og andre tjenester, bruk av individuelle planer, pasientenes livskvalitet, og hvordan pasientene opplever at tilbudet er. Vi vurderer også om eventuelle ulikheter mellom DPS-er i grad av endringer kan forstås ut fra hva som er endret ved det enkelte DPS fra 2002 til 2005.

Utformingen av prosjektet er godkjent av Etisk forskningskomite for Helseregion Midt-Norge og meldt til Datatilsynet gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Sosial- og helsedirektoratet har gitt dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med innhenting av data fra helsetjenestene, under forutsetning av at pasientenes kommunetilhørighet ikke blir registrert.

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Utbyggingen av distriktspsykiatriske sentre som en sentral del av de offentlige spesialisthelsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser er i samsvar med utviklingen av desentralisert psykisk helsevern (community psychiatry) i de vestlige land som det er nærmest å sammenligne seg med (Thornicroft & Scmukler 2001).

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (Stortingsproposisjon nr 63 (19917-98) definerer og beskriver en del prioriterte mål for planlagte endringer gjennom planperioden. Omstrukturering av de voksenpsykiatriske spesialisthelsetjenestene ved utbygging av distriktspsykiatriske sentre er et sentralt organisatorisk virkemiddel.

Sosial- og helsedepartementet har i Rundskriv I-24/99 (1999) gitt en beskrivelse av hva et distriktspsykiatrisk senter (DPS) skal bestå av, og det er denne omtalen som det også

henvises til i den veilederen Distriktspsykiatriske sentre – organisering og arbeidsområder (2001) som Statens helsetilsyn senere har gitt ut. Rundskrivet gir denne beskrivelsen:

Et DPS er en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk område. Senteret bør bestå av poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling under en felles faglig ledelse. Det skal samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet, gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere i kommunene. og yte polikliniske og ambulante tjenester til pasienter i kommunene. Døgn-avdelingen bør både kunne tilby korttids krise- og avlastningsopphold for hjemmeboende psykiatriske pasienter, og lengre tids opphold for behandling og rehabilitering.

DPS-et skal gi egne tjenester ved et bredt tilbud med god intern koordinering og god nok kvalitet. Med sin posisjon mellom førstelinjetjenesten og de mer spesialiserte sentralsykehustilbudene har DPS-et også en oppgave i å bidra til koordinering av det samlede tilbudet for den enkelte bruker og til det samlede tilbudet for befolkningen i opptaksområdet.

Undersøkelsen om tjenestene ved DPS-er fokuserer på det midterste nivået i den modellen som Thornicroft og Tansella (1999) har beskrevet for å evaluere psykisk helsevern på individnivå, nivå for lokale opptaksområder og nasjonalt nivå. Men data hentes i stor grad på individnivå og aggregeres opp til høyere nivå (opptaksområde og samlet).

Både i rundskrivet fra departementet og ikke minst i veilederen fra Helsetilsynet er det gitt mer utfyllende beskrivelse av hvordan DPS-ene skal bidra til et bedre tjenestetilbud.

1.2 Utvalg av DPS og endring i det

Ved planlegging av prosjektet ble det ut fra tall fra Samdata psykisk helsevern for år 2000 estimert at et utvalg på omtrent ti DPS-er ville gi et tilfredsstillende datagrunnlag når det gjaldt antall pasienter på ulike omsorgsnivå (poliklinisk, dagtilbud, døgntilbud) for å besvare problemstillingene.

Ut fra noen kriterier på grad av utbygging (godkjenning, antall ulike kliniske enheter, bemanning, grad av samlokalisering) og krav til noe spredning by/land ble 11 DPS-er i januar 2002 invitert til å delta. Ni av disse ble med på prosjektet. Flere av DPS-ene skulle med stor grad av sikkerhet gjennomgå vesentlige steg i utbyggingen i løpet av de neste årene, slik at det ville bli endringer i utbyggingsgrad.

Ved ny datainnsamling i 2005 var ett av DPS-ene blitt integrert med et annet, og det var gjort store endringer i opptaksområdet. Dette gjorde det vanskelig å sammenligne data fra 2002 med eventuelle nye data fra 2005, og førte til at DPS-et ikke ble med videre i undersøkelsen.

1.3 Datainnsamlingene i 2002 og 2005

DPS-ene skulle registrere data om alle pasientene de hadde kontakt med i en periode på 8 uker i 2002 og 4 uker i 2005. Hver pasient skulle registreres bare en gang under registreringsperioden, men en skulle registrere alle tilbud som ble gitt i hele perioden. Registreringsskjema og spørreskjema fra 2005 er vedlegg bakerst i denne rapporten.

Behandlerne gav pasientene et informasjonsbrevet om undersøkelsen, og pasientene ble i det spurt om å gi samtykke til bruk av et anonymisert kodenummer, samtykke til at de selv fikk et spørreskjema, og samtykke til at nærmeste pårørende fikk et spørreskjema om sitt syn på tilbudene fra psykisk helsevern. Det anonyme kodenummeret skulle brukes til å koble opplysninger om samme pasient uten å kjenne pasientens identitet. Kodenøkkelen oppbevares av lederen ved DPS-et og skal slettes ved avslutning av prosjektet 31.12.08.

Det er ved datainnsamlingen i 2005 gjort følgende endringer i forhold til 2002:

- Registreringsperioden ble kortet ned til 4 uker for å redusere arbeidet for behandlerne. Det ble gjort beregninger som viste at vi likevel ville få et tilstrekkelig stort materiale fordi de fleste pasientene har kontakt over lengre tid.
- Registreringsskjemaet ble forkortet fra fem til to sider ved at registrering av en del variabler ble gjort kortere og enklere, og ved at noen grupper av variabler ble fjernet.

1.4 Materialet

Tabellen nedenfor viser antallet pasienter som vi har data på fra hvert av tidspunktene, etter at følgende reduksjon av data fra 2002 er blitt gjort for å kunne sammenholde 2002 og 2005:

- Data fra Sinsen DPS (som ikke er med i 2005) er fjernet fra datafila.
- De pasientene i materialet i 2002 som DPS-ene kom i kontakt med de fire siste av de åtte ukene er fjernet, slik at dette samsvarer med materialet fra 4 uker i 2005.

Tabell 1.1 Antall registrerte pasienter ved hvert DPS og prosentvis fordeling mellom dem

	2002		2005	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Moss	156	6,3	312	10,3
Edwin Ruud	229	9,2	254	8,4
Lillestrøm	339	13,6	746	24,5
Lillehammer	421	16,9	498	16,4
Ringerike	243	9,8	317	10,4
Nordre Vestfold	546	21,9	429	14,1
Betanien	372	14,9	294	9,7
Vesterålen	183	7,4	191	6,3
Total	2489	100	3041	100

Tabellen viser en økning av antall registrerte pasienter fra 2002 til 2005. Dette er størst ved Lillestrøm, der en vel i 2002 ikke fikk med alle pasientene fordi arbeidspresset var stort og en fikk for kort tid til å forberede datainnsamlingen. Det at noen DPS-er har en reduksjon av antallet registrerte pasienter, skyldes at vinterferien falt i registreringsperioden i 2005 og medførte en reduksjon i pasientkontakt og antall pasienter som kunne registreres. Sammenlignet med 2002 er det også ved disse DPS-ene er faktisk økning i antall pasienter, selv om ikke dette fanges opp av registreringen på grunn av de nevnte forhold.

Registreringen av pasienter antas å være mer komplett i 2005 enn i 2002. I 2002 var det noen få prosent av pasientene ved et par DPS som ikke ble inkludert i undersøkelsen fordi noen terapeuter ikke fylte ut skjema om sine pasienter. Ved noen DPS var det trolig også noen pasienter en ikke fikk registrert fordi en ikke hadde fått god nok tid til å forberede registreringen. Ved registreringen i 2005 var skjema og registreringstid kortet ned, og kontorpersonalet og de fleste behandlerne hadde ikke så mye nytt å sette seg inn i fordi de hadde vært med i 2002.

Det kan være at det ved registreringen i 2002 var flere pasienter som ikke ble registrert i de første ukene enn i de siste ukene, og at vi ved reduksjon av 2002-data fra åtte til fire uker ville ha fått et noe større antall pasienter fra 2002 om vi hadde valgt de fire siste ukene.

Det har skjedd en økning i antallet pasienter ved de åtte DPS-ene fra 2002 til 2005, men antallet pasienter som er registrert i de to datainnsamlingene gir altså for noen DPS noe feilaktig bilde av den faktiske endringen i antall pasienter på grunn av de nevnte forhold som har slått ulikt ut ved forskjellige DPS-er.

1.5 Statistiske analyser som er brukt

I denne rapporten har vi brukt t-test og enveis variansanalyse med Scheffes korrigering ved analyse av signifikante forskjeller mellom henholdsvis to eller flere enheter for variabler som er kontinuerlige eller ordinalvariabler. For testing av signifikante forskjeller når det gjelder kategorivariabler har vi brukt chi-kvadrat-test.

2 Grad av utbygging av DPS

I dette kapitlet drøfter vi om det har skjedd en utbygging av DPS-ene fra 2002 til 2005 ut fra de åtte DPS-ene som har vært med på undersøkelsen både i 2002 og 2005. Vi beskriver også nedenfor i hvilken grad det har skjedd strukturelle endringer i form av nye eller utvidede behandlingsenheter ved det enkelte DPS.

Ut fra intensjonene i Opptrappingsplanen er det nærliggende å tenke seg følgende endringer i ressurser fra 2002 til 2005

- En generell økning i ressurser (bemanning og økonomi) ved alle DPS
- Mest økning ved DPS som har bygget opp nye kliniske enheter (poster/team)
- Mest økning der det var minst ressurser pr innbygger, altså konvergering (blir mer like)

Endringer i opptaktsområder

Det er noen mindre endringer i størrelsen på opptaksområdene for DPS Edwin Ruud, Lillestrøm DPS og Nordre Vestfold DPS når det gjelder hvilke kommuner som hører til opptaksområdet. Det er tatt hensyn til dette i analyser der vi trekker inn størrelsen på befolkningen i opptaksområdet.

2.1 Endringer i struktur på tilbudet ved noen DPS

Nedenfor følger en kort omtale av hver av de åtte DPS-ene og endringer fra 2002 til 2005.

Moss DPS bestod i 2002 av en poliklinikk og hadde ikke noen egne døgnavdelinger eller andre kliniske enheter. Lokale døgnplasser var definert ved DPS Sarpsborg. Poliklinikken holdt til i en brakke. Et nybygg med plass til poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling var under oppføring i 2002 og ble tatt i bruk ved årsskiftet 2002/2003. Moss DPS har nå poliklinikk, dagavdeling og to døgnavdelinger, og er vesentlig mer utbygd i 2005 enn i 2002.

DPS Edwin Ruud (kalt Indre Østfold DPS i 2002) hadde i 2002 poliklinikk og dagtilbud ved sykehuset i Askim, og en døgnenhet ved Edwin Ruuds hospital noen km utenfor Askim. Alle enhetene ved DPS-et ble i løpet av høsten 2002 samlokalisert i nyoppussende lokaler i Edwin Ruuds hospital og fikk navnet DPS Edwin Ruud. Endringene her har vært samlokalisering og en økning i kapasiteten på døgntilbudet.

Lillestrøm DPS dekker nedre Romerike og er plassert i nybygg i utkanten av Lillestrøm. Lillestrøm hadde i 2002 poliklinikk, dagavdeling, psykoseteam og psykiatrisk ungdomsteam på samme sted. To døgnenheter (Moenga og Fjerdingby) var fysisk plassert andre steder på Romerike. I 2005 er tilbudet utvidet med et ambulant team til, og det er etablert en døgnavdeling i samme bygg som hoveddelen av DPS. Det er altså noen endringer i struktur.

Lillehammer DPS har poliklinikk og rusteam ved sykehuset i Lillehammer. Det har også en poliklinikk i Otta, som er i andre enden av opptaksområdet oppover i Gudbrandsdalen. De to døgnenhetene (Kløverhagen og Bredebygden) ligger lenger nord i Gudbrandsdalen, og den siste er ved poliklinikken i Otta. Det skal på sikt etableres en døgnavdeling ved sykehuset i Lillehammer, men det er ingen strukturelle endringer i tilbudet fra 2002 til 2005.

Ringerike DPS har poliklinikk, dagavdeling, rusteam og døgnavdeling. De tre første enhetene er samlokalisert ved sykehuset på Hønefoss. Døgnenheten (Røyse) ligger noen km

unna. Senteret har siden 2002 fått erstattet en brakkeløsning med et nybygg for poliklinikk og dagavdeling, men det er ingen strukturelle endringer i tilbudet.

Nordre Vestfold DPS ligger ved Holmestrand og har poliklinikk med allmennpsykiatrisk team, gruppeteam, psykoseteam, psykiatrisk ungdomsteam (PUT), rusteam, en dagenhet og to døgnenheter. Alle disse kliniske enhetene er samlokalisert i flere bygninger som ligger like ved hverandre. Det er ingen strukturelle endringer i tilbudet fra 2002 til 2005

Betanien DPS ved Bergen har poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling. Poliklinikken har to allmennteam med ansvar for hver sin bydel, samt et rehabiliteringsteam som behandler pasienter med langvarig alvorlig sinnslidelse og behov for koordinerte tjenester. Alle enhetene er samlokalisert ved det lokale somatiske sykehuset. Ingen endringer fra 2002.

Vesterålen DPS i Stokmarknes har poliklinikk, en døgnenhet ved sykehuset i Storkmarknes, og en døgnenhet på Andenes (ca. 2 timer med bil) i andre delen av opptaksområdet. Det er siden 2002 bygget en ny døgnavdeling plassert ute i en annen kommune, slik at Vesterålen DPS har fått en økning i antall døgnavdelinger og antall døgnplasser siden 2002.

2.2 Endringer i økonomi

Tall for økonomiske ressurser i form av totale driftsutgifter er hentet fra regnskapstall rapportert i Samdata psykisk helsevern. Disse er korrigert for DPS-er som etter gjennomsyn av rapporten fant feil tabellen. For sammenligning er det brukt regnskapstall fra året før registreringen. Det er altså ikke gjort noen egen innhenting av regnskapstall ved prosjektet.

Problemene med å sammenligne driftstall fra 2002 og 2005 er at det kan variere hva som er tatt med av felleskostnader med helseforetak eller sykehus, om det er tatt med regnskapstall for andre døgninstitusjoner der DPS-et bruker noen eller alle døgnplassene, og om helseforetaket rapporterer regnskapstall for de enkelte avdelinger eller bare for hele helseforetaket samlet. Tabellen nedenfor er derfor ikke komplett for 2004, og det henvises også til kommentarene i fotnotene til tabellen.

Tabell 2.1 Tabell over økonomi ved hvert DPS hentet fra Samdata psykisk helsevern

DPS	Regnskap reelle tall			Kr pr innb		
	Totale driftsutgifter (1000 kr)					
	2001	2004	Endringer %	2001	2004	Endringer %
Moss *	21640			421		
Edwin Ruud *	23060			514		
Lillestrøm *	45800			331		
Lillehammer	37830	45830	21	542	659	22
Ringerike **	34542	42322	23			
Nordre Vestfold	37570	41570	11	741	806	9
Betanien **	29960	34223	14	469	532	13
Vesterålen ***	21900			708		
Gjennomsnitt	31537			532		

*) Regnskapsdata er levert bare på helseforetaksnivå i 2004. **) Ringerike DPS og Betanien DPS har oppgitt korrigerte tall. For Ringerike kan vi ikke regne ut kr/innbygger fordi opptaksområdet for døgnenheten er annerledes enn for resten av DPS. ***) Forskjellen i regnskapstallene i Samdata for Vesterålen var så stor at vi antar at det er ulike beregningsmåter de to årene, og vi har derfor ikke tatt

med tallene for 2004. For Moss 2001 har vi inkludert en andel av kostnadene for døgninstitusjonen de brukte som svarer til den andelen sengeplasser som ble brukt av opptaksområdet til DPS Moss.

2.3 Endringer i bemanning

På samme måte som for økonomiske ressurser er endringen i bemanning hentet fra ut fra de tall som er tilgjengelige i Samdata psykisk helsevern. Disse er basert på innrapportering fra institusjonene til Statistisk sentralbyrå ved slutten av året før registreringen. Det er altså ikke gjort noen egen innhenting av tall for bemanning ved vårt prosjekt. Men tallene nedenfor om bemanning er altså for et tidspunkt noen måneder før registreringen av pasienter.

Tabell 2.2 Tabell over bemanning ved hvert DPS ut fra Samdata psykisk helsevern

DPS	Bemanning reelle tall			Bemanning pr 100 tusen innb		
	2001	2004	Endringer %	2001	2004	Endringer %
Moss *	40	59	48	78	114	46
Edwin Ruud	41	52	27	91	114	26
Lillestrøm	111	128	17	80	96	20
Lillehammer	119	114	-4	171	164	-4
Ringerike **	66	66	0			
Nordre Vestfold	73	75	2	144	145	1
Betanien	61	62	1	95	96	1
Vesterålen	60	78	30	194	255	32
Gjennomsnitt	**71**	**79**		122	141	
(Standardavvik)	**(29)**	**(27)**		(47)	(56)	

*) For Moss 2001 har vi inkludert en andel av bemanningen ved døgninstitusjonen de brukte som svarer til den andelen sengeplasser som ble brukt av opptaksområdet til DPS Moss. **) For Ringerike 2001 har vi inkludert Røysetoppen. som i 2004 er inkludert i Ringerike DPS. Men fordi døgnenheten har et større opptaksområde enn resten av DPS, har vi ikke kunnet regne ut bemanning pr 100 000 innbyggere.

Det har skjedd en klar økning i bemanning både i faktiske tall og sett i forhold til befolkingen i opptaksområdet for fire DPS, og ingen endring av betydning ved fire DPS. Når det gjelder faktisk bemanning, har det skjedd en liten litt utjevning av forskjeller mellom DPS-ene (redusert standardavvik). Men for bemanning sett i forhold til befolkningen i opptaksområdet, har det skjedd en økning i forskjeller mellom DPS-ene (økt standardavvik).

3 Tilgjengelighet og hvem som mottar tilbud

3.1 Endringer i antall som mottar tilbud

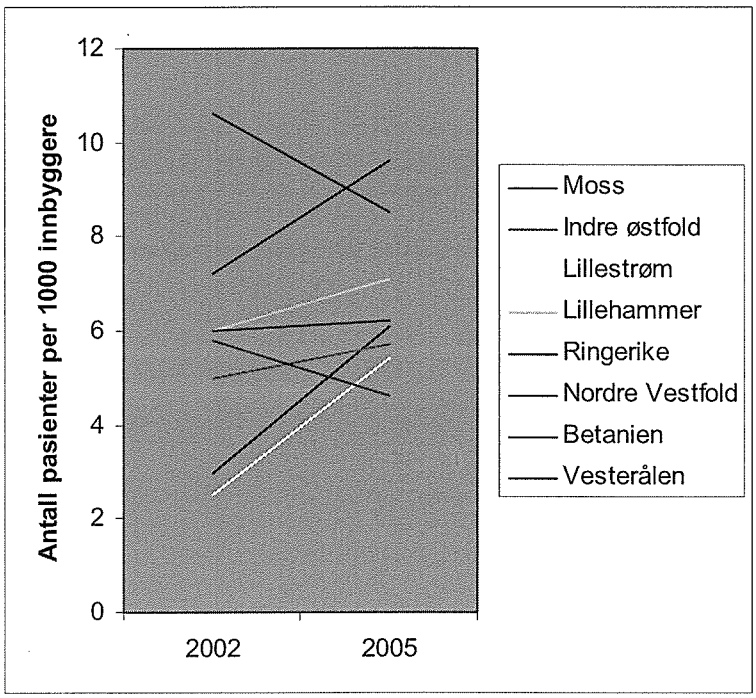
3.1.1 Antall pasienter med tilbud ved DPS

I 2005 omfattet registreringen 3041 pasienter og for en sammenlignbar registreringsperiode i 2002 omfattet den 2489 pasienter. Dette var en økning på 552 pasienter (22%). Økningen er i tråd med nasjonale tverrsnittsstudier av døgnbehandlede og polikliniske pasienter i psykisk helsevern utført av SINTEF Helse (Hagen & Ruud 2005, Gråwe et al 2005). Se for øvrig også det som er skrevet om i forrige kapitel om usikkerheten i størrelsen på økningen.

Det var noe variasjon mellom DPS-ene når det gjelder hvor stor andel av befolkningen som ble registrert i vår undersøkelse, slik det går fram av figuren nedenfor. I 2002 var det gjennomsnittlig 5,8 registrerte pasienter per tusen innbyggere (variasjonsbredde 3,0 - 10,6) og i 2005 var den 6,7 (variasjonsbredde 4,6 - 9,6).

Som omtalt i kapitel 1.4 har det vært en faktisk økning av pasienter ved alle DPS-ene, mens vinterferie i registreringsperioden i 2005 og andre forhold har for noen DPS-er ført til at en mindre andel av pasientene ble registrert i 2002. Men selv om en har dette med i vurderingen av figuren nedenfor, viser den at det er en variasjon mellom DPS-ene i hvor stor andel av befolkningen en har kontakt med.

Figur 3.1. Antall registrerte pasienter pr tusen innbyggere i hvert DPS område



3.1.2 Flere får tilbud fra spesialteam

Ved flere av DPS-ene har utviklingen gått i retning av etablering av flere og differensierte behandlingsenheter. I 2002 var den polikliniske behandlingen mindre differensiert på ulike spesialiserte team. Bortsett fra tre rusteam eller psykiatriske ungdomsteam, var det to psykoseteam og et rehabiliteringsteam ved alle DPS-ene. I 2005 var det to ruspoliklinikker, fem rusteam eller psykiatriske ungdomsteam, ett psykoseteam, to rehabiliteringsteam, ett kombinert tidligintervensjons- og rehabiliteringsteam, ett gruppeterapiteam, og to ambulante team. Ingen av DPS-ene hadde akutteam. Noen har etablert separate ruspoliklinikker i tillegg til eller som erstatning for rusteam. DPS Lillestrøm hadde størst bemanning og størst opptaksområde, og det var også det DPS som hadde flest spesialteam.

Økningen av antall pasienter var størst ved de allmennpsykiatriske polikliniske teamene, som også har størstedelen av pasientene ved DPS. Andelen av pasienter ved DPS-ene som mottok behandling ved de allmennpsykiatriske polikliniske teamene har imidlertid gått litt ned fra 71 % i 2002 til 69 % i 2005. Denne reduksjonen skyldes altså at det har funnet sted en økning i andelen som mottok behandling ved spesialteam.

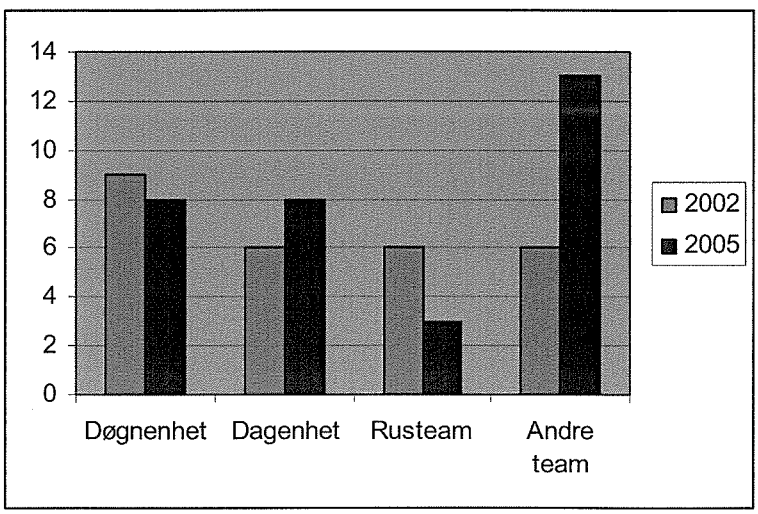
Figuren nedenfor viser fordelingen av pasienter på de øvrige typer enheter ved DPS-ene samlet. For å sammenligne fordelingen på de øvrige behandlingstilbudene, ble ambulante team, psykoseteam, rehabiliteringsteam, gruppeterapiteam og team for tidlig intervensjon alle kategorisert som "andre spesialteam". Det var en signifikant endring i fordelingen av antallet pasienter på de ulike behandlingstilbudene i 2002 og 2005 ($p=<0.001$). Det var særlig økning (fra 6 til 13 %) av andelen pasienter ved slike andre spesialteam. Flertallet av pasientene ved disse teamene hadde schizofreni eller beslektede lidelser, og vi har seinere i rapporten omtalt disse "andre spesialteamene" som psykoseteam.

Det var en mindre endring i andel pasienter ved dagenheter og ingen endring av betydning av andel pasienter ved døgnenheter fra 2002 til 2005. Selv om det har skjedd en signifikant økning i antallet døgnbehandlede og antallet polikliniske pasienter fra 2002 til 2005, har det ikke skjedd en endring i andelen pasienter som ble behandlet på døgn sammenlignet med andelen som ble behandlet poliklinisk.

Det var en viss reduksjon i andelen pasienter ved rusteam. Fordi pasienter ved rusteamet ved Lillestrøm DPS ikke deltok i 2005, ble alle data for rusteam ved Lillestrøm DPS fra 2002 fjernet fra analysene (og figur 3.2). Likevel viste registreringen at antall pasienter som mottok behandling i rusteam har gått ned fra seks prosent til tre prosent. Det er mulig at registreringen av pasienter som mottok behandling ved flere rusteam ble ufullstendig i 2005, da antall pasienter ikke står i forhold til økningen i antall rusteam og ruspoliklinikker.

Fra 2002 til 2005 har det skjedd en klar økning i antall spesialiserte team ved DPS-ene og i andelen av pasienter som mottar tilbud fra slike spesialiserte team. Dette betyr en økt differensiering av hvilke tilbud pasientene mottar, og dermed trolig også en bedre tilpasning av tilbudene til pasientenes behov.

Figur 3.2. Prosentvis fordeling av ikke polikliniske pasienter på type enhet

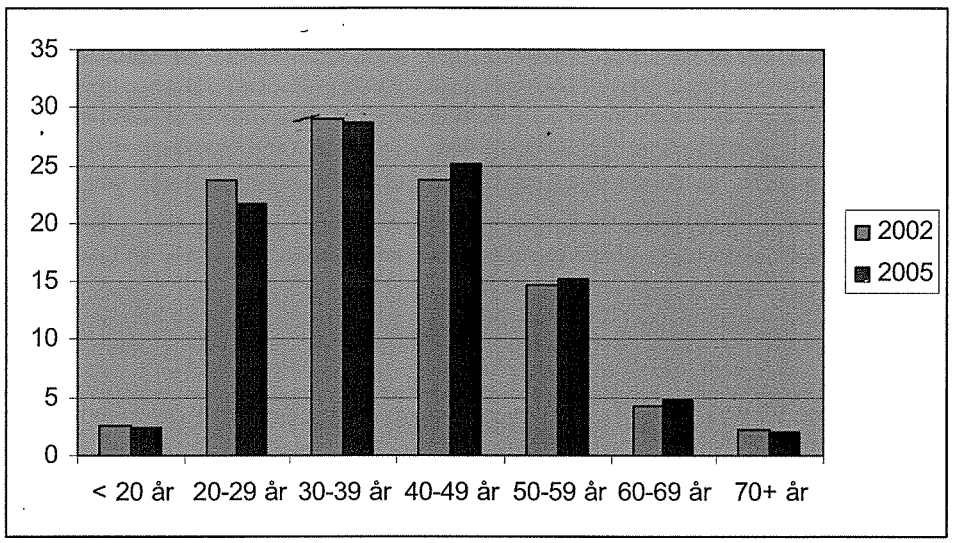


3.2 Endringer i hvem som mottok tilbud

3.2.1 Endringer i sosiodemografiske forhold

Det var ingen vesentlige endringer fra 2002 til 2005 når det gjelder sosiodemografiske forhold. Det var omtrent 60 prosent kvinner og 40 prosent menn på begge tidspunkt. Gjennomsnittlig alder i 2002 og 2005 var omtrent 39 år for begge kjønn (standardavvik 12 år). Størstedelen av de polikliniske pasientene er i aldersgruppen 30-49 år. Prosentvis fordeling på alderskategorier for 2002 og 2005 er vist i figuren nedenfor.

Figur 3.1 Prosentvis fordeling på aldersgrupper i 2002 og 2005



Etnisk og kulturell bakgrunn ble registrert med kategoriene norsk, vestlig (Vest-Europa eller den vestlige verden) og annen bakgrunn. Mellom 1 og 5 prosent av alle pasienter ved DPS-ene i 2002 og 2005 hadde vestlig-etnisk bakgrunn og mellom 2 og 9 prosent hadde annen bakgrunn.

3.2.2 Hvor pasientene ble henvist fra

De fleste pasientene i 2005 var henvist fra fastlegen (gjennomsnittlig 68 prosent), psykiatrisk sykehus (13%) og fra annen psykiatrisk enhet (10%). Henvisningsinstans ble ikke registrert i 2002. Det var stor variasjon blant DPS-ene når det gjaldt fordeling på henvisningsinstansene. De to DPS-ene med færrest henvisninger fra fastlege (Betanien 46%, Lillestrøm 57%), var også de to DPS-ene som hadde flest henvisninger fra psykiatrisk enhet ved DPS eller sykehus. Det var langt mindre variasjon blant DPS-ene med hensyn til andelen egenhenvisninger, eller henvisninger fra legevakt, kommunal pleie/psykiatriteam, somatisk enhet, privatpraktiserende og politi/fengsel/rettsvesen.

3.2.3 Behandling i psykisk helsevern siste 12 måneder

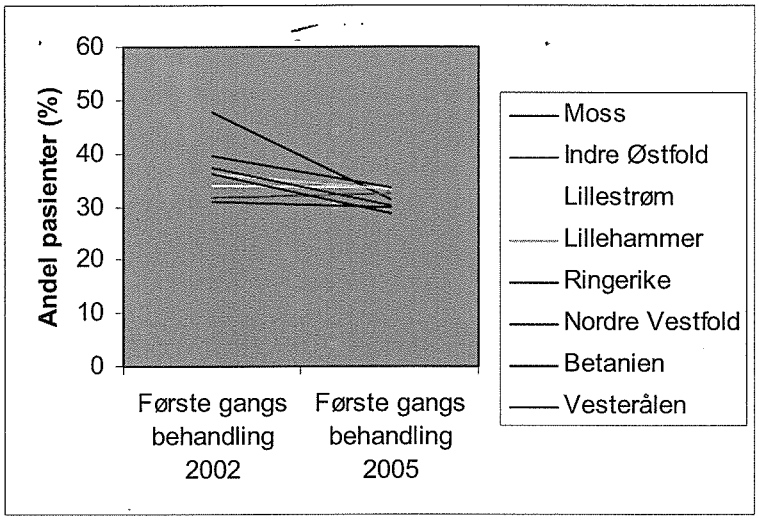
Omtrent åtte prosent av pasientene ble behandlet i døgnenheter både i 2002 og 2005.

Det hadde derimot skjedd en økning fra 8 til 12 % i andelen pasienter som hadde vært innlagt ved sykehus de siste 12 månedene. Andelen som tidligere hadde vært innlagt på sykehus var enda høyere blant de som ble døgnbehandlet ved DPS. I 2002 hadde 45 prosent av alle døgnbehandlede pasienter ved alle DPS-ene vært innlagt ved sykehus i løpet av de siste 12 månedene. I 2005 var denne andelen gått ned til 33 prosent ($p<0,01$).

3.2.4 Endring i første kontakt med psykisk helsevern

Det var en reduksjon i antallet pasienter som var førstegangspasienter fra 2002 til 2005 ($p<0,001$). 36 prosent av alle pasientene ved DPS-ene hadde første gangs kontakt med psykisk helsevern i 2002 og 32 prosent i 2005 . Dette vil si at økningen av antallet registrerte pasienter i 2005 i betydelig større grad bestod av pasienter som hadde mottatt behandling av spesialisthelsetjenesten tidligere. Flere av de døgninnlagte enn de poliklinisk har vært behandlet av spesialisthelsetjenesten tidligere.

Figur 3.3. Andelen førstegangsbehandlede pasienter ved de enkelte DPS i 2002 og 2005.

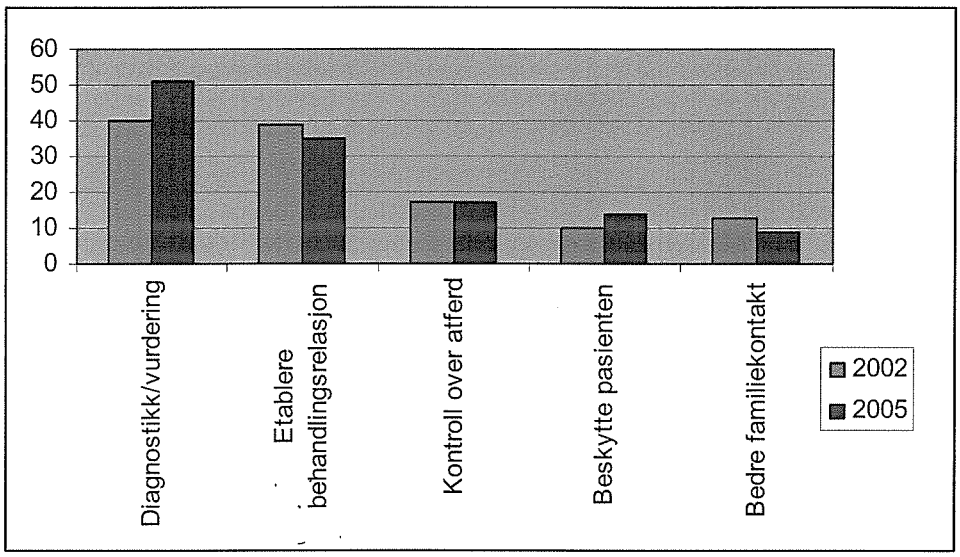


3.2.5 Hovedgrunner for inntak av pasienter

Behandlerne ble bedt om å gi sin vurdering av hovedgrunn eller hovedgrunner til at pasienten var i kontakt med DPS ved å krysse av på en liste med slike mulige grunner. Ved forenkling og nedkorting av registreringsskjemaet i 2005 ble noen punkter slått sammen fra 13 punkter til dem som er vist på figuren nedenfor. Det ble samtidig satt en grense for avkryssing av inntil tre grunner. Fordi en kunne avkrysse flere grunner, vil summen av den prosentvise fordelingen være over hundre prosent.

Hovedmønsteret var det samme på begge tidspunkt med mest vekt på diagnostikk/utredning og etablering/bedring av behandlingsrelasjon. Den største endringen var en økt vekt på diagnostikk/utredning. Med unntak av behov for kontroll over atferd, var det statistisk signifikante endringer fra 2002 til 2005 ($p<0,01$). På grunn av justeringen av hvordan dette ble registrert, kan vi ikke utelukke at noe av endringen skyldes endring i registreringsform.

Figur 3.2 Behandlernes vurdering av hovedgrunner for inntak av pasientene i 2002 og 2005 (prosent).



3.2.6 Pasientgrupper ut fra diagnoser

Behandlerne ble bedt om å oppgi hoveddiagnose og inntil to bidiagnoser. Den lidelsen som ble anført under hoveddiagnose antas å være hovedmålet for behandlingen. En oversikt over hoveddiagnoser og bidiagnoser for alle DPS-er i 2002 og 2005 er vist i tabellen nedenfor.

Det var ingen signifikante endringer fra 2002 til 2005 når det gjaldt hoveddiagnose. Affektive lidelser (38%) og angstlidelser/nevrotiske/belastningsrelaterte/somatoforme lidelser (25%) utgjør de største gruppene. Deretter kommer schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Da rusklinikken ved DPS Lillestrøm ikke var med i 2005, ble alle pasienter derfra i 2002 med rusdiagnoser fjernet fra utvalget for å få riktig sammenligning.

Tabellen viser også fordelingen av alle diagnoser, uansett om denne diagnosen var oppgitt som hoveddiagnose eller bidiagnose. Det var små endringer når det gjaldt bidiagnoser, som ble oppgitt for omtrent 33 % både i 2002 og 2005. Bidiagnoser var hyppigst om hoveddiagnosen var personlighetsforstyrrelse, ruslidelse, affektive lidelser eller angstlidelser. Schizofreni ble sjelden oppgitt som bidiagnose. Dette er derimot langt mer vanlig for de med rusdiagnoser.

Tabell 3.2. Fordeling på hoveddiagnoser og på alle diagnoser samlet (prosent)

	Hoveddiagnoser		**Alle diagnoser, inkludert bidiagnoser**	
	2002	**2005**	**2002**	**2005**
F 0-09 Organiske lidelser	0,7	1,6	1,0	1,2
F 10-19 Psykiske lidelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	4,7[1]	3,8[1]	7,3[1]	6,9[1]
F 20-29 Schizofrenispektrum lidelser	14,4	13,7	14,7	14,1
F 30-39 Stemningslidelser	37,6	38,0	45,4	46,9
F 40-48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	25,8	24,4	34,2	34,8

F 50-59 Atferdssyndromer med fysiologiske forstyrrelser	1,3	2,2	3,2	3,9
F 60-69 Personlighetsforstyrrelser	10,7	10.4	15,4	15,7
F 70-79 Psykisk utviklingshemming F 80-89 Utviklingsforstyrrelser F 90-98 Forstyrrelser i barn/ ungdom	2,3	5,3	2,9	5,3
Somatiske/andre grunner for helsehjelp[2]	2,6	1,5	4,2	3,2
Total[3]	100	100	100	100
	(N=2346)	(N=2983)	(N=2346)	(N=2983)

1 DPS Lillestrøm er tatt ut av utvalget.
2 Andre ICD-10 kapitler, inklusive Z-koder.
3 Manglende diagnoser er ekskludert.

3.2.7 Andel pasienter med psykotisk lidelse

Antallet pasienter med psykotisk lidelse var 368 (15,7 %) i 2002 og 486 (16.3 %) i 2005, men denne endringen var ikke statistisk signifikant. Andelen pasienter med psykotisk lidelse har altså holdt seg stabilt. Som psykotisk lidelse har vi regnet alle diagnoser under F20 i diagnosesystemet ICD-10 (unntatt schizotyp lidelse) og de diagnosene under F30 som krever at hallusinasjoner eller vrangforestillinger er til stede.

3.2.8 Alvorlighetsgrad av symptomer og funksjonssvikt

Behandlerne ble bedt om å skåre alvorlighetsgrad av psykiatriske symptomer og av funksjonssvikt ved bruk av den todelte utgaven av skåringsskalaen GAF, med en skala fra 1 (dårligst) til 100 (best). Skalaen GAF (Global Assessment of Functioning Scale) er obligatorisk i psykisk helsevern.

Gjennomsnittelig skåre for alle pasientene var 53 for symptomer og 52 for funksjon både i 2002 og 2005. Målt ved GAF var det altså ingen endring i gjennomsnittelig alvorlighetsgrad.

For begge tidspunkt var det imidlertid statistiske forskjeller i alvorlighetsgrad mellom pasientene ved ulike typer enheter innen DPS-ene. Dette er vist i tabellen nedenfor. Pasientene ved poliklinikker hadde de høyeste gjennomsnittelige skårer på GAF, pasientene ved dagenheter og rusteam hadde middels høye gjennomsnittelige skårer, og pasientene ved døgnenheter og psykoseteam hadde de laveste gjennomsnittelige skårene. Enveis variansanalyser viste at det var signifikante forskjeller ($p<.05$) mellom disse tre gruppene. Det var ingen signifikante forskjeller innen noen av gruppene (mellom rusteam og dagenheter, eller mellom psykoseteam og døgnenhet).

Det var større forskjeller mellom pasientene i gruppene av enheter i 2002 enn i 2005. I følge gjennomsnittlige GAF-skårer var pasientene ved psykoseteam, rusteam og dagenheter noe dårligere i 2002 enn i 2005. Det er nærliggende å tenke at denne endringen kan ha sammenheng med noe endret sammensetning eller utvalg av pasienter ved disse typene enheter. GAF-skårene for pasienter ved poliklinikker og døgnenheter var uendret.

Testing av reliabiliteten for GAF-skåringer ved to av DPS-ene i 2002 ved at alle behandlerne skåret 20 pasientvignetter viste at skåringene av funksjonsnivå kunne brukes med rimelig grad av pålitelighet, mens en må være mer forsiktig med å trekke konklusjoner ved mindre forskjeller av skåringer av funksjonsnivå. Det er ikke gjort noen tilsvarende testing i 2005, men vi antar at graden av pålitelighet er omtrent som i 2002.

Tabell 3.1 Gjennomsnittlige GAF-skårer ved ulike typer kliniske enheter i 2002 og 2005

	GAF symptom/funksjon i 2002	GAF symptom/funksjon i 2005
1. Poliklinikker	56/55	55/55
2. Rusteam	51/50	55/53
Dagenheter	51/50	54/54
3. Psykoseteam	42/43	48/48
Døgnenheter	46/43	45/43

3.2.9 Alvorlighetsgrad innen ulike problemområder

Alvorlighetsgrad innen en del sentrale problemområder er skåret ved HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), som er et sett med 12 skåringsskalaer for bruk I daglig klinisk praksis. Hver av skalaene har en femtrinns skala fra 0 (ingen problem) til 4 (alvorlig eller svært alvorlig problem). Et mildt problem (skåre 1-2) er vanligvis av klinisk betydning, men ikke nødvendigvis slik at det behandles. Moderat alvorlig (skåre 3) eller alvorlig til svært alvorlig problem (skåre 4) vil vanligvis representere behandlingstrengende tilstander. Hvilke problemområder som skåres går fram av tabellen nedenfor.

Tabellen nedenfor viser andel pasienter som ble skåret med alvorlige problemer på de ulike problemområdene i 2002 og 2005, samt for hvilke problemområder det var signifikante forskjeller mellom de to tidspunktene. Det er en redusert andel med alvorlige rusproblem og med alvorlige fysiske problem. Det er en stor reduksjon både når det gjelder andre problem, men dette kan være feil, for dette er den skalaen men lav pålitelighet i skåringene.

Det eneste området med økt andel med alvorlige problem, gjelder arbeid eller aktivitet som er tilpasset behovet. Selv om denne skalaen også kan være vanskelig å få helt pålitelig, er denne økningen så stor at vi vurderer den til å være reell.

Reliabiliteten for HoNOS-skåringer ble testet ved to av DPS-ene i 2002 ved at alle behandlerne skåret 20 pasientvignetter, og det var da tilfredsstillende reliabilitet for alle skalaene utenom skala 8 og delvis skala 12. Det er ikke gjort noen tilsvarende testing i 2005..Det har imidlertid vært gjort en gjennomgang av HoNOS sammen med terapeutene slik som i 2002, og vi antar at skåringene fra 2005 er omtrent like pålitelige som i 2002.

Tabell 3.2 Samlet andel (%) med alvorlig grad av problemer innen ulike områder i 2002 og 2005

	2002		2005		Signifikante
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	forskjeller
1 Overaktiv eller aggressive atferd	55	2,4	78	2,6	-
2 Selvskade	70	3,1	95	3,2	-
3 Bruk av alkohol/stoff	145	6,4	141	4,8	p<0,01
4 Kognitiv problem	88	3,9	112	3,8	-
5 Fysisk sykdom	284	12,6	295	9,9	p<0,01

6	Hallusinasjoner	160	7,1	173	5,8	-
7	Senket stemningsleie	476	20,7	610	20,6	-
8	Andre problem	912	52,5	945	38,3	p<0,001
9	Forhold til andre	511	22,5	723	24,4	-
10	Dagliglivets aktiviteter	203	9,0	293	9,9	-
11	Boligforhold	87	3,9	98	3,3	-
12	Yrke og aktiviteter	207	9,5	458	15,6	p<0,001

For alle DPS-ene samlet var det en økning i alvorlighetsgrad for noen få områder og en reduksjon for noen områder. Men de fleste forskjellene er ikke store. Alvorlighetsgraden av problemer må derfor sies å være omtrent den samme samlet sett.

Nedgangen på andre problemer (område 8) kan delvis skyldes en metodeforskjell. I 2002 kunne de krysse av for inntil tre problemområder på dette punktet, mens de i 2005 bare kunne krysse av på ett. Dette skulle egentlig ikke bety noe, fordi vi i 2002 bare regnet med den alvorligste av de tre, men det kan tenkes at det å krysse av på tre andre områder gjorde at de ble mer bevisst på disse områdene og derfor skåret litt høyere.

3.2.10 Bruk av alkohol og stoff

Bruk av alkohol og narkotika ble skåret på en separat femdelt skala med de trinnene som fremgår av tabellen nedenfor (Alcohol and Drug Use Scales, Mueser et al 1995).

Tabell 3.3 Andel pasienter (%) med ulike grader av bruk av alkohol og stoff i 2002 og 2005.

	Alkohol		Med/stoff	
	2002	2005	2002	2005
Avholdende	54,3	68,5	75,0	87,8
Bruk uten funksjonssvikt	37,6	25,3	15,0	6,6
Misbruk	5,7	4,1	5,0	3,0
Avhengighet	1,0	1,5	3,6	1,9
Institusjonalisering	0,7	0,6	1,3	0,7

Enveis variansanalyse viste at det hadde funnet sted en klar reduksjon i både alkohol og narkotikabruk fra 2002 til 2005 (p<0,001).

3.3 Endringer i ventetid

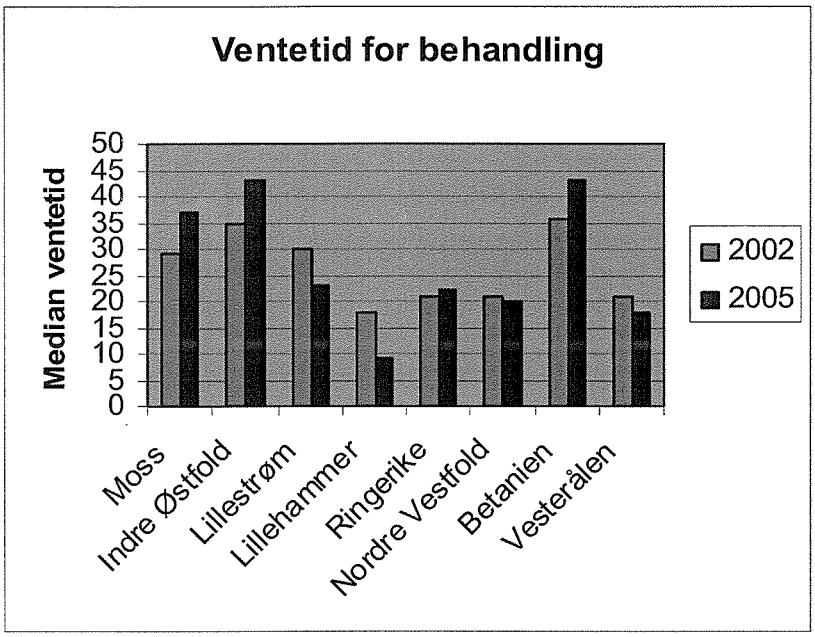
Det var ingen signifikant endring i median ventetid (mest vanlige ventetid) fra 2002 til 2005. Median ventetid for alle DPS i 2002 var 25 dager og 24 dager i 2005. Ventetid fordelt på tidskategorier viser at omtrent halvparten av alle pasientene hadde ventet under en måned på behandling. Få pasienter ventet over seks måneder.

Tabell 3.4 Ventetid fordelt på tidskategori i 2002 og 2005 for alle DPS samlet (antall og prosent).

	1-4 uker	1-3 måneder	3-6 måneder	Over 6 måneder
2002	1196 (52.9)	770 (34,0)	175 (7.7)	122 (5.4)
2005	1521 (55.9)	874 (32.1)	206 (7.6)	122 (4.5)

Det var en signifikant variasjon i ventetid mellom de ulike DPS ved begge registreringene. Det hadde skjedd en økning i ventetiden ved Moss, Indre Østfold og Betanien, mens ventetiden hadde blitt redusert ved Lillestrøm og Lillehammer. Det var nokså uforandret ved Ringerike, Nordre Vestfold og Vesterålen. Dette er vist i figuren nedenfor.

Figur 3.3 Median ventetid (dager) for tilbud ved de ulike DPS i 2002 og 2005

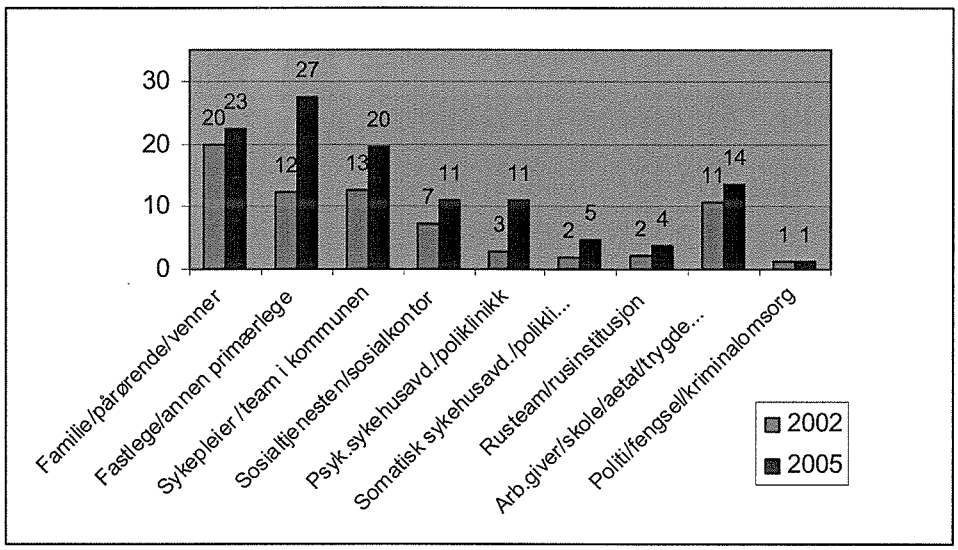


4 Samarbeid, koordinering og individuell plan

4.1 Endringer i samarbeid med andre tjenester

Samarbeid og kontakt med andre ble registrert både i 2002 og 2005 ved at en for hver pasient skulle krysse av for hvilke tjenester eller instanser en hadde hatt kontakt med i løpet av registreringsperioden. Opplistingen av aktuelle samarbeidspartnere var lang og ganske detaljert i 2002. Som ledd i forenklingen av skjemaet i 2005 ble denne listen laget kortere ved at flere samarbeidspartnere med beslektet virksomhet ble samlet i samme gruppe. For å kunne sammenligne 2002 og 2005 ble data fra 2002 gjort om til en tilsvarende gruppering. Det var krysset av om det var samtale/møte eller kontakt på annen måte (f eks telefon eller televideomøte), og begge deler er inkludert og regnet som en form for kontakt.

Figur 4.1 Andel (%) av pasienten i 2002 og 2005 der det har vært kontakt med ulike instanser



Samlet sett for alle DPS-ene var det en stor økning ($p<0,001$) i kontakt med andre tjenester og instanser i registreringsperioden når det gjelder fastleger, sykepleiere eller psykiatriteam i kommuner/bydeler, sosialtjenesten, og andre deler av den psykiatriske og somatiske spesialisthelsetjenesten. Det var også en økning i kontakt med rustjenester og arbeidsgiver/utdanningssted ($p<0,01$), og med familie/pårørende/venner ($p<0,5$). Det var ingen økning i kontakt med politi/fengsel/kriminalomsorg.

Som det går fram av figuren ovenfor var det i 2005 mest kontakt med familie, fastleger og andre deler av primærhelsetjenesten som gir tilbud til mennesker med psykiske lidelser/problem. Dernest var det også mye kontakt med sosialtjenesten, med andre deler av psykisk helsevern og med arbeidsgiver/utdanningssted.

Den til dels store økningen i andel pasienter der det var kontakt med andre tjenester tyder på at samarbeidet mellom DPS-ene og andre tjenester har økt, og sannsynligvis på en generell økning i samarbeid mellom de ulike deler av tjenestetilbudet. Dette er i samsvar med en av hovedintensjonene ved Opptrappingsplan for psykisk helse, - at mennesker med psykiske lidelser skal møtes av et tjenestetilbud som samarbeider og i størst mulig grad oppleves som et samordnet og helhetlig tilbud.

Analyser av hvordan økningen i kontakt fordeler seg på ulike typer enheter innen DPS-ene, viser at det særlig var poliklinikker og døgnenheter som har økt sin kontakt med andre.

Økningen i kontakt med fastlegene og med andre deler av psykisk helsevern var signifikant ($p<0,001$ eller $p<0,01$) ved alle DPS-ene. Ved Edwin Ruud var det økt kontakt med alle de sju første samarbeidspartnerne i figuren ovenfor. Det varierte ellers noe mellom DPS-ene når det gjaldt hvilke andre instanser de hadde økt kontakt med.

4.1.1 Endringer i antall samarbeidsmøter

På spørsmål om det hadde vært samarbeidsmøte i kommunen om vedkommende pasient i løpet av registreringsperioden, ble det svart ja for 337 pasienter (15,0 %) i 2005 mot 225 pasienter (9,5 %) i 2002. Dette er en stor økning ($p<0,001$).

4.1.2 Økning av pasienter med ansvarsgruppe i kommunen

På spørsmål om pasienten har en ansvarsgruppe i kommunen, ble det svart ja for 542 pasienter (17,8 %) i 2005 mot 312 pasienter (12,5 %) i 2002. Dette er en stor økning ($p<0,001$).

4.2 Endringer i bruk av individuell plan

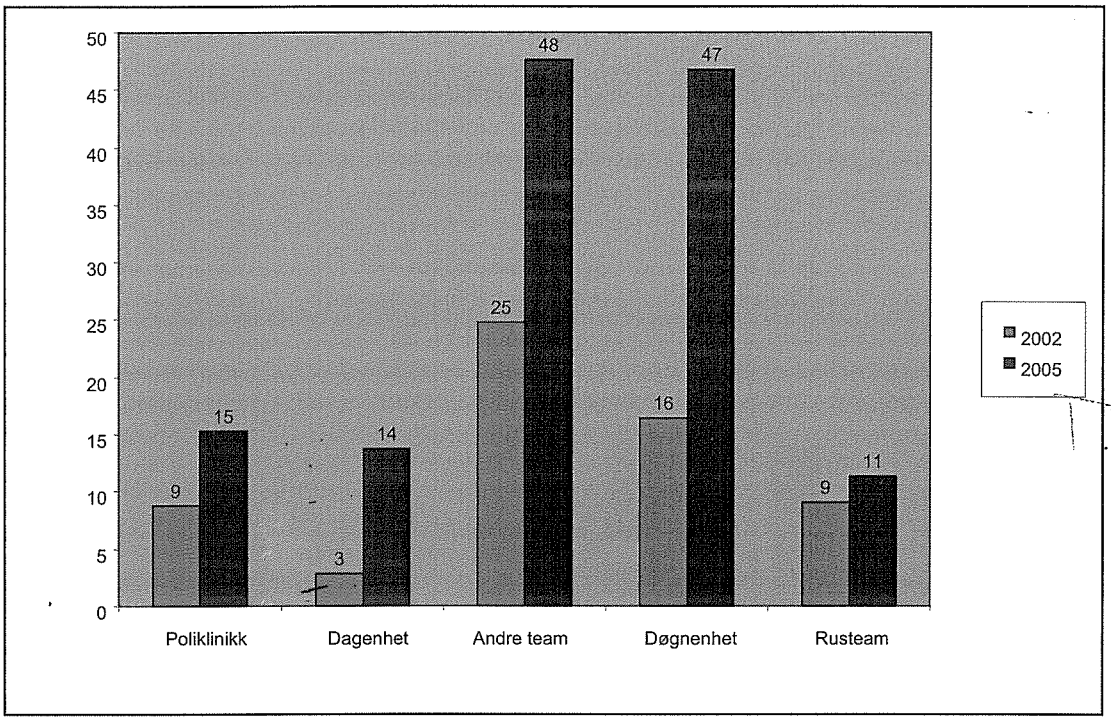
Det var en stor økning i andelen pasienter med individuell plan fra 10 % i 2002 til 22,6 % i 2005 ($p <.001$). Pasienter med individuell plan hadde også lavere GAF skåre enn de som ikke hadde en slik plan. 22 prosent av de med GAF skåre under 40 hadde slik plan i 2002, og 46 prosent hadde det i 2005.

Bruken av individuell plan varierte også med hensyn til hoveddiagnoser. 17 prosent av pasienter med hoveddiagnose schizofreni (F20-29) hadde individuell plan i 2002. I 2005 var dette øket til 55 prosent. De som sjeldnest hadde individuell plan var de med rus som hoveddiagnose i 2002 (8%). I 2005 hadde dette derimot øket til 25 prosent.

Bruken av individuell plan varierte også signifikant mellom ulike typer behandlingsenheter. Figuren nedenfor viser andelen av alle pasienter i 2002 og 2005 med individuell plan ved døgnenheter, dagenheter, rusteam, andre spesialteam (psykoseteam, rehabiliteringsteam og ambulante team) og allmennpsykiatrisk poliklinikker. Det har skjedd en sterk økning i bruken av individuell plan ved alle enheter unntatt ved rusteam/klinikker. Det er pasienter ved døgnavdelinger og andre spesialteam som oftest har individuell plan.

Funnene i avsnittene ovenfor tyder på at økningen i bruk av individuell plan særlig gjelder de målgruppene som den er tiltenkt, - de med alvorlig lidelse og omfattende behov for hjelp.

Figur 4.2 Andelen (%) med individuell plan i 2002 og 2005 ved ulike typer behandlingsenheter



5 Tjenestenes kvalitet og effekt

Vi har ingen direkte mål på kvalitet utover pasientenes vurderinger av hvordan de har opplevd tilbudene ved DPS (se seinere kapitel). Men vi bruker i dette prosjektet noen data fra et spørreskjema til fagpersonalet som indikatorer på kvalitet. Dette gjelder antall og andel personer med spesialistutdanning, samt omfang av etterutdanning og veiledning. Endringer i antall utfylte skjema ved de ulike DPS er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 5.1 Antall besvarte skjema fra fagpersonalet ved DPS ene i 2002 og 2005.

DPS	2002	2005
Moss	7	34
Indre Østfold	46	36
Lillestrøm	63	119
Lillehammer	74	57
Ringerike	52	44
Nordre Vestfold	35	50
Betanien	54	26
Vesterålen	24	38
Totalt	355	404

På spørreskjemaet var stillingsandel ved aktuell DPS angitt av utfyller. Dette er vurdert opp imot antallet stillinger pr 31.12 som hvert DPS hadde innrapportert til Statistisk sentralbyrå i 2002 og 2005. Anslagsvis er da 61% av stillingene fra 2002 representert i dette materialet mot 55% i 2005. Det er noe nedgang i antall utfylte skjema ved fire DPS og økning ved fire. Det som beskrives videre i dette underkapitlet er ut fra den andelen av personalet som har besvart skjemaet, og vi bruker prosentvis fordeling i tabeller og figurer.

Fordi andelen som har besvart spørreskjemaet varierer en del mellom DPS-ene, har vi valgt å ikke analysere forskjeller mellom DPS-er, fordi vi da ikke kan vite om slike forskjeller delvis kan skyldes utvalget av dem som har svart.

Av personellet ved DPS-ene som har besvart skjema er 23 % menn og 77 % kvinner. Fordelingen på aldersgrupper var omtrent lik i 2002 og 2005. Omtrent en tredel av personalet var i hver av aldersgruppene under 40 år, 40-49 år og 50-59 år.

Fagpersonalet har i gjennomsnitt omtrent 11 års erfaring fra arbeid i psykisk helsevern, og derav omtrent 7 år i gjennomsnitt ved DPS og vel fem år ved den enheten der de arbeider. Arbeidserfaringen målt i antall år har økt noe for personalegruppene samlet sett, men økningen er mindre enn de tre årene som har gått mellom 2002 og 2005. Dette tyder på at det er til en viss grad er kommet inn nytt personell ved enhetene, og at disse er representert i større grad i 2005 versus 2002.

5.1 Endringer i kompetanse

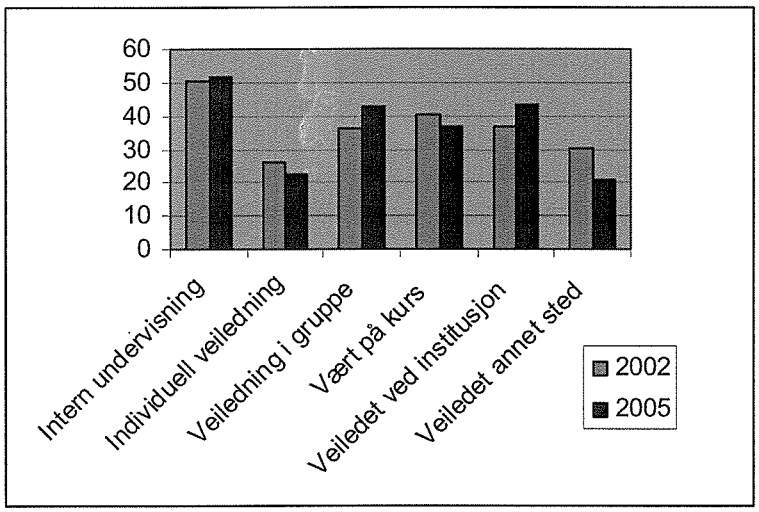
Det er små endringer i fordeling på faggrupper ut fra de som har besvart spørreskjemaet. Andelen leger var uendret med 11 prosent, andelen psykologer hadde økt med en prosent til 16 %, andelen sosionomer hadde økt med en prosent til 6 %. Andelen sykepleiere hadde gått ned med to prosent til 33 %, og andelen hjelpepleiere med tre prosent til 19 %. De minste faggruppene var i 2005 vernepleiere (4 %), fysioterapeuter (1 %), ergoterapeuter (3 %), aktivitører (1 %), pedagoger (1 %) og andre (5 %).

Leger og psykologer utgjorde til sammen vel firedelen av de ansatte som hadde besvart skjemaet, og personer med treårig høyskoleutdanning utgjorde til sammen vel 40 %.

Det var heller ingen endringer av betydning på noen andre mål på kompetanse i skjemaet. Andelen som hadde krysset av at de hadde spesialutdanning for psykiatri for sin yrkesgruppe, hadde gått ned fra 64 % til 61 %, og andelen som oppgav at de var godkjent veileder for sin faggruppe hadde gått ned fra 27 % til 26 %. Det var 56 % som i 2005 svarte at de hadde fullført en systematisk videreutdanning, mot 53 % i 2002.

Pågående kompetansebygging ble både i 2002 og 2005 målt ved hvor stor andel av de som hadde besvart spørreskjemaet som hadde deltatt i ulike former for kompetansebygging i løpet av de siste tre månedene. Resultatene vises i diagrammet nedenfor. De fire første settene med søyler viser hva en har mottatt av undervisning eller veiledning, og de to siste settene med søyler viser hvor mye en selv har gitt veiledning ved institusjonen eller annet sted. Det er ingen sikker endring i omfang av pågående kompetanseoppbygging.

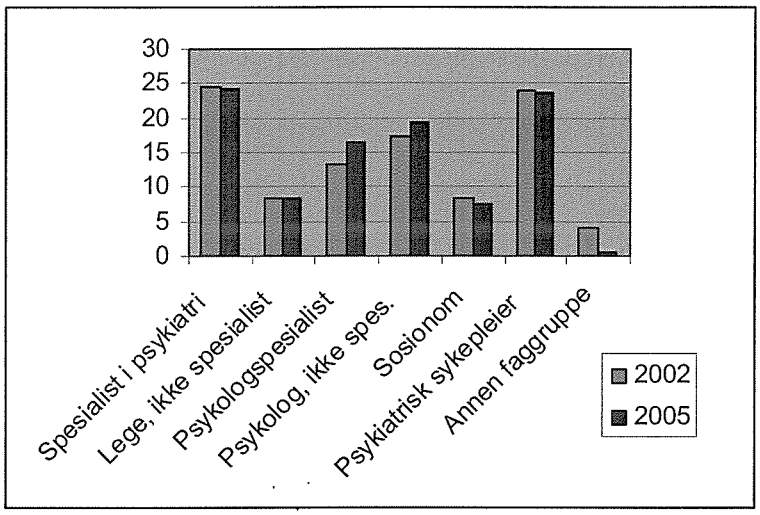
Figur 5.1 Deltatt i kompetanseoppbygging siste 3 måneder. Andel (%) av fagpersonell i 2002 og 2005.



5.2 Hvem som er hovedbehandler for pasienten

Både i 2002 og 2005 skulle det krysses av for hvem som har hovedbehandler for pasienten. Dette var i veiledningen til registreringsskjemaet definert som den som hadde hovedkontakten med pasienten og koordinerte behandlingsopplegget. Fordelingen på faggruppe for de pasientene der dette var oppgitt, er vist i tabellen nedenfor.

Figur 5.2 Hovedbehandler for pasienten i 2002 og 2005 ut fra oppgitt faggruppe (%)



Fordelingen på faggruppe for dem som oppgis som hovedbehandler for den enkelte pasient er ganske stabilt fra 2002 til 2005. Dette er besvart for 92 % i 2002 og for 87 % i 2005. Det var 5 % økning i andel pasienter som har psykolog eller psykologspesialist som hovedbehandler. Med hovedbehandler er her ment den som har hovedkontakten med pasienten. Polikliniske pasienter som f eks har en psykiatrisk sykepleier som behandler, kan likevel ha en pasientansvarlig lege ved poliklinikken.

5.3 Endringer i ulike typer tilbud

For hver pasient ble det registrert hva slags tilbud de fikk i registreringsperioden. Dette gjaldt noen former for utredning, behandling og rehabilitering. Hvilke tilbud som er anvendes kan være ulike for ulike pasientgrupper. Mønsteret for den enkelte behandlingsenhet (post/team) kan være preget av både hvilke pasientgrupper de har kontakt med, hvilke funksjoner enheten har, og hvilken kompetanse fagfolkene ved enheten har. Vi har også sett på om det er forskjeller mellom de DPS-ene som er med i undersøkelsen.

Registreringene av tilbudene som gis ble i 2002 gjort ved at det ble registrert antall timer eller ganger et tilbud ble gjennomført i registreringsperioden. Som et ledd i forenkling og nedkorting av registreringsskjemaet i 2005, ble dette gjort om til en avkryssing av hvilke typer tilbud den enkelte pasient fikk i perioden. Data fra 2002 er gjort om til samme form som i 2005 for at vi skal kunne gjøre sammenligninger og analyser om endringer.

Fokus på tiltak innen utredning, behandling og rehabilitering er i denne rapporten på om det har skjedd vesentlige endringer fra 2002 til 2005. Analysene er gjort ved chi-kvadrat-test for hvert enkelt tilbud, som tester om andelen pasienter som mottar tilbudet har endret seg. Dette er gjort både for materialet som helhet, for det enkelte DPS og for den enkelte type enhet. Resultatene blir ikke referert i detalj fordi det ville bli veldig mange tall å referere. Men vi beskriver hovedtrekkene i resultatene.

Siden en i 2002 skulle registrere antall timer eller ganger for et tilbud, kan det tenkes at en del tilbud da ikke bøle registret i samme omfang som når en i 2005 bare skulle krysse av om tilbudet hadde vært gitt. Dette ville i så fall være en feilkilde som viste økninger som ikke var reelle. Analysene viser imidlertid ikke noen systematisk skjevhet på denne måten. Vi antar derfor at de endringer som måles i hovedsak er reelle endringer.

En annen mulig feilkilde kan være om pasientutvalget i 2005 er noe annerledes enn i 2002. Intensjonen var å registrere alle pasientene en hadde kontakt med. Men etter det vi kjenner

til har dette bare i tilnærmet grad vært mulig i det kliniske arbeidspresset, og det har variert noe fra mellom stedene hvor stor andel pasienter en ikke har fått registrert (se kapitel 2). Andelen pasienter som ikke ble registrert var trolig lavere i 2005 enn i 2002, både fordi skjemaet var enklere og kortere, og fordi en i forberedelsene kunne bygge på erfaringer fra 2002. Disse forholdene har ingen innvirkning på analyser av andel pasienter som har fått et tilbud i 2005 i forhold til i 2002 med mindre det er ulike typer pasienter som har falt ut av registreringen på de to tidspunktene. Vi har ingen holdepunkter for at dette er tilfelle.

5.3.1 Endringer i bruk av ulike former for utredning

Når det gjelder undersøkelse og utredning kunne det krysses av for psykiatrisk utredning, psykologisk testing, somatisk undersøkelse og undersøkelse i forbindelse med trygdesaker.

Det var ingen signifikant økning i andel av pasienter med psykiatrisk utredning fra 2002 (30,6 %) til 2005 (32,6 %) samlet sett, men det var en økning i psykiatrisk utredning i døgnavdelinger og rusteam. Det var en signifikant økning ved Lillestrøm, Betanien og særlig Ringerike, men ingen sikre endringer ved de andre DPS-ene.

For psykologiske tester var det samlet sett en signifikant økning fra 4,5 % i 2002 til 8,9 % i 2005. Denne økningen var i hovedsak ved poliklinikkene, men også noe ved døgnavdelinger. Det var særlig ved Ringerike og Nordre Vestfold det var sterkest økning, men også Lillehammer, Betanien og Moss hadde signifikant økning. Økningen skjedde i hovedsak ved at DPS-er som i 2002 hadde registrert mindre psykologisk testing, hadde mer lik praksis med andre DPS-er i 2005.

Somatisk undersøkelse ble registrert på relativt få pasienter i både 2002 (3,5 %) og 2005 (2,6 %). Somatisk undersøkelse er i hovedsak registrert ved poliklinikker og døgnavdelinger, og det var en nedgang i slik undersøkelse ved dagenheter og psykoseteam. Det var ingen større endringer i dette ved noe DPS.

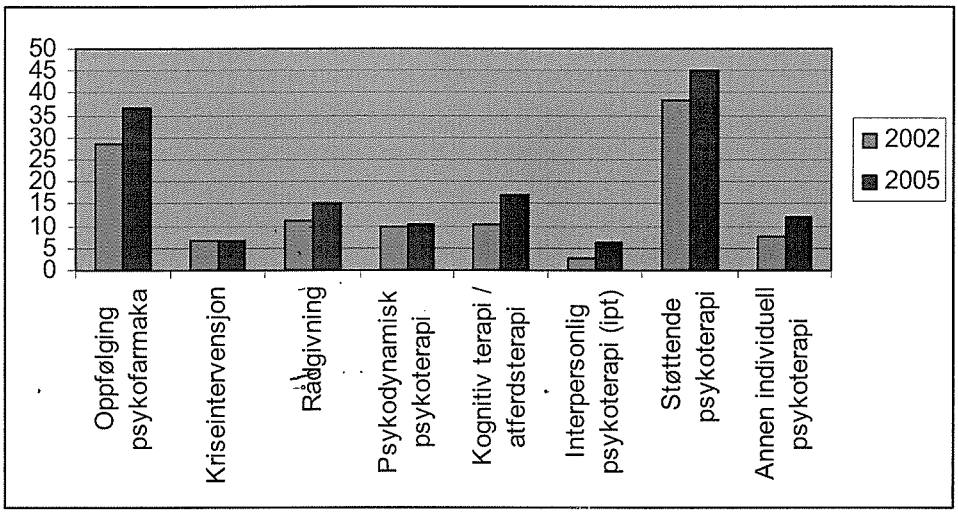
Undersøkelser ved trygdesaker hadde økt fra 2,0 % til 6,1 %, og dette var nesten utelukkende ved poliklinikker. Økningen var signifikant ved Edwin Ruud, Lillestrøm. Lillehammer, Ringerike og Nordre Vestfold.

Som oppsummering kan vi si at det var registrert en signifikant økning i psykologisk testing og trygdesaker, mens ellers omtrent samme omfang av psykiatrisk og somatisk utredning.

5.3.2 Endringer i bruk av individualterapi og samtaler

Endringer i bruk av ulike former for individualterapi og samtaler er vist i figuren nedenfor. De fleste av disse terapiformene er primært brukt ved poliklinisk behandling.

Figur 5.3 Andel av alle pasientene (%) i 2002 og 2005 med individualterapi og samtaler



Diagrammet ovenfor viser både hvilke behandlingsformer som er mest i bruk, og hvilke behandlingsformer der det er endringer i hvor stor andel pasienter med det aktuelle tilbudet.

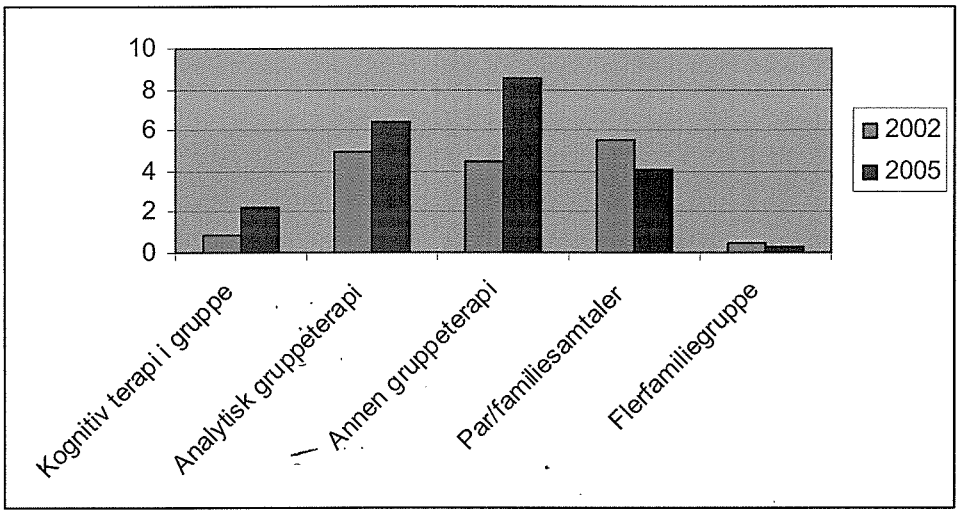
Samlet sett var det en svært signifikant økning i andel av pasienter med oppfølging av psykofarmaka. Det er mulig at dette i stor grad kan skyldes endringen i registreringsform, siden nettopp slik oppfølging også kan gjøres kombinert med annen behandlingsform, og derfor kanskje ble underrapportert i 2002 når en skulle notere antall timer med denne behandlingsformen. Det at den største prosentvise økningen for dette var ved døgnenheter, kan tyde på en økningen i hvert fall delvis er et utslag av endret registreringsmåte.

For alle DPS-ene samlet var en svært signifikant økning i andel pasienter med rådgivning, kognitiv terapi/atferdsterapi, interpersonlig psykoterapi (IPT), støttende psykoterapi og annen individuell psykoterapi ($p<0,001$ for alle disse). Det var ingen signifikant endring i andel pasienter med kriseintervensjon eller psykodynamisk psykoterapi. Psykodynamisk terapi og kognitiv terapi var omtrent like mye brukt i 2002, mens er kognitiv terapi var den mest brukte av de mer spesifikke psykoterapiformene i 2005, og interpersonlig psykoterapi nærmer seg samme omfang som psykodynamisk psykoterapi. Støttende psykoterapi er fortsatt den mest brukte behandlingsformen.

Andelen pasienter med kognitiv terapi/atferdsterapi er størst ved poliklinikkene, men det er en signifikant økning også ved døgnenheter og særlig ved psykoseteam. Dette henger sammen med den økte interessen for kognitive terapi ved psykoser. Interpersonlig psykoterapi brukes ved poliklinikkene, men er i 2005 også tatt litt i bruk ved psykoseteam.

5.3.3 Endringer i gruppeterapi og arbeid med familier

Figur 5.4 Andel av alle pasientene (%) i 2002 og 2005 med gruppeterapi og arbeid med familier



Fra 2002 til 2005 var det en signifikant økning i andel pasienter med kognitiv terapi i gruppe ($p<0,001$), analytisk gruppeterapi ($p<0,05$) og annen gruppeterapi ($p<0,001$). Det var en nedgang i andel med par/familiesamtaler ($p<0,05$), og antallet pasienter som var med i flerfamiliegrupper var gått ned fra 12 til 9.

Analytisk gruppeterapi brukes ved poliklinikker og særlig ved dagenheter, mens kognitiv terapi i grupper og annen gruppeterapi er noe i bruk ved både poliklinikker, dagenheter, psykoseteam og døgnenheter, og med mest økning i døgnenheter. Par/familiesamtaler skjer mest i poliklinikker og noe ved psykoseteam og døgnenheter.

Kognitiv terapi i grupper var så å si ikke i bruk i 2002, men er i 2005 tatt noe i brukes i Edwin Ruud, Nordre vestfold, Betanien og Vesterålen. Analytisk gruppeterapi brukes i større grad og da i Moss, Lillestrøm, Lillehammer, Ringerike og Betanien. Det er en signifikant økning i andel pasienter med analytisk gruppeterapi i Lillehammer, Ringerike og Betanien, - og en signifikant nedgang i Lillestrøm og Nordre Vestfold ut fra registreringene. Annen gruppeterapi brukes ved alle DPS-ene og med en signifikant økning flere steder, - mest i Edwin Ruud og Nordre Vestfold, dernest i Lillestrøm, Lillehammer og Moss, og med reduksjon i Ringerike. Det er mulig at den største økningen i annen gruppeterapi er et uttrykk for en større differensiering i former for gruppeterapi som tilpasses ulike pasientgrupper.

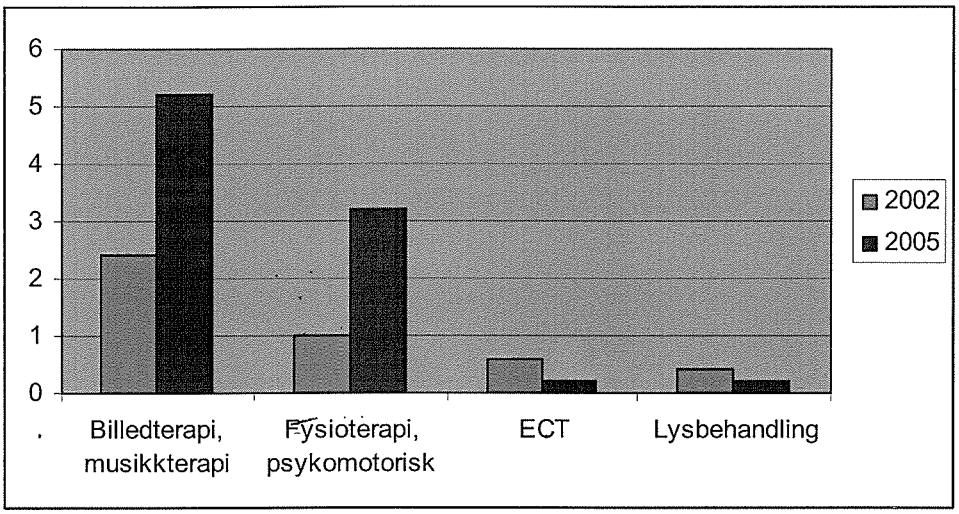
Par/familiesamtaler brukes ved alle DPS-ene. De fleste stedene er det ingen signifikant endring i andel pasienter med dette tilbudet, men det er en reduksjon i andel pasienter med slike samtaler i Lillestrøm og Betanien. Flerfamiliegrupper ble i 2002 brukt i Betanien og i 2005 brukt i Moss, og ellers ikke eller nesten ikke.

Generelt ser det ut til å ha skjedd en utvikling med økning og mer differensiering i bruk av ulike former for gruppeterapi, mens bruk av par/familiesamtaler ikke endres eller går noe ned. Dette er i samsvar med den økningen som har skjedd de siste 15-20 år med økning i fokus på og utdanning i gruppeterapi, og trolig redusert fokus på familieterapi.

5.3.4 Endringer i bruk av andre behandlingsformer

Andre terapiformer som billedterapi/musikkterapi, fysioterapi/psykomotorisk behandling, ECT og lysbehandling ble også registrert både i 2002 og 2005.

Figur 5.5 Andel av pasientene (%) i 2002 og 2005 med andre terapiformer



Samlet sett er det en signifikant økning ($p<0,001$) i andelen pasienter med ekspressive terapiformer som billedterapi og musikkterapi, og i andelen pasienter med fysioterapi eller psykomotorisk behandling. For både ECT (elektrokonvulsiv behandling) og lysterapi, som er behandlingsformer ved visse typer depresjon, var det en nedgang i andel pasienter som fikk disse ved DPS (fra 14 til 7 pasienter for ECT og fra 9 til 5 pasienter for lysbehandling).

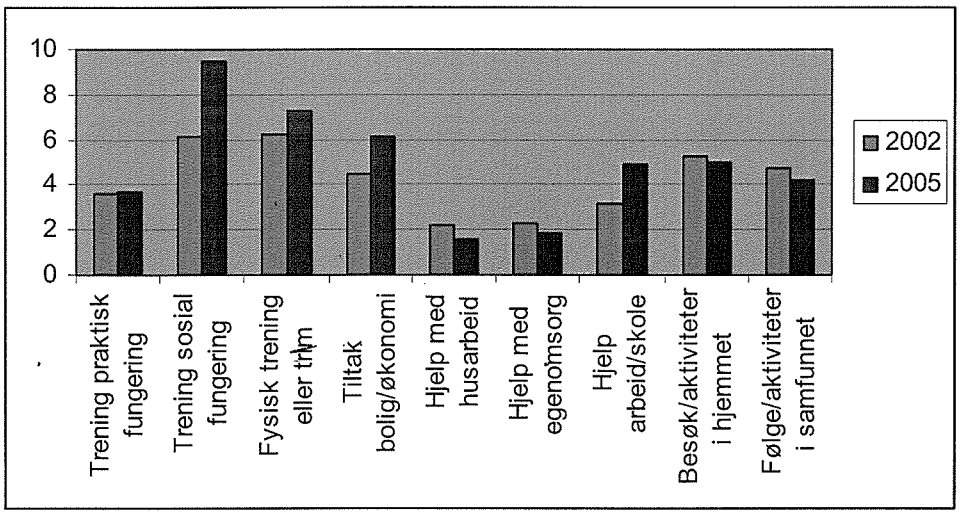
Billedterapi/musikkterapi har vært mest i bruk ved dagavdelinger, men også noe for polikliniske pasienter. Økningen i andel pasienter med disse behandlingsformene er størst ved døgnenheter, men også noe for polikliniske pasienter. For fysioterapi/psykomotorisk behandling er det også en økning ved poliklinikker, men størst økning i andel av pasienter med slik behandling ved dagenheter og døgnenheter.

Lillestrøm og delvis Lillehammer brukte billedterapi/musikkterapi også i 2002, mens økningen i andel pasienter særlig er ved Moss, Edwin Ruud og Vesterålen der disse formene er tatt i bruk i 2005. Økningen i bruk av fysioterapi/psykomotorisk behandling er ved Moss og Lillestrøm, som har tatt disse formene i bruk i 2005. Disse tilbudene er altså blant annet kommet i bruk i Moss, der en siden 2002 har startet både med dagtilbud og egne døgntilbud.

5.3.5 Endringer i bruk av ulike tiltak innen rehabilitering

Diagrammet nedenfor viser endringer i andel pasienter for ulike former for tiltak innen rehabilitering med sikte på å forbedre funksjonsevne eller eventuelt gi hjelp på grunn av funksjonssvikt.

Figur 5.6 Andel av pasientene (%) i 2002 og 2005 med ulike former for rehabiliteringsopplegg



Samlet sett for alle DPS-ene var det en signifikant økning i andel av pasienter med trening i sosial fungering ($p<0,001$), tiltak som gjelder bolig eller økonomi ($p<0,01$) og hjelp når det gjelder arbeid eller skolegang ($p<0,01$). For de andre typene tiltak var det ikke signifikante endringer for alle DPS-ene samlet.

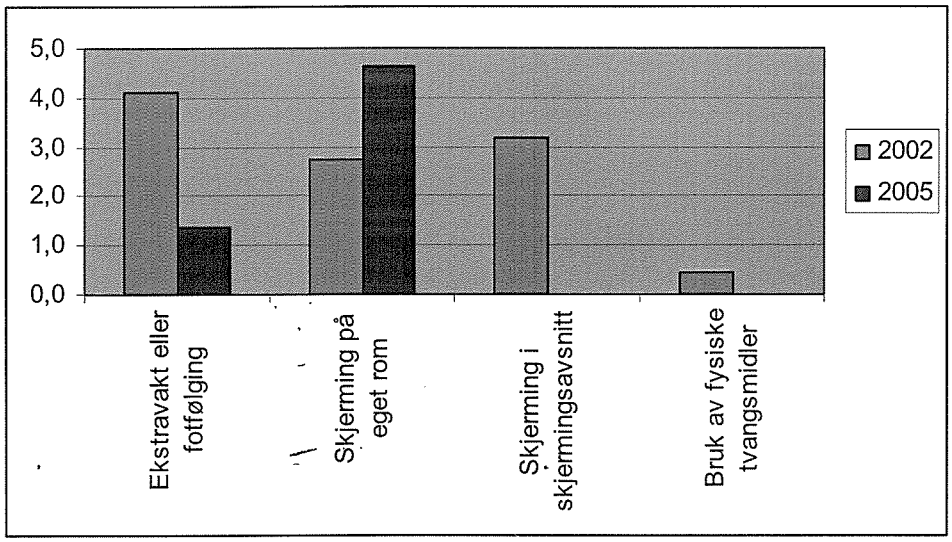
Generelt er det mest døgnavdelinger og delvis psykoseteam og dagenheter som driver med rehabiliteringsopplegg og tiltak, og dette gjøres ved alle DPS-ene. Som diagrammet viser, er det minst av hjelp til egenomsorg og husarbeid, som jo er blant de oppgaver kommuner og bydeler skal dekke. Poliklinikkene var blitt mer engasjert i forhold til pasientens behov for hjelp angående arbeid eller skolegang, og døgnavdelingene hadde økt andel av pasienter med tiltak innen fysisk trening/aktivitet og innen bolig/økonomi. Når det gjelder den store økningen av pasienter som psykoseteam hadde kontakt med, var det en signifikant nedgang i andel av pasienter med alle de seks typene tiltak lengst til høyre i diagrammet ovenfor. Vi vet ikke om dette skyldes at teamene med sin økte kapasitet får andre grupper pasienter med andre behov, om kommunene har overtatt å gi mer av disse tjenestene, eller om det er andre grunner til endringene. Vi vet altså ikke om dette er ønskede eller uønskede endringer.

Alle DPS-ene driver en del rehabiliteringsopplegg av de ulike typene som er nevnt ovenfor. Når et gjelder de enkelte DPS, var det en del signifikante endringer fra 2002 til 2005. Ved Edwin Ruud var det en økning i sosial trening, fysisk trening/aktivitet, tiltak innen bolig/økonomi, tiltakt når det gjelder arbeid/utdanning og aktiviteter hjemme hos pasienten. Ved Lillestrøm var det en reduksjon i andel med fysisk trening/aktivitet og en økning i tiltak når det gjelder økonomi/bolig og arbeid/utdanning. Ved Lillehammer var det en økning i sosial trening, fysisk trening/aktivitet og tiltak angående arbeid/utdanning.

5.3.6 Endringer i bruk av tiltak under døgnbehandling

Det ble også stilt noen få spørsmål om bruk av ulike former for restriksjon under behandling i døgnenheter. Fordelingen på dette er vist i diagrammet nedenfor.

Figur 5.7 Andel (%) av døgnpasienter i 2002 og 2005 med ulike tiltak



Når det gjelder tvangstiltak overfor døgnpasienter, har dette vært lite både 2002 og 2005 fordi disse åtte DPS-ene i liten grad har tvangsinnlagte pasienter. Skjerming på eget avsnitt for skjerming har ikke vært gjort i registreringsperioden i 2005. For øvrig dreier det seg på hvert punkt her om maksimum ti pasienter for de åtte DPS-ene samlet innen perioden, og eventuelle forskjeller kan derfor være tilfeldig fordelt. På grunn av dette og de lave tallene er det derfor ikke gjort forsøk på statistiske analyser på dette punktet. Men det er altså generelt en viss nedgang i bruk av de tiltakene det var spurt om.

5.4 Behandlernes vurdering av tilbudene de gir

5.4.1 Om pasienten behandles på riktig kompetansenivå

Behandlerne ble spurt om pasienten fikk behandling på riktig kompetansenivå. Svarene på dette i 2002 og 2005 er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 5.2 Vurdering av om pasienten behandles på riktig kompetansenivå

	2002		2005	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Unødvendig høyt kompetansenivå	133	6,0	163	5,4
Passe kompetansenivå	2024	90,8	2733	91,3
For lavt kompetansenivå	72	3,2	99	3,3
Til sammen	2229	100,0	2995	100,0

Fordelingen var svært lik på de to tidspunktene og uten noen signifikant forskjell. Mønsteret var litt ulikt ved de ulike typene enheter. Ved poliklinikkene var fordelingen omtrent som i tabellen ovenfor, og ved dagenhetene lå de på omtrent halvparten av poliklinikkene når det gjelder vurderinger at pasientene var på for høyt eller lavt kompetansenivå. Andel en mente var på feil nivå steg ved rusteam og sank ved psykoseteam fra 2002 til 2005.

Ved døgnenhetene mente en på begge tidspunkt at omtrent 3 % var på for lavt omsorgsnivå, mens andelen på for høyt nivå hadde falt fra 9 % i 2002 til 6 % i 2005. Andelen av døgnpasienter som behandlerne mente burde ha vært på et annet nivå var svært mye lavere enn i de nasjonale pasientregistreringene som er gjort hvert femte år og seinest i slutten av 2003, omtrent mellom disse tidspunktene 2002 og 2005 (Hagen og Ruud 2005).

Det var lite forskjell mellom psykotiske og ikke psykotiske pasienter når det gjaldt vurdering om de ble behandlet på riktig kompetansenivå, men en viss tendens til at noen flere burde vært behandlet på høyere kompetansenivå i 2005.

Det var noe variasjon mellom DPS-ene i disse vurderingene. Nordre Vestfold var det DPS som mente at flest ble behandlet på unødvendig høyt kompetansenivå (11 % i 2002 og 9 % i 2005).

5.4.2 Om pasientens nåværende tilbud er tilstrekkelig

Behandlerne ble også spurt om pasientens nåværende tilbud var tilstrekkelig, og om hva som var grunnen dersom de mente at tilbudet ikke var tilstrekkelig. De svarkategoriene de kunne velge mellom, fremgår av tabellen nedenfor.

Tabell 5.3 Begrunnelse dersom en mener at pasientens nåværende tilbud ikke er tilstrekkelig

	2002		2005	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Pasienten ønsker ikke annet tilbud	256	12,7	292	15,0
Mangler kompetanse	36	1,8	54	2,8
For liten kapasitet	159	7,9	161	8,3
Tilbudet er tilstrekkelig	1560	77,6	1444	74,0
Til sammen	2011	100,0	1951	100,0

Tilbudet ble i 2005 vurdert til å være tilstrekkelig for en litt mindre andel (3 % færre) av pasientene enn i 2002, og denne forskjellen var signifikant ($p<0,01$).

Døgnenhetene beskrev en økning fra 7 % til 19 % av andelen som ikke fikk tilstrekkelig tilbud, og psykoseteamene beskrev en økning fra 18 % til 26 % i andelen pasienter som ikke ønsket tilbudet de ville gi. Til tross for økt utbyggingsgrad av antall døgnplasser ved DPS-ene hadde det altså skjedd en tydelig økning i andelen pasienter som ble vurdert å motta utilstrekkelig behandling på grunn av for liten behandlingskapasitet.

Det var en større andel pasienter med psykosediagnose enn andre som ikke ønsket det tilbudet behandlerne ville gi (18 % i 2002 og 24 % i 2005), og andelen var altså økende.

Blant DPS-ene var det Lillestrøm og Betanien som beskrev størst økning i andel pasienter som ikke ønsket tilbudet behandlerne ville gi (fra 12-13 % i 2002 til 22-23 % i 2005), mens Nordre Vestfold beskrev en nedgang i dette fra 19 % til 11 %. Moss, Edwin Ruud og Lillestrøm beskrev et økende eller vedvarende problem med kapasitet mer enn gjennomsnitt.

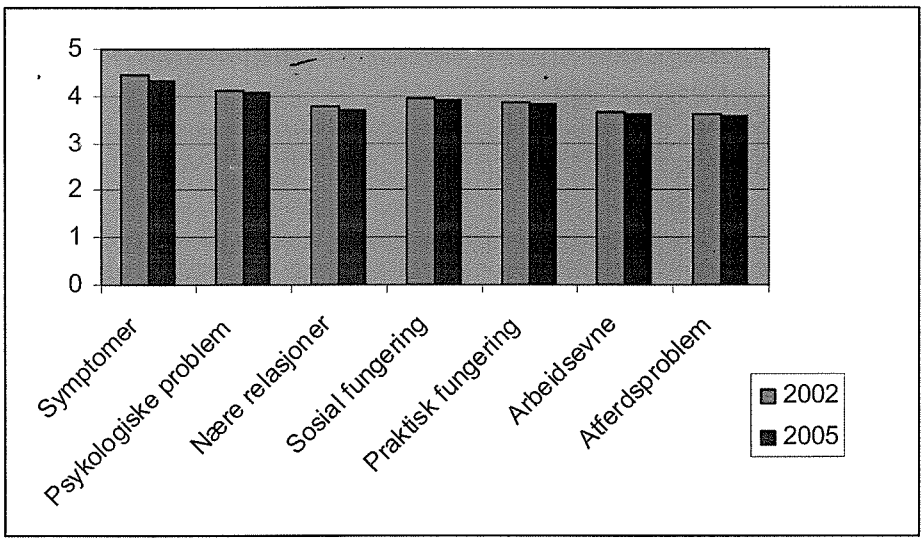
5.5 Endringer i pasientenes tilstand siden behandlingsstart

Behandlerne ble bedt om å vurdere pasientenes grad av bedring siden inntaksdato med hensyn til psykiatriske symptomer, psykologiske problemer, nære relasjoner, sosial fungering, praktisk fungering, arbeidsevne og atferdsproblemer. Hvert område ble skåret på en syvdelt skala (1=mye dårligere, 3=uendret, 7= svært mye bedre).

Disse skårene er retrospektive vurderinger gjort av behandlerne og man ikke bruke disse skårene som sikre mål på effekten av behandlingen. De gir likevel et bilde av hvilke pasienter som i følge behandlernes vurderinger har endret seg mest siden behandlingsstart.

Sammenligning av vurdert grad av bedring i 2002 og 2005 siden behandlingsstart er vist i søylediagrammet nedenfor.

Figur 5.8 Grad av endring siden behandlingsstart (målt på skåringsskalaen 1-7)



Skala i figuren: 1=mye dårligere, 3=uendret, 7= svært mye bedre

Målene på bedring er gjort på et tverrsnitt av pasienter som har mottatt ulike mengder behandling, med ulik intensitet over ulike tidsperioder, og med forskjellig innhold.

Pasientene i 2005 ved DPS-ene samlet hadde en signifikant reduksjon i behandlernes vurdering av bedring siden inntaksdato for symptomer ($p<0,001$), nære relasjoner ($p<0,05$) og atferdsproblem ($p<0,01$).

Enveis variansanalyser av endringer ved hvert enkelt DPS på disse tre bedringsområdene, viste at noen DPS-er hadde en signifikant større grad av bedring i 2005 enn i 2002 på noen bedringsområder, mens de fleste andre DPS-er hadde en signifikant mindre grad av bedring hos pasientene på noen av disse bedringsområdene. Ved analyser på DPS-nivå fant vi ingen åpenbar samvariasjon mellom utbygging fra 2002 til 2005 og endringer i grad av bedring. Analysere viser også at varighet av behandlingen har betydning for grad av bedring, men dette forklarer ikke endringene i grad av bedring fra 2002 til 2005.

5.6 Pasientenes erfaringer og tilfredshet

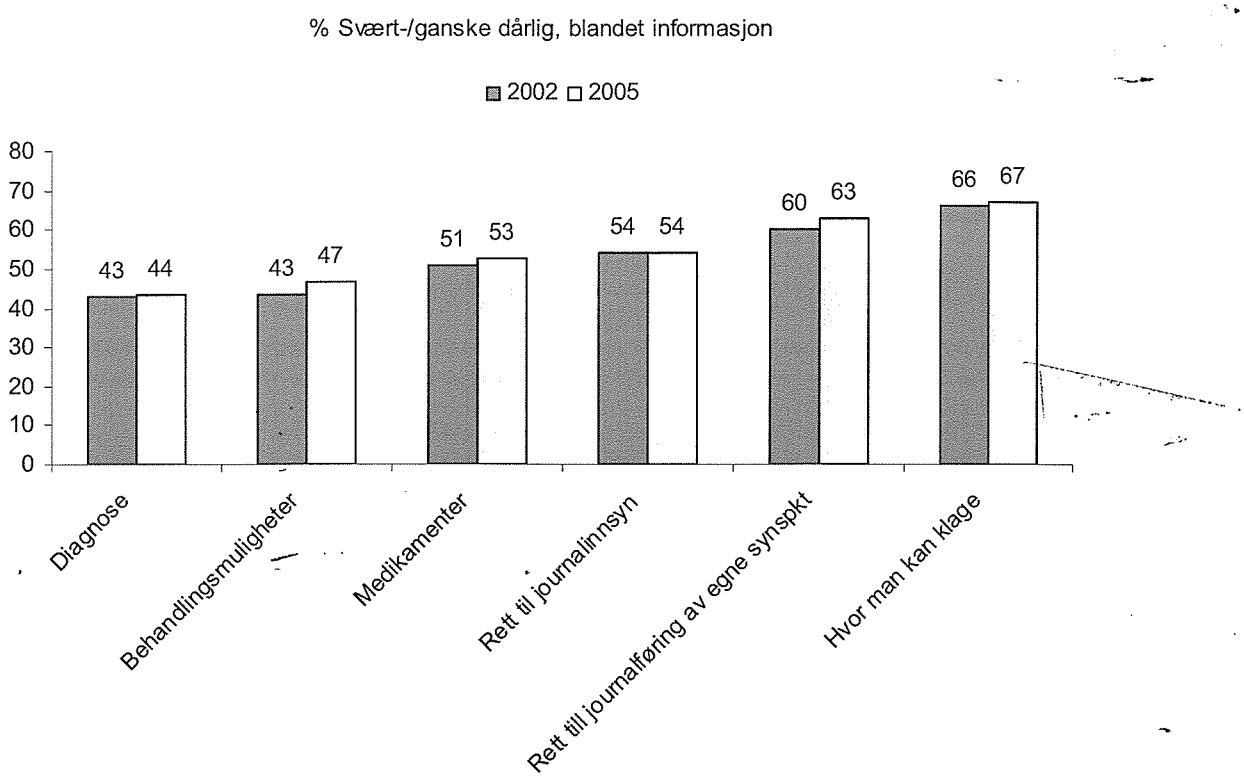
Pasientene ble spurt om å fylle ut et spørreskjema med spørsmål om erfaringer med de tilbudene de hadde mottatt. Behandlerne ga informasjonsbrevet om undersøkelsen til pasientene, og pasientene kunne gi samtykke til bruk av et anonymisert kodenummer. Spørreskjemaene er med som vedlegg bakerst i rapporten. Spørreskjemaene ble utlevert sammen med en ferdig adressert og frankert svarkonvolutt, slik at pasientene kunne velge å levere inn skjemaet ved DPS-et eller å sende inn skjemaet direkte til SINTEF uten at behandlerne kunne lese svarene. Svarprosenten for pasientene er omtrent 39,5 %.

5.6.1 Hvordan informasjonen har vært

Pasientene ble bedt om å vurdere informasjonen de hadde fått fra behandlerne, og de svarte ved å krysse av på en skala fra 1 (svært dårlig) til 5 (svært bra). Til tross for at flere uttrykker positive enn negative erfaringer med informasjonen, er det mange pasienter som opplever at de ikke for god informasjon fra behandlerne. Den betydelige andelen som ikke har gode erfaringer med informasjonen kommer tydelig fram hvis ser på andelen som synes informasjonen er dårlig eller blandet (figur 5.1). Vi ser av figuren at om lag 43-44 prosent opplever informasjon som mangelfull hva gjelder diagnose, mens informasjonen om behandlingsmuligheter vurderes mangelfull for 43 prosent i 2002 og 47 prosent i 2005. Informasjon om medisiner (virkninger, bivirkninger og hvor lenge de må regne med å bruke dem) oppfattes som mangelfull for over halvparten av pasientene ved begge undersøkelsestidspunktene.

Tre av spørsmålene omhandler informasjonen om hvilke rettigheter pasientene har. Sett med pasientenes øyne er det tydelig at dette er områder hvor behandlerne og personalet har et betydelig forbedringspotensial. I alt 54 prosent av pasientene opplever at informasjonen var mangelfull i både 2002 og 2005 for retten til journalinnsyn. I alt 60 prosent i 2002 og 63 prosent i 2005 oppgir mangelfull informasjon om retten til å få journalført egne synspunkter. Hele 66-67 prosent oppgir mangelfull informasjon på hvor man kan klage på det tilbudet de har mottatt.

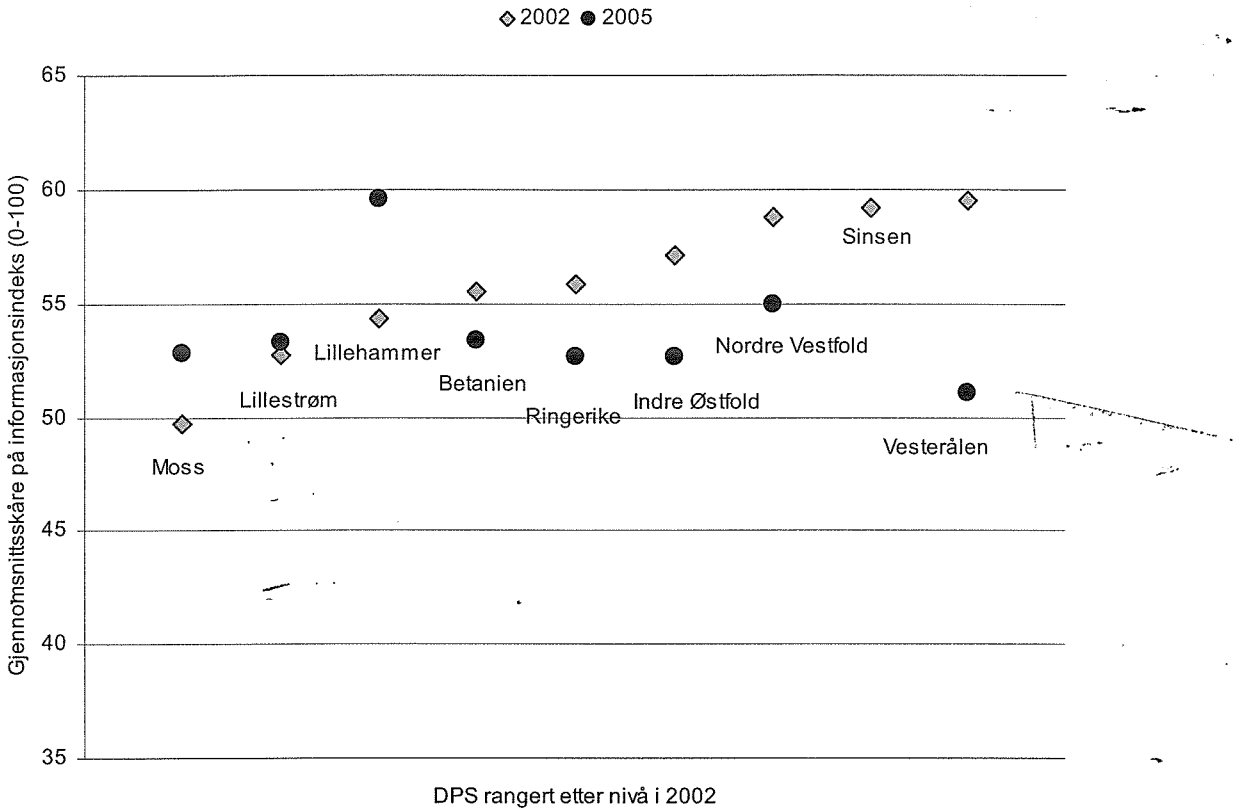
Figur 5.9 Prosentandel pasienter som oppgir at de har svært -/ganske dårlig eller blandede erfaringer med informasjonen. 2002 og 2005.



Det er en klar sammenheng mellom svarene på de ulike informasjonsspørsmålene (Cronbachs Alpha 0,83). Vi har derfor slått sammen svarene på de ulike spørsmålene til en samlet informasjonsindeks. Denne er omkodet slik at negativt svar på alle svar vil få koden 0 mens positivt svar er kodet 100. Gjennomsnittet på skalaen for denne indeksen var da 56 i 2002 og 55 i 2005, og det var ingen sikker forskjell på pasientenes opplevelse av informasjon på de to tidspunktene.

I den neste figuren ser vi hvordan pasientene ved de ulike DPS-ene har vurdert informasjonen i 2002 og 2005. DPS-ene er rangert etter nivået de hadde i 2002. Kun Lillehammer DPS hadde en signifikant bedring i informasjonsnivået fra 2002 til 2005. Vesterålen DPS har den største nedgangen i nivå på informasjonsindeksen, men denne endringen var ikke signifikant. Med bare en signifikant forskjell kan variasjonen mellom 2002 og 2005 være et uttrykk for tilfeldige svingninger rundt et gjennomsnittsnivå.

Figur 5.10 Gjennomsnittsverdier på indeks om informasjon. Skala fra 0-100 hvor 100 er best.



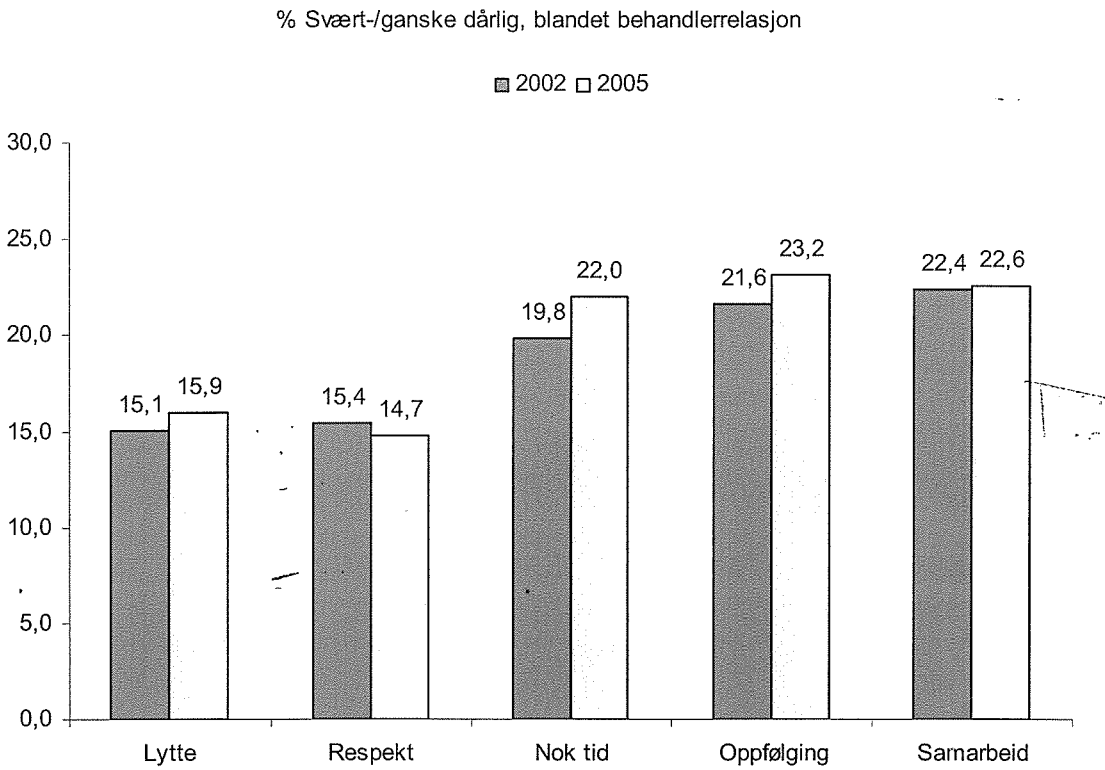
5.6.2 Opplevelsen av kontakten med behandlerne

I dette avsnittet ser vi på hvordan pasientene vurderer ulike sider ved relasjonen til behandlerne. Den største delen av pasientene er i poliklinisk behandling, og hvor vi må anta at spørsmålet om hvem som menes med behandlere er lett å forstå. Det er mulig at pasienter i døgnenheter kan være mer usikre på om uttrykket behandlere bare gjelder fagpersoner med egne kontor, eller om det også inkluderer miljøpersonalet.

Ser vi på svarfordelingene på de spørsmålene som omhandler relasjonen til behandlerne er det ingen signifikante forskjeller mellom nivået i 2002 og 2005 (se vedlegg x.2). I figur har vi gitt en forenklet framstilling ved å slå sammen de ikke-positive kategoriene for behandlerrelasjon – det vil si de som har svart svært-/ganske dårlig, blandet på de fem spørsmålene om behandlerne.

Et klart flertall av pasientene oppgir å ha hatt positive erfaringer med behandlerne. Om lag 15-16 prosent av pasientene svarte at behandlernes evne til å lytte og forstå og respekt for pasientens synspunkter og meninger ikke var bra – om enn i varierende grad. Om lag to av ti pasienter synes ikke behandlerne fungerte bra for nok tid til samtaler og kontakt, oppfølging av planlagte tiltak, samarbeid innbyrdes med hverandre.

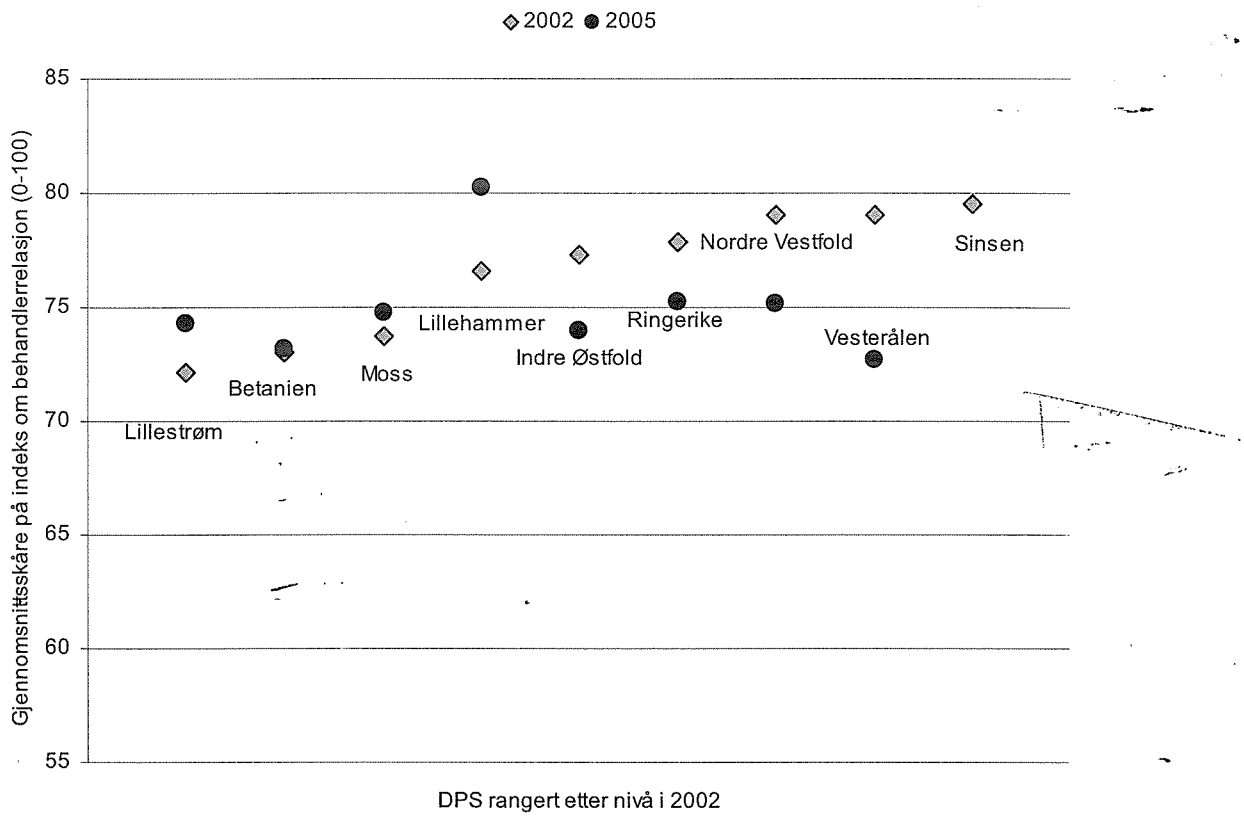
Figur 5.11 – Andel pasienter som oppgir svært/ganske dårlig eller blandet kontakt med behandlerne



Det var en klar sammenheng mellom svarene på de ulike spørsmålene om opplevelsen av behandlerne (Cronbachs Alpha 0,89). Dette indikerer at positive erfaringer på ett spørsmål om behandlerne henger sammen med positive erfaringer på et annet. Vi har slått sammen svarene til en samlet behandlerindeks. Denne er omkodet slik at negativt svar på alle svar vil få koden 0 mens positivt svar er kodet 100. Gjennomsnittet på skalaen for denne indeksen var da 75 i 2002 og 76 i 2005, og det var ingen sikker forskjell på pasientenes opplevelse av informasjon på de to tidspunktene.

I figuren nedenfor ser vi hvordan pasientene ved de ulike DPS-ene vurderte relasjonen til behandlerne i 2002 og 2005. DPS-ene er rangert etter nivået de hadde i 2002. Ingen av DPS-ene hadde signifikante endringer med dette målet for behandlerrelasjon.

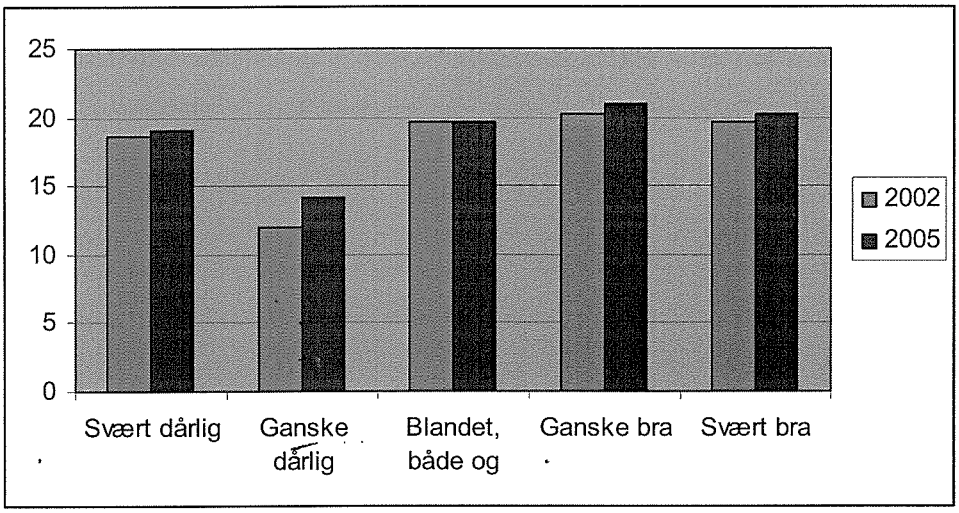
igur 5.12 – Gjennomsnittsverdier på indeks om behandlerrelasjon. Skala fra 0-100 hvor 100 er best.



Det er ikke store forskjeller mellom DPS-ene hva gjelder pasientenes erfaringer med behandlerne. I 2002 hadde Lillestrøm DPS en indeksskåre på 72, mens pasientene ved Sinsen DPS vurderte behandlerne der til en skåre på 80. I 2005 fikk Vesterålen en indeksskåre på 73, mens pasientene ved Lillehammer skåret 80.

5.6.3 Innflytelse i behandlingen

Figur 5.13 Pasientenes erfaring med mulighet til å påvirke hvem de fikk som behandler. Prosent.



Det var ikke noen sikker forskjell mellom pasientenes vurdering i 2002 og 2005 av sin mulighet til å påvirke hvem de fikk som behandler.

5.7 Primærhelsetjenestens vurdering av tilbudet

I september 2005 ble det sendt ut spørreskjema til helsesjefer og allmennleger i de 45 kommunene og bydelene i opptaksområdene til de åtte DPS-ene. Dette inneholdt 15 spørsmål om ulike sider ved tilbudet fra DPS og samarbeidet med DPS slik en opplever det i de kommunale helse- og sosialtjenestene første halvår i 2005. De inneholdt også spørsmål om tilbudet ved DPS-et for åtte ulike pasientgrupper.

Spørreskjemaet ble sendt til 40 fastleger i hvert DPS-område (eller alle er en ikke hadde adresse til så mange som 40) og til alle kommunene med oppfordring om utfylling ved allmennleger, ledere innen pleie/omsorg eller psykiatriteam i kommunen/bydelen, og ledere ved sosialtjenesten. Det ble ikke gjennomført noen purring. Svarprosenten fra fastlegene er omtrent 45 %. Da kommunetilhørighet ikke er registrert for utfylte skjema, har vi ikke opplysninger om svarprosenten fra kommunene.

Siden det ikke ble brukt noe tilsvarende spørreskjema i 2002, vi kan ikke sammenligne disse svarene for 2005 med 2002. Men vi inkluderte ett spørsmål om hvordan en opplevde tilbudet fra DPS samlet sett i 2005, og ett om hvordan en opplevde det samlet sett i 2002. Til sammen 187 skjema hadde avkryssing for begge disse spørsmålene. For alle DPS-ene samlet var det en signifikant høyere tilfredshet med tilbudene i 2005 enn 2002 ($p<0,001$), men forskjellen var ikke veldig stor. Forskjellen for de ulike DPS er vist nedenfor.

Tabell 5.4 Kommunehelsetjenestens vurdering i 2005 av tilbudet alt i alt ved DPS-ene i 2002 og 2005

		Tilbud alt i alt 2002		Tilbud alt i alt 2005		Signifikante
	Antall	Gj.snitt	St.avvik	Gj.snitt	St.avvik	endringer
Moss	30	3,0	1,0	3,1	0,7	Ikke sign.
Edwin Ruud	21	3,0	0,6	3,3	0,6	P<0,05
Lillestrøm	23	2,7	0,7	3,2	0,8	P<0,05
Lillehammer	42	3,3	0,7	3,9	0,7	P<0,001
Ringerike	14	3,0	0,9	3,6	1,1	P<0,05
Nordre Vestfold	18	3,2	1,0	3,0	1,1	Ikke sign.
Betanien	27	3,1	0,9	3,0	0,6	Ikke sign.
Vesterålen	12	2,4	0,7	3,3	1,0	P<0,01
Samlet	1987	3,0	0,8	3,3	0,9	P<0,001

Skala: 1=svært dårlig, 2=dårlig, 3=middels, 4=godt, 5=svært godt

Samlet sett ble tilbudet fra DPS-ene vurdert som bedre i 2005 enn i 2002. For nesten alle DPS er det også en endring i positiv retning, men i noe ulik grad. Antallet svar for hvert DPS er så lavt at dette kan begrense muligheten til å påvise signifikant endringer.

6 Pasientenes opplevelse av livskvalitet

Pasientenes livskvalitet har i økende grad blitt brukt som et resultatmål for behandling innen psykisk helsevern er, og økt livskvalitet hos personer med psykiske lidelser er også et prioritert mål for Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.

Det finnes ulike tilnærminger for å måle livskvalitet. Vi har valgt å bruke en tilnærming der en spør etter hvor fornøyd pasientene er med ulike områder i livet. Denne metoden har vært mye brukt i forskning på livskvalitet hos personer med psykiske lidelser (Oliver et al 1996). Spørreskjemaet til pasientene inneholdt Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999).

Tabellen nedenfor bygger på utfylte spørreskjema fra 1119 i 2002, og 1194 i 2005.

Tabell 6.1 Pasientenes livskvalitet innen ulike områder i 2002 og 2005

	2002		2005		Signifikante
	Gj.snitt	Stand.avvik	Gj.snitt	Stand.avvik	forskjeller
1. Livet samlet sett	3,80	1,30	3,87	1,17	
2. Arbeidet eller daglig virksomhet	3,84	1,53	3,89	1,47	
3. Utdanningen	3,83	1,71	3,91	1,63	
4. Økonomien	3,43	1,71	3,54	1,58	
7. Antall venner	4,35	1,64	4,48	1,62	
8. Forholdet til vennene	4,69	1,46	4,78	1,38	
9. Fritida	4,04	1,40	4,13	1,37	
10. Boligen	4,95	1,57	4,93	1,50	
11. Området/nabolaget	5,01	1,47	5,02	1,43	
12. Personlig trygghet	4,16	1,59	4,13	1,50	
13. Forholdet til dem du bor sammen med	5,34	1,37	5,01	1,48	(P< 0.05 *)
14. Forhold til ektefelle/samboer/partner	5,15	1,48	4,61	1,72	(P< 0.05 *)
15. Seksuallivet	3,63	1,77	3,73	1,78	
16. Forholdet til familien	4,57	1,55	4,68	1,52	
17. Fysisk helse	3,74	1,54	3,81	1,47	
18. Psykisk helse	3,05	1,39	3,15	1,30	P< 0.05

*) Svarboksene for spørsmålene 13 og 14 var satt opp litt annerledes i 2002, slik at det er mulig at forskjellene mellom 2002 og 2005 for disse spørsmålene kan skyldes dette, og ikke faktiske forskjeller.

Det er en liten signifikant bedring fra 2002 til 2005 i hvor fornøyd pasientene er med sin psykiske helse. For de andre spørsmålene er det ikke sikre signifikante forskjeller for det samlede materialene fra alle de åtte DPS-ene.

Pasienter ved Lillehammer var mer fornøyd i 2006 med både livet generelt, arbeid/utdanning, økonomi, fritiden og sin fysiske og psykiske helse. Også ved Ringerike og Betanien var pasientene signifikant mer fornøyd med sin psykiske helse i 2005. For øvrig var det ved noen andre DPS 1-2 ande områder der pasientene var mer eller mindre fornøyd enn i 2002. Det er liten grad av endringer i rapportert livskvalitet. Det er mulig at noe bedring i tilfredshet med egen psykisk helse kan ha sammenheng med tilbudene ved DPS, men dette er ikke relateres til økt utbygging siden disse bedringene er ved DPS-er uten ressursøkning.

7 Litteraturreferanser

Bjørngaard JH (2002). Samdata psykisk helsevern.Tabeller 2001. Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2001. SINTEF Unimed rapport 1/02. SINTEF Unimed, Trondheim.

Distriktspsykiatriske sentre – organisering og arbeidsområder. Statens helsetilsyns veiledningsserie 1-2001. IK-2738. Statens helsetilsyn.

Kalseth J (2005) (red.) Samdata psykisk helsevern. Tabeller 2004. SINTEF rapport STF78 A055021. SINTEF Helse, Trondheim/Oslo.

Gråwe RW, Hagen H, Husum TL, Pedersen PB, Ruud T (2005). Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne – september 2004. SINTEF-rapport STF78 A055013. SINTEF Helse, Trondheim/Oslo.

Hagen H, Ruud T (2005). Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003. SINTEF-rapport STF78 A045026. SINTEF Helse, Trondheim/Oslo.

Mueser et al (1995). Fra: «Evaluating Substance Abuse in Persons with Severe Mental Disorders». KT Mueser, RE Drake, RE Clark, G McHugo, C Mercer-McFadden & TH Ackerson, the Evaluation Center @HSRI. 1995. Norsk oversettelse: Emly Pape Ellefsen, 1996

Oliver J, Husley P, Bridges K, Mohamad H (1996): Quality of Life and Mental Health Services. Routledge, London.

Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999) Application and Results of the Manchester Short Assesment of Quality of Life (MANSA). Int Jour Soc Psych 45, 1 7-12.

Rundskriv I-24/99. Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Planer for fylkeskommunale tjenester. Øremerkede tilskudd til fylkeskommunene 1999. Sosial- og helsedepartementet.

Statens helsetilsyn (1999). ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Universitetsforlaget, Oslo.

Stortingsproposisjon nr 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statrsbudsjette for 1998. Sosial- og helsedepartementet.

Thornicroft G, Tansella M (1999). The Mental Health Matrix. A manual to improve services. Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Thronicroft G, Szmukler (2001). Textbook of Community Psychiatry. Oxford University Press.

Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. Br.J.Psychiatry 1998;172:11-8:11-8.

Vedlegg

Skjemaene ble utformet med navn på det aktuelle DPS øverst på skjemaet. Vi vedlegger her de skjemaene som ble brukt ved ett av de åtte DPS-ene:

- Registreringsskjema om pasienter ved DPS vinter/vår 2005
- Veiledning til utfylling av registreringsskjema
- Spørreskjema til pasienter ved DPS vinter/vår 2005

Skjemaene som ble brukt i 2002 var vedlagt i rapporten fra den første datainnsamlingen (Ruud og Reas 2003). De tas ikke med her fordi data fra 2002 ble omkodet til å passe med data fra 2005 på de områdene der det var gjort forenklinger av svaralternativene.

Skjema AB for registrering av pasienter ved Moss DPS 2005 (14.02 – 14.03)

Institusjon 0 1 **Opptaksområde (for DPS)** 1

Kodenummer for pasienten i 2005

Pasienten registrert i 2002? ☐ 1 Ja ☐ 2 Nei ☐ 3 Ukjent

Kodenummer for pasienten i 2002

Første kontakt med institusjonen *(mmåå)*

Inntak denne episode *(ddmmåå)*

Henvisning mottatt *(ddmmåå)*

Ev. utskrivning/avslutningsdato

Fødselsår

Inntak som øyeblikkelig hjelp ☐ 1 Ja ☐ 2 Nei ☐ 3 Ukjent
Første kontakt med psyk.h.v. ☐ 1 Ja ☐ 2 Nei ☐ 3 Ukjent
Reinnleggelse innen ett år ☐ 1 Ja ☐ 2 Nei ☐ 3 Ukjent

Sivilstatus
☐ 1 Ugift
☐ 2 Gift
☐ 3 Samboende
☐ 4 Enke / enkemann
☐ 5 Separert / skilt
☐ 6 Ukjent

Kjønn
☐ 1 Mann
☐ 2 Kvinne

Bor alene
☐ 1 Ja
☐ 2 Nei
☐ 3 Ukjent

Hovedinntektskilde
☐ 1 Har lønnet arbeid
☐ 2 Utdanning/skolegang
☐ 3 Hjemmearbeidende
☐ 4 Rehabilitering/attføring
☐ 5 Har uføretrygd
☐ 6 Har alderspensjon
☐ 7 Annet

Pasientens etniske bakgrunn
☐ 1 Norsk
☐ 2 Vestlig (vest-europeisk og vestlige verden)
☐ 3 Annen (utenom den vestlige verden)

Nødvendig med tolk i samtale ☐ 1 Ja ☐ 2 Nei ☐ 3 Ukjent
Pasienten er asylsøker ☐ 1 Ja ☐ 2 Nei ☐ 3 Ukjent

Juridisk status ved <u>inntaksvedtak</u> (første kolonne) og <u>nå</u>
☐ ☐ 1 Frivillig
☐ ☐ 2 Tvungen observasjon utenfor institusjon
☐ ☐ 3 Tvungen observasjon i institusjon
☐ ☐ 4 Tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon
☐ ☐ 5 Tvungent psykisk helsevern i institusjon (inkl dømt)

<u>Hvem som henviste</u> pasienten (første kolonne) og hvem pasienten eventuelt er <u>henvist tilbake til</u> (andre kolonne)
☐ ☐ 1 Pasienten selv / 1 Ingen oppfølging
☐ ☐ 2 Fastlegen
☐ 3 Allmenn / psykiatrisk legevakt (strek under)
☐ ☐ 4 Kommunal pleie / omsorg / psykiatriteam
☐ ☐ 5 Somatisk poliklinikk / avdeling
☐ ☐ 6 Psykiatrisk enhet ved DPS
☐ ☐ 7 Annen psykiatrisk enhet ved sykehus
☐ ☐ 8 Privatpraktiserende psykiater/psykolog
☐ ☐ 9 Politilege / tilsynslege i fengsel / rettsvesen

Hovedgrunner for inntak slik team/avdeling ser det
Sett kryss på 1- 3 linjer
☐ 1 Få gjennomført diagnostikk og utredning
☐ 2 Få etablert / bedret behandlingsrelasjon
☐ 3 Få satt i gang / endret behandling
☐ 4 Få kontroll over destruktiv atferd overfor selv / andre
☐ 5 Ta vare på pasienten / beskytte / skjerme / avlaste
☐ 6 Få bedret pasientens kontakt / relasjoner med familie
☐ 7 Ha trygg ramme for bearbeiding av traumer/konflikter

Hoveddiagnose (ICD-10)

Annen diagnose (bidiagnose)

Annen diagnose (bidiagnose)

Status for nåværende psykiske lidelse
☐ 1 Psykisk lidelse som har debutert nylig
☐ 2 Ny sykdomsperiode etter periode uten sykdom
☐ 3 Forverrelse av langvarig vedvarende psykisk lidelse
☐ 4 Ukjent / annet:

Omfang av sosialt nettverk (slekt / venner)
☐ Ikke noe kjent nettverk, ingen personer
☐ Lite nettverk, få eller eventuelt en person
☐ Moderat nettverk, flere personer
☐ Stort nettverk, mange personer

Deltagelse i lokalmiljø sammen med andre
☐ Har bare kontakt med familie/hjelpeapparatet
☐ Litt kontakt utenom familie/hjelpeapparat
☐ Deltar i flere sammenhenger
☐ Deltar aktivt i lokalsamfunnet

	HoNOS *(se veiledning)*	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
1	Overaktiv eller aggressiv atferd	☐	☐	☐	☐	☐
2	Selvskade som ikke skyldes uhell	☐	☐	☐	☐	☐
3	Drikking eller bruk av stoff	☐	☐	☐	☐	☐
4	Kognitive problem	☐	☐	☐	☐	☐
5	Fysisk sykdom / funksjonshemming	☐	☐	☐	☐	☐
6	Hallusinasjoner og vrangforestillinger	☐	☐	☐	☐	☐
7	Senket stemningsleie	☐	☐	☐	☐	☐
8	Andre psykiske plager (merk bokstav)	☐	☐	☐	☐	☐

A fobisk · B angst · C tvangsproblem · D stress/spenninger · E dissosiative · F somatoforme · G spiseproblem · H søvnproblem · I seksuelle pr. · J andre probl.

9	Problem med forhold til andre	☐	☐	☐	☐	☐
10	Problem med dagliglivets aktiviteter	☐	☐	☐	☐	☐
11	Problem med boligforhold	☐	☐	☐	☐	☐
12	Problem med yrke og aktiviteter	☐	☐	☐	☐	☐
	Psykologiske problem *(se veil.)*					
P1	Problem etter traumer eller tap	☐	☐	☐	☐	☐
P2	Problem med selvbilde eller identitet	☐	☐	☐	☐	☐
P3	Personlige eller indre konflikter	☐	☐	☐	☐	☐
P4	Problem i parforhold eller nære familie	☐	☐	☐	☐	☐
	Bruk av alkohol og stoff *(se veil.)*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Bruk av alkohol	☐	☐	☐	☐	☐
2	Bruk av medikamenter / narkotika	☐	☐	☐	☐	☐

GAF siste uke (alvorligste) **Sympt:** ☐☐ **Funk:** ☐☐

Psykisk helsevern (spesialist-helsetjenesten) siste 12 mnd	Ingen	Måneder 0-6	7-11	Hele tiden	Ukjent
Sett ett kryss pr linje	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1 Poliklinisk/ambulant tilbud	☐	☐	☐	☐	☐
2 Dagtilbud	☐	☐	☐	☐	☐
3 Døgnopphold ved DPS	☐	☐	☐	☐	☐
4 Døgnopphold ved sykehus	☐	☐	☐	☐	☐
5 Behandling ved rusteam	☐	☐	☐	☐	☐
6 Døgnopphold i rusinstitusjon	☐	☐	☐	☐	☐

Hvilke av disse tilbudene har pasienten fra før, - eller har fått nå under oppholdet / behandlingen?	Behov for	Har fra før	Har fått nå	Ønsker ikke	Ukjent
Sett ett kryss på hver linje	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1 Fastlege	☐	☐	☐	☐	☐
2 Individuell plan i følge loven	☐	☐	☐	☐	☐
3 Koordinator i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐
4 Ansvarsgruppe i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐

Pasient: (slettes før innsending): .....

Tilbud i registreringsperioden fra de enkelte kliniske basisenhetene (team/poster, - se veiledning) ved DPS.
For hver basisenhet (team/post) fylles det ut én linje der det oppgis antall konsultasjoner / sesjoner, dager med dagtilbud, antall ganger med aktiviteter sammen med pasienten utenfor institusjonen, og antall døgn som døgnpasient ved posten.

Basisenhet	Kons	Dager	Aktiv.	Døgn

Kryss av for de tilbud pasienten har mottatt i reg. perioden:

Utredning/diagnostikk
- ☐ 1 Psykiatrisk utredning
- ☐ 2 Psykologisk testing
- ☐ 3 Somatisk utredning
- ☐ 4 Trygdesak/forsikringssak

Individualterapi og samtaler
- ☐ 1 Oppfølging psykofarmaka
- ☐ 2 Kriseintervensjon
- ☐ 3 Rådgivning
- ☐ 4 Psykodynamisk psykoterapi
- ☐ 5 Kognitiv (atferds)terapi
- ☐ 6 Interpersonlig psykoterapi
- ☐ 7 Støttende psykoterapi
- ☐ 8 Annen individuell terapi

Rehabilitering
- ☐ 1 Trening praktiske ferdigh.
- ☐ 2 Trening sosial ferdigheter
- ☐ 3 Fysisk trening eller trim
- ☐ 4 Sosiale tiltak bolig/økonomi
- ☐ 5 Hjelp husarbeid / praktisk
- ☐ 6 Hjelp grunnlegg. egenomsorg
- ☐ 7 Oppfølg. Arbeid/skole/utdan.
- ☐ 8 Besøk/aktiviteter hjemme
- ☐ 9 Følge/aktiviteter i samfunnet

Gruppeterapi/familiearb.
- ☐ 1 Kognitiv ter. i gruppe
- ☐ 2 Analytisk gr.psykoter.
- ☐ 3 Annen gruppeterapi
- ☐ 4 Par/familiesamtaler
- ☐ 5 Flerfamiliegruppe
- ☐ 6 Nettverkssamtaler

Andre behandlingsformer
- ☐ 1 Billed/musikkterapi ol
- ☐ 2 Fysioter./psykomotor.
- ☐ 3 ECT
- ☐ 4 Lysbehandling
- ☐ 5 Ergoterapi/aktiviteter

Tiltak i døgnavdeling
- ☐ 1 Ekstravakt/"fotfølging"
- ☐ 2 Skjerming på eget rom
- ☐ 3 På skjermingsavsnitt
- ☐ 4 Brukt tvangsmidler

Faggruppe for nåværende hovedbehandler
- ☐ 1 Spesialist i psykiatri
- ☐ 2 Lege, ikke spesialist
- ☐ 3 Psykologspesialist
- ☐ 4 Psykolog, ikke spesialist
- ☐ 5 Sosionom
- ☐ 6 Psykiatrisk sykepleier
- ☐ Annen: _____

Måneder med nåværende hovedbehandler ☐☐☐

Psykofarmaka inkludert sovemidler og smertestillende

Medikament (skriv tydelig)	Døgndose (mg)
	,
	,
	,
	,
	,
	,

Depotmedikament (og intervall)	Dose mg	Dager

☐ Frivillig ☐ I kraft av vedtak om tvangsbehandling

Behandles pasienten på riktig kompetansenivå?
- ☐ Unødvendig høyt kompetansenivå
- ☐ Passe kompetansenivå
- ☐ For lavt kompetansenivå

Om tilbudet ikke er tilstrekkelig
- ☐ Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud
- ☐ Mangler kompetanse her
- ☐ Har kompetanse, for liten kapasitet
- ☐ Tilbudet er tilstrekkelig

Noen andre spørsmål om det samlede tilbudet som pasienten har

Sett ett kryss på hver linje

	Ikke aktuelt 1	Ja 2	Nei 3	Vet ikke 4
1 Tilbudene for pas. er godt nok samordnet	☐	☐	☐	☐
2 Pasientens viktigste behov er dekket	☐	☐	☐	☐
3 Flere tjenester er med på å lage ind. plan	☐	☐	☐	☐
4 Eventuelle barn får den hjelp de trenger	☐	☐	☐	☐
5 Pas. har også tilbud ved psyk. sykehusavd	☐	☐	☐	☐

Arbeid og/eller aktiviteter i reg. perioden Under T skrives ca antall timer pr dag (av 8)	Dager	T
Lønnet arbeid		
Skole / utdanning		
Sykemeldt		
Attføringsbedrift o.l.(under Aetat)		
Dagsenter og lignende (ikke under Aetat)		
Arbeid med bistand		

Om ubesvart: ☐ Pas. har ingen slike tilbud ☐ Vet ikke

Hvem har behandlerteamet / avdelingen kontakt / samarbeid med i løpet av registreringsperioden?

Sett ett kryss på hver linje

	Ikke aktuelt 1	Hatt kontakt 2	Ikke kontakt 3	Ukjent 4
1 Familie/pårørende/venner	☐	☐	☐	☐
2 Fastlege/annen primærlege	☐	☐	☐	☐
3 Sykepleier / team i kommunen	☐	☐	☐	☐
4 Sosialtjenesten / sosialkontor	☐	☐	☐	☐
5 Psykiatrisk sykehusavd. / poliklinikk	☐	☐	☐	☐
6 Somatisk sykehusavd. / poliklinikk	☐	☐	☐	☐
7 Rusteam / rusinstitusjon	☐	☐	☐	☐
8 Arbeidsgiver/skole/aetat/trygdekont.	☐	☐	☐	☐
9 Politi /fengsel /kriminalomsorg i frihet	☐	☐	☐	☐

Samarbeidsmøter/veiledning i kommunen i perioden	☐☐
Antall samarbeidsmøter med andre i reg. perioden	☐☐
Antall konsultasjoner pasienten ikke møtte i perioden	☐☐

Grad av bedring siden inntaksdato. Bruk skala:

1 Mye dårligere | 2 Noe dårligere | 3 Ingen endring | 4 Litt bedre | 5 En del bedre | 6 Mye bedre | 7 Svært mye bedre

	1	2	3	4	5	6	7
Psykiatriske symptomer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykologiske problem	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nære relasjoner	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sosial fungering	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Praktisk fungering	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeidsevne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atferdsproblem	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SINTEF Helse

Prosjektleder Torleif Ruud
Telefon 9136 2750
Epost: torleif.ruud@sintef.no

Veiledning om utfylling av skjema AB ved Moss DPS vinteren 2005

Hvilke pasienter som inkluderes

Alle pasienter DPS har kontakt med ved fysisk møte i de 4 ukene 7-10 fra mandag 14.februar kl.08 til mandag 14.mars kl.08 i 2005 tas med. Se veiledning om undersøkelsen.

Skjema AB om pasienter og tilbud

Skjemaet fylles ut av pasientens hovedbehandler (se def nede til høyre) i samarbeid med eventuelle andre som også har kontakt med pasienten. Dette kan om ønskelig delvis gjøres i teammøte eller som ledd i kontakten med pasienten.

En kan fordele registreringen av "faste" pasienter på de fire ukene i perioden. Pasienter som avsluttes helt i løpet av perioden, bør vurderes/skåres mens en husker best.

Det fylles ut bare ett skjema for hver pasient, så de som gir tilbud til pasienten må samarbeide om å gi opplysninger.

Dersom pasienten avsluttes og tas inn på nytt i løpet av registreringsperioden, fylles ut et nytt skjema for den nye kontaktperioden. Det brukes samme kodenummer, men skjemaene merkes med nye aktuelle datoer. Ved flere skjema om samme pasient uten kodenummer festes disse sammen med stift eller binders før de sendes til oss.

Side 1

Institusjon: 01

Opptaksområde: 1

Om pasienten ble registrert i 2002 og Kodenummer for pasienten i 2002: Koordinator gir nærmere beskjed.

Første kontakt med psykisk helsevern: Gjelder spesialist-helsetjenester i psykiatri, ikke bare denne institusjonen.

Pasientens etniske bakgrunn: Vest-europeisk og den vestlige verden inkluderer USA/Canada, Australia/NZ, men ikke tidligere øst-blokk-land i Europa.

Hvem som henviste pasienten: Andre kolonne gjelder hvem pasienten henvises til ved avslutning av kontakten med DPS. Skal bare fylles ut om ev avslutter kontakt med pasienten i registreringsperioden.

Hovedgrunner for inntak: Gjelder også grunner til hvorfor pasienten fortsatt er i behandling.

Status for nåværende psykisk lidelse: Ved kryss på 4 kan en eventuelt spesifisere.

HoNOS: Følg instruksen på skåringsskjema for HoNOS. Skalaer en ikke kan besvare, settes åpent (= skåring 9).

Psykologiske problem: Skåres ut fra skalaer på eget ark.

Bruk av alkohol og stoff: Skåres ut fra skalaer på eget ark. Gjelder siste 6 måneder (ikke siste 1-2 uker som de andre).

GAF siste uke: Skåres ut fra skalaer på egne ark.

Psykisk helsevern siste 12 måneder: Bruk av psykiatriske spesialisthelsetjenester, ikke kommunale psykiatritjenester.

Hvilket av disse tilbudene pasienten har: Kryss i første kolonne for det dere mener pasienten har behov for, og ett kryss på hver linje i en av de fire andre kolonnene for å vise den faktiske situasjon.

Side 2

Tilbud i registreringsperioden ved de enkelte basisenheter: Her registreres omfang av tilbudet fra de basisenhetene (team, poster) ved DPS som har kontakt med pasienten i løpet av registreringsperioden. Dette må fylles ut ved slutten av registreringsperioden, eller ved avslutning av kontakt med pasienten om dette skjer i løpet av registreringsperioden.

For hver basisenhet (se koder nedenfor) som har hatt kontakt med pasienten i registreringsperioden, fylles det ut én linje, der det skrives samlet antall i hver av de aktuell kolonnene. Konsultasjoner gjelder både individuelle samtaler, gruppe- og familiesamtaler. I døgnavdelinger registreres bare samtaler med leger/psykologer/hovedbehandler som konsultasjoner. Dager gjelder antall dager med dagtilbud (ved dag/døgnpost). Aktiviteter utenfor institusjonen gjelder i hovedsak den type tilbud som avkrysses under rehabilitering lenger ned. Døgn gjelder bare antall døgn i døgnpost i perioden.

Eksempler: (A) For en pasient som bare går i psykoterapi ved poliklinikken, skrives det bare en linje med kode for poliklinikk og antall konsultasjoner i perioden, samt kryss lenger ned for type psykoterapi. (B) For en pasient med dagtilbud ved en døgnpost og kontakt med ambulant team, fylles det ut en linje for døgnposten med antall dager for dagtilbud, og en linje for det ambulant teamet med og antall møter/aktiviteter. Lenger ned krysses det av for de ulike typene tilbud.

Koder for basisenheter ved Moss DPS:

POL	Allmennpsykiatrisk poliklinikk
PGRP	Psykodynamisk gruppe
KGRP	Kurativ gruppe (dagtilbud)
AMB	Ambulant team
DGN1	Døgnpost 1 (7 døgnspost)
DGN2	Døgnpost 2 (5-døgnspost)

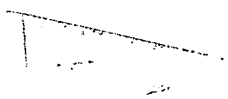
De tilbud pasienten har mottatt i registreringsperioden: Viktig del som viser innholdet i det tilbudet pasienten har fått. Det settes kryss for de tilbud som har vært gitt i løpet av perioden innen utredning/diagnostikk, individualterapi og samtaler, gruppeterapi og familiearbeid, andre behandlingsformer og rehabiliteringsaktiviteter, - samt for eventuelle restriktive tiltak i døgnavdeling.

Hovedbehandler: Her menes terapeuten som har samtaler med pasienten og er sentral i behandlingen, ikke en som har et overordnet ansvar og sjelden har samtaler med pasienten.

Måneder med nåværende hovedbehandler: Dersom det har vært avbrudd i kontakten, regnes samlet tid med kontakt.

Psykofarmaka: Dersom det er mye endring i medisineringen i løpet av registreringsperioden, skrives det som en mener er mest representativt for perioden.

Arbeid og/eller aktiviteter i registreringsperioden: Dette fylles ut for registreringsperioden på 4 uker, eller for den delen av de 4 ukene da dere har hatt kontakt med pasienten. Det skrives samlet antall dager (ikke dager pr uke) på hver linje som er aktuell. For hele dager settes det 8 timer, for deltid anslagsvis gjennomsnittelig antall timer for de aktuelle dagene. Om ingen linjer fylles ut, besvares spørsmålet under.



SINTEF

SINTEF Helse. Prosjektleder Torleif Ruud Telefon 9136 2750.
Postboks 124 Blindern, 0314 Oslo. (Faks 2206 7909)

Skjema P-2005

Institusjon: 0 1

Utfylt dato (dag/måned): ___ ___ 2 0 0 5

Kodenummer bare om samtykke til det

Kodenr. pasient: ___ ___ ___ ___ ___

Spørreskjema til pasienter ved DPS vinteren 2005

Ved å svare på spørreskjemaet bidrar du til en evaluering av tilbudene til mennesker med psykiske plager. Resultatene vil bli brukt av helsemyndigheter og helsetjenester for å forbedre tilbudene om behandling og hjelp.

Kjønn ☐ Kvinne ☐ Mann

Fødselsår ___ ___ ___

Hvilke tilbud har du hatt vinter 2005?
- ☐ Poliklinisk tilbud
- ☐ Dagtilbud
- ☐ Døgnopphold
- ☐ Hjelp fra team som kom til deg

1. Er kontakten avsluttet? ☐ Ja ☐ Nei
2. Har du vært tvangsinnlagt denne vinteren (2005)? ☐ Ja ☐ Nei
3. Har du fått medisiner etter vedtak om tvangsbehandling? ☐ Ja ☐ Nei

Først er det noen spørsmål om hvor fornøyd du er med ulike områder i livet slik det er nå

For hvert område i livet som er nevnt nedenfor setter du kryss i den boksen som best beskriver hvordan du har det nå med denne delen av livet. Skalaen for hver av de sju ulike svarene (boksene) står øverst under tallene. Du kan sende oss det utfylte spørreskjemaet i den vedlagte svarkonvolutten eller levere det til senteret i konvolutten.

	Sett ett kryss på hver linje.	1 Kunne ikke ha vært verre	2 Mis-fornøyd	3 For det meste mis-fornøyd	4 Blandet-både fornøyd og misfornøyd	5 For det meste fornøyd	6 For-nøyd	7 Kunne ikke ha vært bedre
1	Hvor fornøyd er du med livet ditt samlet sett?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Hvor fornøyd er du med arbeidet ditt eller din daglige virksomhet (arbeid, opplæring, studier o.l.) - eller hvor fornøyd er du med å være uten arbeid eller pensjonert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Hvor fornøyd er du med utdanningen din?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Hvor fornøyd er du med økonomien din?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Hvor fornøyd er du med hvor mange venner du har?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Hvor fornøyd er du med forholdet til vennene dine?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Hvor fornøyd er du med fritiden din?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	Hvor fornøyd er du med boligen din?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Hvor fornøyd er du med området/ nabolaget der du bor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Hvor fornøyd er du med din personlige trygghet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Hvor fornøyd er du med dem du bor sammen med? - eller hvor fornøyd er du med å bo alene?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Hvor fornøyd er du med ditt forhold til ektefelle/ samboer/ partner? - eller hvor fornøyd er du med å ikke ha noen ektefelle/samboer/ partner?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Hvor fornøyd er du med ditt seksualliv?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Hvor fornøyd er du med forholdet til familien din?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Hvor fornøyd er du med din fysiske helse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	Hvor fornøyd er du med din psykiske helse?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Så følger noen spørsmål om problem eller plager de siste to ukene

Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dagene. Sett ett kryss på hver linje.		Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1	Matthet eller svimmmelhet	☐	☐	☐	☐
2	Plutselig frykt uten grunn	☐	☐	☐	☐
3	Stadig redd eller engstelig	☐	☐	☐	☐
4	Følelse av å være anspent, oppjaget	☐	☐	☐	☐
5	Lett å klandre seg selv	☐	☐	☐	☐
6	Søvnproblemer	☐	☐	☐	☐
7	Føle håpløshet med tanke på framtiden	☐	☐	☐	☐
8	Nedtrykt, tungsindig	☐	☐	☐	☐
9	Følelse av at alt er et slit	☐	☐	☐	☐
10	Følelse av å være unyttig	☐	☐	☐	☐

Resten gjelder din vurdering av de tilbud du har fått ved denne institusjonen vinteren 2005

Hva synes du om den informasjonen du har fått fra dine behandlere om de ulike forhold nedenfor?	1 Svært dårlig	2 Ganske dårlig	3 Blandet, både-og	4 Ganske bra	5 Svært bra
1. Om diagnose og de plagene du har	☐	☐	☐	☐	☐
2. Om de behandlingsmuligheter som finnes for deg	☐	☐	☐	☐	☐
3. Om medikamenter (virkninger, bivirkninger og hvor lenge du måtte regne med å bruke dem)?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Om din rett til å få innsyn in journalen din	☐	☐	☐	☐	☐
5. Om din rett til å få journalført egne ønsker/synspunkt	☐	☐	☐	☐	☐
6. Om hvor du kunne klage på det tilbudet du fikk (fylkeslege, kontrollkommisjon, pasientombud)	☐	☐	☐	☐	☐

Hvordan har behandlerne vært når det gjelder . . .	1 Svært dårlig	2 Ganske dårlig	3 Blandet, både-og	4 Ganske bra	5 Svært bra
1. Å gi seg nok tid til samtaler og kontakt	☐	☐	☐	☐	☐
2. Evne til å lytte og forstå	☐	☐	☐	☐	☐
3. Oppfølging av tiltak som er planlagt eller avtalt	☐	☐	☐	☐	☐
4. Respekt for dine synspunkter og meninger	☐	☐	☐	☐	☐
5. Samarbeid innbyrdes med hverandre	☐	☐	☐	☐	☐
6. Din mulighet til å påvirke hvem du fikk som behandler	☐	☐	☐	☐	☐

Om du har hatt behandlingskontakt over lengre tid eller med flere poster eller polikliniske team	0 Ikke vært aktuelt	1 I svært liten grad	2 I liten grad	3 I noen grad	4 I stor grad	5 I svært stor grad
1. Har fått beholde samme hovedbehandler eller terapeut over lengre tid	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Hvor godt primærhelsetjenesten og psykiatrien samarbeider om mine tilbud	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Har fått beholde samme behandler ved overføring til en annen post / annet team	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hvor godt samarbeidet har vært mellom enhetene ved overføring til annet team	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvor mye hjelp har du har fått med . . .	0 Hadde ikke slikt problem	1 Svært lite	2 Ganske lite	3 Hverken lite eller mye	4 Ganske mye	5 Svært mye
1. Forholdet til deg selv og ditt selvbilde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Kunnskap om sykdommen din	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Å redusere symptomer og plager	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Å lære å mestre symptomer og plager	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Forholdet til dine nærmeste	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Forholdet til andre mennesker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Å fungere bedre praktisk i det daglige	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Å bedre din arbeidsevne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Å bedre din fysiske form og fysiske helse	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvilket utbytte synes du at du har hatt av de formene for behandling eller hjep som er nevnt nedenfor? Sett bare ett kryss på hver linje	Om du har mottatt slik behandling				Om du ikke har mottatt slik behandling	
	1 Ikke noe utbytte	2 Lite utbytte	3 Stort utbyte	4 Svært stort utbytte	0 Har ikke ønsket det	5 Hadde ønsket å få det
1. Undersøkelse og utredning	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Råd om spørsmål jeg har hatt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Behandlng med medikamenter	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Samtalebehandling, psykoterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Gruppesamtaler, gruppeterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Familiesamtaler, parsamtaler	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Krisehjelp, akutt hjelp	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Trening i å omgås andre mennesker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Trening i å klare meg selv praktisk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Delta i fysiske aktiviteter	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Musikkterapi, billedterapi og lignende	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Hjelp og støtte til mine pårørende	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Noen spørsmål om individuell plan	Ja	Nei
1. Har du hørt om retten til å ha en individuell plan?	☐	☐
2. Har du gitt samtykke til å ha en plan?	☐	☐
4. Har du en skriftlig individuell plan?	☐	☐

Noen andre spørsmål	Ja	Nei
1. Var det akseptabel ventetid for å få tilbud her?	☐	☐
2. Har du vært utsatt for krenkende uttalelser fra behandlere / personale?	☐	☐
3. Har du vært utsatt for krenkende handlinger fra behandlere / personale?	☐	☐

Noen spørsmål om individuell plan. Disse besvares bare dersom du har en individuell plan. Bruk skalaen til høyre og sett ett kryss på hver linje	1 I svært liten grad	2 I liten grad	3 I noen grad	4 I stor grad	5 I svært stor grad
1. Hvor mye innflytelse hadde du på innholdet i planen?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Har planen gitt deg bedre oversikt over tilbudene?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Er du fornøyd med hva planen inneholder?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Blir planen gjennomført som planlagt?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Har planen ført til bedre tilbud og hjelp?	☐	☐	☐	☐	☐

Om du var innlagt som døgnpasient, hvordan var . .	1 Svært dårlig	2 Ganske dårlig	3 Blandet, både-og	4 Ganske bra	5 Svært bra
1. Din mulighet til å være for deg selv	☐	☐	☐	☐	☐
2. Din bevegelsesfrihet i posten eller avdelingen	☐	☐	☐	☐	☐
3. Din mulighet for meningsfylte aktiviteter	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tilstrekkelig mulighet for samtaler med personalet	☐	☐	☐	☐	☐
5. Din mulighet til å ha kontakt med andre pasienter	☐	☐	☐	☐	☐

Her er noen få oppsummerende spørsmål til slutt

Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med tilbudet du har mottatt ved senteret?
- ☐ 1 Svært misfornøyd
- ☐ 2 Ganske misfornøyd
- ☐ 3 Både og
- ☐ 4 Ganske fornøyd
- ☐ 5 Svært fornøyd

I hvilken grad har du hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg?
- ☐ 1 Ikke i det hele tatt
- ☐ 2 I liten grad
- ☐ 3 I noen grad
- ☐ 4 I stor grad
- ☐ 5 I svært stor grad

Alt i alt, hvordan er erfaringene dine med tilbudet ved senteret?
- ☐ 1 Mye dårligere enn forventet
- ☐ 2 Noe fårligere enn forventet
- ☐ 3 Som forventet
- ☐ 4 Noe bedre enn forventet
- ☐ 5 Mye bedre enn forventet

I hvilken grad har du ønsket innflytelse på valg av behandlingsopplegg?
- ☐ 1 Ikke i det hele tatt
- ☐ 2 I liten grad
- ☐ 3 I noen grad
- ☐ 4 I stor grad
- ☐ 5 I svært stor grad

Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlingen ved senteret?
- ☐ 1 Ikke noe utbytte
- ☐ 2 Lite utbytte
- ☐ 3 En del utbytte
- ☐ 4 Stort utbytte
- ☐ 5 Svært stort utbytte

Har behandlingen skjedd frivillig, eller har du følt deg tvunget til å delta?
- ☐ 1 Helt frivillig
- ☐ 2 Ganske frivillig
- ☐ 3 Både og
- ☐ 4 Ganske tvungent
- ☐ 5 Helt tvungent

Om du vil skrive noe med egne ord om erfaringene dine med tilbudet, kan du gjøre det her:

Vennligst se etter om du har svart på alle spørsmålene før du legger skjemaet i komvolutten.

Takk for at du har formidlet dine erfaringer og synspunkter ved å fylle ut spørreskjemaet!